



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“Trauma craneal resumen”

Materia:

Neurología.

Docente:

Dr. José Luis Gordillo Guillen

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

6° “A”

Trauma craneal. Resumen.

El trauma craneoencefalico es una patologia medico-quirurgica caracterizada por una alteracion cerebral secundaria a una lesion traumatica en el craneo con alteraciones de la consciencia, amnesia, cambios neurológicos, o neurofisiológicos, fracturas, lesiones intracraneales.

Epidemiología: incidencia 200 x cada 100000 habitantes, 2:3 favor hombres, de 15-30 años con predominio en accidentes automovilísticos

Fisiopatología

- Lesion primaria: Produce lesion celular, daño y retraccion axonal, con alteraciones vasculares, su severidad esta determinada por la magnitud, direccion y lugar de impacto, lesiones focales (contusion cerebral), lesiones difusas (lesion axonal)
- Lesion secundaria: Por procesos metabolicos, moleculares, inflamatorios y vasculares, por lib. de glutamato favoreciendo la permeabilidad capilar, aumentando el agua intra cel, lib de K^+ y entrada de calcio produciendo que se desencadenen procesos hasta llegar a la muerte celular, produciendo lesiones en masa, HT craneal, convulsiones, hipoxia, hipotension, hipoventilacion etc
- Lesion terciaria: Manifestacion tardia de los danos progresivos como necrosis, apoptosis.
- Hipertension endocraneana tipo difusa: aumento agudo y difuso de todos o algunos de los contenidos ic. sintomas: cefalea, vómitos, diplopia

Hipertensión endocraneana focal = ↑ de la presión a niv. fuc
con efecto en masa sobre las estructuras vecinas
Signos = III par craneal, convulsiones, hemiparesias,
herniación cerebral, hipertensión.

Lesiones específicas

- Hematoma epidural = Diagnóstico = TAC, requirita craneotomía y drenaje quirúrgico, causada por ruptura arterial, mortalidad 3-10%.
- Hematoma subdural = lesión en plexos venosos subdurales, Diagnóstico por TAC, (semiluna) 3,6% de los TCE, 30% de los muertos, mortalidad 60%. Clasificación:
 - Agudos (< 24h)
 - Subagudos (24h - 7d)
 - Crónicos > 7d.
- Contusión cerebral = Hemorrágico o no hemorrágico, Dx TAC edema perilesional y efecto en masa.

Evaluación general

- Descartar lesiones que generan: Traumatismo resp. y cardiovascular
- Prevenir lesiones medulares
- Descartar disecciones aórticas

Examen neurológico

- Escala de Glasgow
 - leve (13-15)
 - moderado (10-12)
 - severo (3-8)

Neuroimagen = TAC = imagen de elección para Dx, pronóstico y control de evolución

Tratamiento:

- Pacientes con TCE moderado o leve sin daño sistémico asociado se dejan en observación con TC 12-24h
- En UCI = Permanecen parentales con GCS ≤ 8 y con detección.
- Hipoxia cerebral = GCS ≥ 8 ventilación mecánica
- Edema: 1) Restricción hídrica (500-1200 ml/24h de suero salino)
2) Perfusion .5 ml/kg/h de furosemida al 4%
E154 mg, L11 Naticia \uparrow 125 mg L-1, suero salino 3%. Si es menor de 125
- HT IC =
 - Compliance
 - Drenaje ventricular de LCR = 2-3 ml de LCR su-5 días
 - Deshidratación = manitol 20%. (dosis rápida de 25-1 mg/kg hasta que el paciente responda sin que la presión venosa central no baje de 5 mm H₂O
 - Hiperventilación = pCO₂ 30-35 mmHg
 - Coma farmacológico = Pentobarbital sódico dosis de carga 10 mg/kg 30 min y 5 mg/kg 3h dosis de mantenimiento 1 mg/kg/h
 - Craneotomía descompresiva
 - control metabólico