

# TEC

**Por doctor Adolfo Raúl Cumplido Posada**  
***Profesor Neurocirugía***  
***Universidad de Antioquia***

La magnitud del trauma cráneo encefálico es tan grande que todos los médicos debemos tener bases firmes suficientes para enfrentarnos con los pacientes que a diario sufren este flagelo, cada vez mayor.

Los accidentes de tránsito, las lesiones deportivas, las caídas en los viejos, en los borrachos y entre nosotros en los niños que suben a jugar en el segundo piso que aún no está terminado pero está habilitado para lavar, tender ropa y planchar (conocido como “terrazza”).

El trauma de cráneo puede ser:

- Penetrante:
  1. Por arma de fuego.
  2. Por arma corto contundente.
  3. Por arma corto punzante.
  4. Por traumas severos en accidentes de tránsito o caídas.

En nuestro medio tenemos muestras representativas de estas armas y otras (destornilladores, leznas, limas, punzones, navajas) con gran frecuencia.

- No penetrante:
  1. Concusión.
  2. Contusión.
  3. Hematomas.
  4. Fracturas cerradas.
  5. Fístulas de LCR.

El médico debe prestar los primeros auxilios antes de remitir los pacientes. Debe lavarse la herida con suero salino estéril y suturar el cuero cabelludo. Así se convierte una lesión abierta contaminada en una cerrada y además se hace la hemostasia del cuero cabelludo que es muy vascularizado y puede llevar el paciente al choque hipovolémico.

Según su categoría puede ser:

1. Directo (debajo del TEC)
2. Por contragolpe
3. Trauma axonal difuso
4. Trauma focal

Es preciso definir si las lesiones comprometen solo el cuero cabelludo, el hueso o el encéfalo o son una mezcla de ellas.

Debe hacerse un examen exhaustivo pero ágil que permita tomar decisiones rápidamente para evitar el trauma secundario por retardo en la oxigenación o en la atención adecuada que requiera una evacuación de un hematoma de inmediato.

En todos los servicios de urgencia debe existir una copia de la escala del coma de Glasgow para racionalizar la evaluación a través de los minutos u horas siguientes al TEC.

De particular interés son:

- La presión arterial. Si es muy baja posiblemente el paciente tenga una hemorragia que puede corresponder a un trauma cerrado de tórax, abdomen, fractura de pelvis, o de fémur. En un niño las hemorragias intracraneales sí pueden llevar a la hipovolemia.
- Las pupilas son de especial interés pues una desigualdad (anisocoria) puede significar una compresión del tercer par por hernia del uncus secundaria a una lesión expansiva aguda (hematoma o contusión). No olvidemos que un trauma directo del globo ocular o del tercer par puede presentar este mismo hallazgo en cuyo caso se encontrará la dilatación pupilar desde el principio, en cambio la dilatación secundaria a la hernia aparece con el transcurrir del tiempo. Recordemos que cuando recibimos el paciente lleva ya algunos minutos u horas pos TEC. Mayor importancia tiene la anisocoria si se acompaña de otros signos de deterioro neurológico.
- Olvidemos la idea de que la hipertensión endocraneana aguda produce papiledema. De modo que casi todos los pacientes con TEC tienen un fondo de ojo normal.
- Las paresias o la postura anormal de las extremidades son signos de gran importancia para alertarnos sobre la presencia de daños al SNC.
- El 10% de los pacientes con TEC tienen lesiones de la columna vertebral, por lo tanto hay que tomar precauciones con la movilización.
- Si hay salida de LCR aparente por el conducto auditivo debemos cubrir la oreja con un apósito pero nunca taponar el conducto.
- Por definición en un hematoma epidural hay período lúcido y en un subdural no, pero esto solo es de interés académico. Si el paciente tiene un hematoma, no importa cuál sea, lo que necesita es la evacuación

rápida. Si el paciente consulta por cefalea intensa postraumática, con un examen neurológico normal, es prioritario practicarle una TC, antes que diagnosticarlo como neurótico o ansioso.

- En los viejos con síndrome mental de reciente aparición, aunque no haya historia conocida de TEC es preciso también practicar una TC para descartar la presencia de un hematoma subdural crónico, y tengamos presente que en los jóvenes también existen los hematomas subdurales crónicos pero no se manifiestan por síndrome mental sino por hipertensión endocraneana.
- Cuando hay sospechas de un hematoma u otra lesión traumática, una TC “normal” no siempre es garantía de seguridad, pues a veces tiene anomalías sutiles y no las vemos, o tiene una lesión isodensa cuya presencia se detecta por otros hallazgos adicionales que solo los ve “la experiencia”, o tiene un trauma axonal difuso que puede no mostrar nada en la tomografía axial.

Por último, tengamos presente que cualquier lesión del SNC, por pequeña que sea, deja algunas secuelas transitorias o definitivas que requieren de rehabilitación por personal capacitado para ello.