

Diagnóstico del traumatismo craneoencefálico

Interrogatorio inicial

Se puede hacer al propio paciente o a sus acompañantes. Hay que conocer el tipo de traumatismo, los acontecimientos desde el momento del trauma hasta la llegada a la consulta, sucesos como pérdida de conciencia, convulsiones, confusión, etc. y los síntomas del paciente: vómitos, dolor de cabeza, visión doble, debilidad en miembros, alteración de la marcha, etc.

Exploración inicial

Se valoran los problemas que precisen actuación inmediata y se toman las constantes básicas: pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, glucosa en sangre, etc.

Dentro del examen físico hay que determinar los signos de trauma como quemaduras, laceraciones de cara y cuello cabelludo, fracturas abiertas, hemotímpano o hematoma en región mastoidea ([signo de Battle](#)) que indica [fractura de peñasco](#), hematoma periorbitario (hematoma en ojos de mapache) signo de fractura de fosa posterior. La pérdida de líquido cefalorraquídeo por oídos o nariz indican fracturas de base de cráneo.

El examen neurológico inicial debe incluir:

Signos vitales

Estado de conciencia y escala de Glasgow

Estado pupilar: tamaño, forma, simetría y reactividad a la luz

Signos de focalización, déficit motor, compromiso de pares craneales, lenguaje

Patrón de respiración

Reflejos de tallo: Oculocefálicos, corneal.

Descartar trauma raquímedular cervical (inmovilizar con collar de Filadelfia si se sospecha). La incidencia de lesiones medulares es mayor en pacientes con GCS <9 puntos (Paiva y col., 2011).

Buscar trauma a otros niveles e iniciar tratamiento primario específico.

Inspección heridas, licuorreas....

Auscultación carótida y globo ocular

Fondo de ojo (en TCE moderado y grave)

Hubo pérdida de conciencia? (descartar hipoglucemia, trastornos cardiocirculatorios)

¿Hipotensión ?

Exploraciones.-

Gasometría y analítica (en TCE moderado y grave)

Radiografía de cráneo

La radiografía de cráneo es más sensible para detectar líneas de fractura de curso paralelo al plano de corte de la TC.

Rx cervicales con exposición C7-D1, dorsales y lumbares(en moderados y graves,en leves que refieran dolor cervical).

TAC Cerebral y craneal

Es el examen inicial de elección. (se debe realizar siempre que hubo episodio de pérdida de conciencia).

La Tomografía Computerizada (TC), por su elevada sensibilidad y disponibilidad, se considera la técnica de primera elección para diagnosticar lesiones intracraneales, por lo que la no realización rutinaria de estudios radiológicos simples de cráneo supone no sólo acelerar el proceso diagnóstico y rentabilizar su coste económico, sino además evita someter a los pacientes a radiaciones ionizantes innecesarias.

La edad avanzada, sexo masculino, el origen étnico, y el mecanismo de la lesión son predictores significativos de un resultado positivo en la TC y la necesidad de procedimientos neuroquirúrgicos en TCE leves (Kisat y col., 2011).

Indicaciones de la práctica de una TC cerebral en los TCE

Puntuación en la escala de Glasgow = 15

- Alteraciones de la coagulación
- Sospecha de intoxicación etílica, abuso de drogas
- Alcoholismo crónico
- Edad avanzada
- Demencia
- Epilepsia
- Patología neurológica previa
- Pérdida transitoria de conciencia

- Amnesia postraumática
- Cefalea persistente
- Náuseas y vómitos
- Síndrome vestibular

Puntuación en la escala de Glasgow < 14 - Siempre

Clasificación TAC : Contusión hemorrágica- Hematomas intracerebrales HSA-traumática o Hemorragia ventricular(Averiguar si pudo haber una hemorragia espontánea previa al accidente) Hematoma subdural Hematoma epidural Hidrocefalia Edema cerebral focal o generalizado Neumoencéfalo Isquemia Fracturas y hundimientos, o cuerpos extraños intracerebrales

Asociado a estos hallazgos se deben buscar signos de hipertensión intracraneana tales como compresión o colapso del sistema ventricular y compresión o borramiento de las cisternas perimesencefálicas.

TAC

Repetir la TAC de forma rutinaria dentro de las primeras 24 horas después de un [traumatismo craneoencefálico](#) (TCE) puede minimizar el potencial deterioro neurológico en los pacientes con un GCS inferior a 12 o con un hematoma epidural o lesiones múltiples en TAC inicial (Park 2009).

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=diagnostico_del_traumatismo_craneoencefalico

Last update: 2019/09/26 22:13

