Hemorragia intracraneal traumática

Según la localización

Hemorragia subaracnoidea traumática

Hemorragia intracerebral traumática

Hematoma subdural agudo

Hematoma subdural crónico

Hemorragia cerebelosa traumática

Hemorragia intraventricular traumática

Contusión cerebral

Diagnóstico

TAC cerebral

Tratamiento

En los casos de traumatismo craneoencefálico leve y hemorragia pequeña se pueden evitar traslados a hospitales con neurocirugía, dando lugar a un uso más eficiente de los recursos hospitalarios, y una asistencia sanitaria segura, efectiva y económica [1].

Si por las características clínico-radiológicas el paciente no es subsidiario de tratamiento quirúrgico, el estándar en muchas instituciones es obtener un segundo TAC dentro de las 24 horas, como rutina para evaluar la necesidad de una intervención, independientemente del estado neurológico del paciente.

Esta práctica ha sido adoptada para descartar la progresión de la hemorragia intracraneal y para evaluar los cambios secundarios tras la primera imagen [2] [3] [4], aunque es innecesaria si no se va a adoptar una decisión de tratamiento quirúrgico. Con el riesgo ya conocido de efectos secundarios por acumulación de la radiación [5] [6] y los gastos así como la interferencia en el flujo de trabajo [7].

En un metaanálisis, no se ha apreciado evidencia estadística que apoye esta actitud para pacientes sin cambios clínicos tras una lesión cerebral traumática leve.

Además el TAC no es una prueba diagnóstica exenta de riegos ni gratuita por lo cual se deberían de aplicar las reglas de la medicina basada en la evidencia [8].

Bibliografía

1)
Levy AS, Orlando A, Salottolo K, Mains CW, Bar-Or D. Outcomes of a Non-Transfer Protocol for Mild

Traumatic Brain Injury with Abnormal Head CT in a Rural Hospital Setting. World Neurosurg. 2013 Nov 12. doi:pii:S1878-8750(13)01419-8. 10.1016/j.wneu.2013.11.008. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24240025.

2) Chang EF, Meeker M, Holland MC. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period. Neurosurgery. 2006;58(4):647–656.

3) White CL, Griffith S, Caron JL. Early progression of traumatic cerebral contusions: characterization and risk factors. J Trauma. 2009;67(3):508–514.

4) Alahmadi H, Vachhrajani S, Cusimano MD. The natural history of brain contusion: an analysis of radiological and clinical progression. J Neurosurg. 2010;112(5):1139–1145.

5) Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography: an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med. 2007;357(22):2277–2284.

6) Pauwels EK, Bourguignon MH. Radiation dose features and solid cancer induction in pediatric computed tomography. Med Princ Pract. 2012;21(6):508-15. doi: 10.1159/000337404. Epub 2012 Mar 30. Review. PubMed PMID: 22472997.

7) Khaldi A, Prabhu VC, Anderson DE, Origitano TC. The clinical significance and optimal timing of postoperative computed tomography following cranial surgery. J Neurosurg. 2010;113(5):1021–1025.

8) Almenawer, Saleh A., Iulia Bogza, Blake Yarascavitch, Niv Sne, Forough Farrokhyar, Naresh Murty, and Kesava Reddy. 2013. “The Value of Scheduled Repeat Cranial Computed Tomography After Mild Head Injury.” Neurosurgery 72 (1) (January): 56–64. doi:10.1227/NEU.0b013e318276f899.

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=hemorragia_intracraneal_traumatica

Last update: **2019/09/26 22:17**