



TRAUMATISMO PENETRANTE EN BASE CRANEAL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Galeas Anaya FJ, Contreras Morillo MA, Chibouti Bouichart K, Bermudo Añino L
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

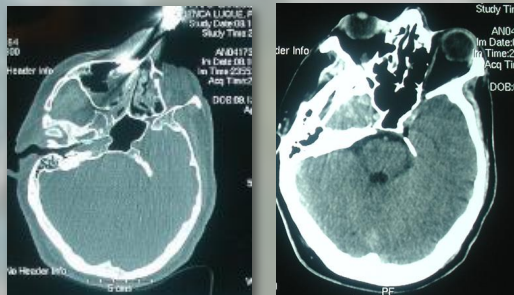
Los traumatismos de base craneal, por su fisiopatología, son básicamente, traumatismos cerrados. El manejo inicial es conservador y, en función del desarrollo de complicaciones, puede precisar de tratamiento quirúrgico.

OBJETIVOS

Descripción de caso clínico: traumatismo penetrante en base de cráneo. Manejo inicial y de las complicaciones.

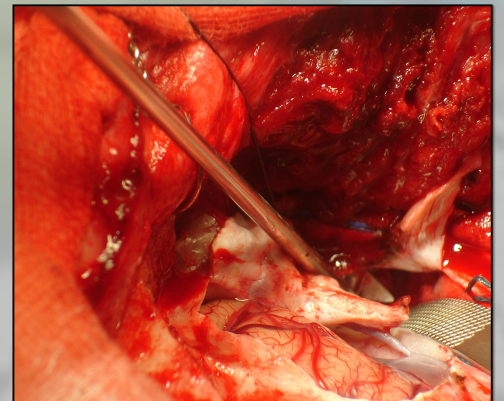
MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de caso clínico: varón de 44 años, sin antecedentes médicos de interés, con hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, estupefacientes varios), que es remitido a Urgencias de Hospital General por herida de arma blanca a nivel facial, con la propia arma blanca en el lugar del traumatismo. El paciente permanece estable hemodinámicamente y está orientado y colaborador, refiriendo únicamente dolor en la zona y cefalea holocraneal. A su vez, afirma que ha intentado retirar el arma y no lo ha conseguido. En la exploración, salvo la citada arma y un mínimo sangrado, no presenta alteración alguna. La exploración neurológica es, asimismo, normal. Se realiza TAC craneofacial de urgencia, el cual demuestra que se ha producido un traumatismo penetrante de base craneal, con presencia de la punta del arma a nivel intracraneal.



RESULTADOS

El paciente es llevado a quirófano e intervenido conjuntamente por Neurocirugía y Cirugía Maxilofacial. Se realiza abordaje hemicoronal derecho, con craneotomía pterional del mismo lado y abordaje intradural; se rechaza el parénquima cerebral y se libera el mismo de la punta del arma. En ese momento se retira dicha arma blanca (con control del daño intracraneal), precisando de neumotaponamiento en ambas fosas nasales para control de epístaxis y sutura cutánea. Intracranealmente, se realiza cierre directo de duramadre y reposición de colgajo óseo y sutura del abordaje coronal. El enfermo pasa a UCI con cobertura antibiótica. La evolución posterior es plenamente satisfactoria, con funciones neurológicas totalmente conservadas y TAC de control sin sangrado intra ni extraaxial. Se retira el neumotaponamiento nasal en 48 horas, no evidenciándose más sangrado ni fistula de líquido cefalorraquídeo. El enfermo fue dado de alta a los 8 días del traumatismo, sin secuela alguna.



Detalle durante el abordaje intradural donde se observa la punta del arma en el parénquima cerebral.

CONCLUSIONES

El manejo de los traumatismos de base craneal depende casi en exclusividad de las complicaciones que desarrollen. En este caso, el tratamiento consistió en la retirada del arma penetrante y el control de lesiones intracraneales, así como cobertura antibiótica para la prevención de una posible meningitis. El manejo de la fistula de LCR de forma conservadora también fue plenamente satisfactorio, con resolución espontánea en 48 horas.