



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.342-348

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/820>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 342-348







Trauma craneo encefálico leve a propósito de un caso hospital clínica San Francisco

Mild cranial-encephalic trauma on the subject of a San Francisco clinical
hospital case

Lesão cerebral ligeiramente traumática: um relatório de caso da clínica
hospitalar de São Francisco

**Laura Isabel Vera Portilla¹; Melissa Fernanda Froment Blum²; Mercí Elena Morocho Sanchez³;
Ana María Suárez Bacilio⁴**

RECIBIDO: 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/05/2022

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; lauraveraportilla@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1298-441X>
2. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; melissafroment@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8826-0645>
3. Diploma Superior en Gerencia de Servicios de Salud; Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria; Doctora en Medicina y Cirugía; Loja, Ecuador; fmmeercii@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7035-9989>
4. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; mercedes28melina@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5991-2061>

CORRESPONDENCIA

Laura Isabel Vera Portilla
lauraveraportilla@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Se entiende por trauma craneoencefálico (TEC) leve, a la lesión cerebral traumática con antecedentes de desorientación, amnesia o pérdida transitoria del conocimiento menor a dos minutos en un paciente que al momento se halla consciente, hablando y con una puntuación de 13 a 15 en la escala de coma de Glasgow (GCS). Se presenta caso de paciente sexo masculino 30 años de edad con cuadro clínico de 3 días de evolución, sufre accidente de tránsito mientras conducía su motocicleta, presenta dolor, deformidad a nivel de miembro inferior izquierdo con herida cefálica, varias laceraciones y herida cefálica frontal derecha suturada, con diagnóstico de Trauma craneoencefálico leve Marshall 1, Fractura acetabular izquierda trazo entre íleon y pubis, Fractura de fémur izquierdo tercio distal y Ventriculomegalia congénita. En este contexto dada la magnitud de la lesión que requirió un proceso quirúrgico, y que el paciente al momento de ingreso permaneció consciente y orientado, el cual fue dado de alta al mes del ingreso por presentar mejoría, es necesaria la valoración constante del paciente en el transcurso de hasta 2 años como lo indica la literatura, por posibles daños que se puedan presentar a nivel cerebral y que por haber sido un trauma craneoencefálico leve, no son posibles observarlas en tan corto tiempo.

Palabras clave: trauma, marshall, glasgow, quirúrgico, laceración.

ABSTRACT

Mild traumatic brain injury (CBI) is understood as a traumatic brain injury with a history of disorientation, amnesia or transient loss of consciousness for less than two minutes in a patient who is currently conscious, speaking and with a score of 13 to 15 in the Glasgow Coma Scale (GCS). We present the case of a 30-year-old male patient with a clinical picture of 3 days of evolution, he suffers a traffic accident while driving his motorcycle, he presents pain, deformity at the level of the left lower limb with head injury, several lacerations and right frontal head injury. sutured, with a diagnosis of Marshall 1 mild craniocerebral trauma, left acetabular fracture between the ileum and pubis, fracture of the distal third of the left femur and congenital ventriculomegaly. In this context, given the magnitude of the injury that required a surgical procedure, and that the patient at the time of admission remained conscious and oriented, who was discharged a month after admission due to improvement, constant assessment of the patient is necessary in the course of up to 2 years as indicated in the literature, due to possible damage that may occur at the brain level and because it was a mild head injury, it is not possible to observe them in such a short time.

Keywords: trauma, marshall, glasgow, surgical, laceration.

RESUMO

A lesão cerebral traumática ligeira (CBI) é entendida como uma lesão cerebral traumática com histórico de desorientação, amnésia ou perda transitória de consciência durante menos de dois minutos num paciente que está actualmente consciente, falando e com uma pontuação de 13 a 15 na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Apresentamos o caso de um paciente masculino de 30 anos com um quadro clínico de 3 dias de evolução, sofre um acidente de viação enquanto conduzia a sua moto, apresenta dor, deformidade ao nível do membro inferior esquerdo com lesão na cabeça, várias lacerações e lesão frontal direita. suturado, com diagnóstico de trauma craniocerebral ligeiro de Marshall 1, fractura do acetábulo esquerdo entre o íleo e o púbis, fractura do terço distal do fémur esquerdo e ventriculomegalia congénita. Neste contexto, dada a magnitude da lesão que exigiu um procedimento cirúrgico, e que o paciente no momento da admissão permaneceu consciente e orientado, que teve alta um mês após a admissão devido a uma melhoria, é necessária uma avaliação constante do paciente no decurso de até 2 anos, como indicado na literatura, devido a possíveis danos que possam ocorrer a nível do cérebro e porque se tratou de uma lesão ligeira da cabeça, não é possível observá-los em tão pouco tempo.

Palavras-chave: trauma, marshall, glasgow, cirúrgico, laceração.

Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) representa un importante problema de salud pública en todo el mundo. Los estudios epidemiológicos muestran elevada variabilidad en sus resultados, con una tasa de incidencia cruda que oscila de los 47,3 a los 849 casos por 100.000 habitantes/año para todas las edades y tipos de gravedad¹. Concretamente, el TCE leve constituye el 70-90% de todos los casos (Freire-Aragón et al., 2017). Se entiende por TCE leve, a la lesión cerebral traumática con antecedentes de desorientación, amnesia o pérdida transitoria del conocimiento menor a dos minutos en un paciente que al momento se halla consciente, hablando y con una puntuación de 13 a 15 en la escala de coma de Glasgow (GCS), Los pacientes con GCS de 13 tienen 25% de probabilidad de presentar una lesión significativa en la TC de cráneo, solamente 0.7% a 12% de los pacientes con

GCS de 15 presentarán lesiones y solo entre 1% a 1,4% requerirán neurocirugía (Mora Milanesi et al., 2021).

La clasificación más utilizada para TCE (trauma craneoencefálico) se basa en la escala de coma de Glasgow. Los pacientes con una puntuación de 13 a 15 (30 minutos posterior al trauma) se clasifican como TCE leve. Los que tengan una puntuación de 9 a 12 moderado y menor o igual a 8 como grave. La mayor parte de pacientes cuando llegan al SEM (servicio de emergencias) tienen una puntuación de 14 y 15 puntos en la Escala de Glasgow. Sin embargo, existe una tendencia de excluir a pacientes con 13 puntos de la categoría leve, ya que existe una gran probabilidad de que la TC (tomografía computarizada) del SNC (sistema nervioso central) presente alteraciones, por lo que una puntuación de 13 se encuentra más cerca del TCE moderado (Watson Hernandez & Soto Rodríguez, 2021).

RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL		APERTURA OCULAR	
6	Obedece órdenes	5 Conversación orientada			
5	Localiza el dolor				
4	Retirada	4	Conversación desorientada	4 Espontánea	
3	Flexión anormal	3	Palabras inapropiadas	3	A la orden
2	Extensión anormal	2	Sonidos incomprensibles	2	Al dolor
1	Nula	1	Nula	1	Nula

Imagen 1. Escala de coma de Glasgow.

Fuente: (Bertot, 2021)

Se consideran:

- TCE leves: 14 - 15 puntos.
- TCE moderados: De 9 a 13 puntos.
- TCE graves: Igual inferior a 8 puntos (Bertot, 2021).

Si bien la mortalidad del TCE, en los centros hospitalarios de alto nivel, se sitúa entre el 20% al 30%, existen, asimismo, notables diferencias de mortalidad según la edad.

En general, el mayor porcentaje de fallecidos aparece entre los menores de 10 años y los mayores de 65 años, siendo el TCE la primera causa absoluta de muerte en los individuos con edad inferior a los 45 años (Bertot, 2021).

La mayor recuperación de un TCE se presenta dos años después del impacto que ocasionó la lesión. Sin embargo, las dificultades de memoria pueden seguir presentándose hasta siete años después del TCE,

incluso cuando otras funciones están a nivel premórbido o casi premórbido y cuando se ha superado la APT. Generalmente la alteración de memoria consiste en problemas de adquisición y recuerdo de nueva información tanto semántica como episódica (Paredes-Chávez & Rosell-Becerril, 2019).

Diagnóstico

Debe hacerse una exploración general, incluyendo ORL para descartar hemotímpano, prestando especial atención a los signos de patología neurológica.

- Constantes vitales: frecuencia cardiaca y tensión arterial. Se valorará realizar una glucemia capilar si hay síntomas o factores de riesgo de hipoglucemia y/o alteración en el nivel de conciencia.
- Palpación de la cabeza: cefalohematoma (tamaño y localización), signos de fractura craneal (crepitación, defecto óseo o depresión, edema localizado), fontanela (abombamiento). Exploración cervical: deformidades, puntos dolorosos.
- Exploración neurológica: nivel de conciencia (EcG, puntuación total y por apartados), pupilas (tamaño y reactividad a la luz), pares craneales, fuerza motora, pruebas cerebelosas +/- fondo de ojo (Alonso Cadenas, J. A Jiménez García, 2019).

La aplicación de esa escala de Glasgow, junto con la realización de la tomografía computarizada (TC), debe formar parte de la primera evaluación realizada al paciente víctima de TCE (Anahí Paredes-Chávez & Rosell-Becerril, 2016). Las escalas de Marshall permiten evaluar el grado de severidad de las lesiones desde el punto de vista radiológico. La escala de Marshall, permite describir la TC inicial y nos ayuda a pronosticar la evolución. Desde el punto de vista tomográfico las lesiones se van a clasificar como difusas, focalizadas, o en efecto de masa, mientras las lesiones difu-

sas, no presenten incremento de volumen por lo general tendrán un mejor pronóstico (Ricardez-Cazares et al., 2021).

I	Sin patología visible en TC
II	Cisternas presentes, con desplazamiento de la línea media de 0 - 5 mm, con o sin lesión densa presente, lesión hiperdensa < 25 cc.
III	Compresión o ausencia de cisternas, con desplazamiento de la línea media de 0 - 5 mm, con o sin lesión densa presente, lesión hiperdensa < 25 cc.
IV	Desviación de la línea media > 5 mm, lesión hiperdensa < 25 cc.
V	Cualquier lesión evacuada quirúrgicamente.
VI	Lesión hiperdensa o heterogénea, > a 25 cc, no evacuada quirúrgicamente.

Imagen 2. Componentes de la Clasificación de Marshall.

Fuente: (Ricardez-Cazares et al., 2021).

Pronóstico de la enfermedad:

Las personas que padecen un traumatismo craneoencefálico pueden sufrir complicaciones a corto o a largo plazo, en función de la gravedad y de la localización de la lesión, así como de la edad y del estado de salud del paciente.

Estas complicaciones pueden afectar a la razón, la vista, el habla, la vista, el equilibrio o las emociones, entre otras habilidades (Constantin et al., 2022).

Caso clínico

Paciente sexo masculino 30 años de edad con cuadro clínico de 3 días de evolución, sufre accidente de tránsito mientras conducía su motocicleta, indica que choca contra un montículo de escombros de construcción por lo que pierde pista, posterior la moto cae sobre su extremidad izquierda y adicional pierde momentáneamente el conocimiento, cabe indicar que no llevaba casco. Luego de este hecho dolor y deformidad a nivel de miembro inferior izquierdo con herida cefálica y varias laceraciones al momento se recibe paciente despierto, orientado en tiempo espacio y persona, herida cefálica frontal derecha suturada, afebril, Glasgow 15/15, laceración en ambas rodillas, deformidad



y dolor en muslo izquierdo más laceración en cara externa del mismo, se ingresa para tratamiento integral.

Diagnóstico

- Trauma cráneo encefálico leve Marshall 1
- Fractura acetabular izquierda trazo entre íleon y pubis
- Fractura de fémur izquierdo tercio distal
- Ventriculomegalia congénita.

Imágenes



Imagen 3. TAC tórax contusión pulmonar basal derecha.

Fuente: Los Autores.



Imagen 4. TAC abdomen y pelvis FX de pelvis izquierda

Fuente: Los Autores.

Examen físico

Neurológico

Paciente despierto con tendencia a la somnolencia con pupilas reactivas a la luz con Glasgow 15/15, reflejos troncales presentes.

Cardiovascular

Hemodinamia estable sin necesidad de vasopresores, con RSCS rítmicos, no soplos, no tercer ruido, no ruidos agregados, con TA 110/60 mmhg, TAM 84, FC 78 LPM, con buena perfusión periférica, buen llenado capilar, control de HB 10 PLT, 466 ácido láctico 3.6.

Respiratorio

Respiraciones espontaneas, buena mecánica ventilatoria CSPS claros ventilados murmullos vesiculares conservados SPO2:98 %.

Digestivo

Abdomen blando depresible no doloroso con RHS presentes no catarsis en 24 horas no masas palpables no visceromegalias no ruidos agregados, se mantiene dieta enteral.

Renal / Metabólico

Diuresis presente 2100 cc durante las 24 horas con azoados dentro de valores normales urea 23 creat 0.77, con medio interno NA:133 K 5.2.

Infecioso

- Afebril con marcadores infecciosos PCR 188 PRCA 0.23 IL 46 GB 12
- Osteomuscular
- Laceración en ambas rodillas, deformidad y dolor en muslo izquierdo más laceración en cara externa del mismo.

Procedimiento quirúrgico

Reparación de fractura de acetábulo donde se aplica placa a nivel de acetábulo con drenaje de hematoma y colocación de dren a presión negativa. Se solicita examen de enzimas musculares y RX de control, se evidencia en los resultados de laboratorio marcadores infecciosos negativos posterior a corrección quirúrgica, paciente presenta mejoría y egresa o se da alta hospitalaria al mes de su ingreso.

Discusión

El caso aquí presentado concuerda con lo analizado en la bibliografía consultada, el paciente tiene una valoración 15/15 en la escala de Glasgow, lo que indica que tiene un trauma craneoencefálico leve, tal cual como fue el diagnóstico en el centro de salud, valoración que se basó en que el paciente estaba despierto, orientado en tiempo espacio y persona al momento de ingreso. Con una escala 1 en la clasificación de Marshall, que indica que no hay patología visible en la tomografía computarizada. En cuanto al tratamiento del trauma es necesaria la cirugía por la fractura del acetábulo para la colocación de placa más drenaje de hematoma.

Conclusión

En este contexto dada la magnitud de la lesión que requirió un proceso quirúrgico, y que el paciente al momento de ingreso permaneció consciente y orientado, el cual fue dado de alta al mes del ingreso por presentar mejoría, es necesaria la valoración constante del paciente en el transcurso de hasta 2 años como lo indica la literatura, por posibles daños que se puedan presentar a nivel cerebral y que por haber sido un trauma craneoencefálico leve, no son posibles observarlas en tan corto tiempo.

Bibliografía

Alonso Cadenas, J. A Jiménez García, R. (2019). Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Traumatismo craneal leve. https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/traumatismo_craneal_leve.pdf

- mos.aepap.org/adjuntos/traumatismo_craneal_leve.pdf
- Anahí Paredes-Chávez, S., & Rosell-Becerril, H. (2016). Caso clínico Alteraciones de memoria secundarias a traumatismo craneoencefálico leve de dos años de evolución: Caso clínico Secondary memory disorders to a two year evolution traumatic brain injury: Case report. *VERTIENTES Revista Especializada En Ciencias de La Salud*, 19(1), 5–12.
- Bertot, D. Y. C. (2021). ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
- Constantin, A. M., Lozano, C. F., García Buen, P. C., Requejo, M. H., Calzado Sanz, C., & Martín Fuertes, J. (2022). Plan de cuidados en un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-en-un-paciente-con-traumatismo-craneoencefalico-tce-leve/>
- Freire-Aragón, M. D., Rodríguez-Rodríguez, A., & Egea-Guerrero, J. J. (2017). Actualización en el traumatismo craneoencefálico leve. *Medicina Clínica*, 149(3), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.002>
- Moreira Milanese, E., Vidal Suarez, J., Taborda Tafernaberry, A., Nakle Buschiazzi, E., Vaucher Rivero, A., & Cidade Pereira, L. (2021). Tomografía computarizada en traumatismo craneoencefálico leve, ¿son estas necesarias en todos los casos? *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(1), 34–44. <https://doi.org/10.26445/06.01.4>
- Paredes-Chávez, S. A., & Rosell-Becerril, H. (2019). Alteraciones de memoria secundarias a traumatismo craneoencefálico leve de dos años de evolución: Caso clínico. *Casos y Revisiones de Salud*, 1(2), 8–15.
- Ricardez-Cazares, L. G., González-Fernández, M. A., Dehesa-López, E., & Peraza-Garay, F. (2021). Rotterdam vs. Marshall; Comparación de Predictores de Desenlace en Traumatismo Craneoencefálico Mediante Tomografía Computarizada. *Rev Med UAS*, 11(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v11.n2.002>
- Watson Hernandez, R. A., & Soto Rodríguez, R. (2021). Definición y manejo inicial del Trauma craneoencefálico leve. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(5). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.336>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Vera Portilla, L. I., Froment Blum, M. F., Morocho Sanchez, M. E., & Suárez Bacilio, A. M. (2022). Trauma craneo encefalico leve a propósito de un caso hospital clínica San Francisco. RECIAMUC, 6(2), 342-348. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.342-348](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.342-348)