

1. OBJETIVO Y POBLACION OBJETO:

El objetivo de este documento es brindar información actualizada sobre el abordaje diagnóstico, parámetros de clasificación, indicaciones del abordaje de las heridas por arma corto contundentes en cráneo.

2. DEFINICIÓN:

Se llaman así a aquellos instrumentos provistos de una hoja afilada, pero que poseen un peso considerable, por lo que a su efecto cortante se añade el propio de una gran fuerza viva. Son ejemplos representativos de esta variedad de instrumentos, los sables, los cuchillos pesados, azadones y sobre todo, las hachas.

3. MANEJO INICIAL:

El cuero cabelludo es una de las zonas con mayor irrigación sanguínea en el cuerpo humano.

En el trauma corto contundente existe usualmente una disrupción importante de éste, presentando sangrado que puede poner en peligro la vida del paciente, o causar daño cerebral secundario por hipotensión e hipoperfusión.

Una vez ingresa un paciente con herida por arma corto contundente en cráneo (HACC), el manejo inicial debe ir dirigido a la estabilización hemodinámica y cardiopulmonar. Si el paciente llega en shock por sangrado masivo se deben realizar las medidas básicas de reanimación, utilizando líquidos intravenosos idealmente coloides (Haemacel); si no se dispone de éste se deben iniciar cristaloides (Hartmann o Solución salina hipertónica), para recuperar la volemia.

Si es el caso debe transfundirse sangre.

Se hace el manejo apropiado de la causa del sangrado por medio de ligadura de vasos o compresión manual.

Luego de estabilizado el paciente se procede a realizar la valoración inicial de su estado neurológico, anotando:

- Estado de conciencia, escala de Glasgow.
- Tamaño, forma y reactividad pupilar.
- Presencia de déficit motor.
- Patrón de respiración.
- Reflejos de tallo.

- Trauma a otros niveles.

4. MANEJO DE LA HERIDA:

Inicialmente se debe aclarar si la herida penetró o no al cráneo, lo que está dado por el compromiso de la tabla ósea interna. En nuestra experiencia las heridas mayores de 8 cm. son altamente sospechosas de ser penetrantes.

Si existe salida de líquido por la herida y éste presenta el signo del halo positivo o exposición de tejido cerebral; no hay duda alguna del compromiso intracraneano y laceración dural.

Estas heridas deben manejarse inicialmente como cualquier fractura abierta, haciendo lavado exhaustivo con solución salina, retirando el material extraño y desbridando el tejido desvitalizado, suturando y cubriendo luego con un apósito estéril.

El paciente debe recibir profilaxis para el tétano y no se usan antibióticos.

Si existe la sospecha o la herida es penetrante, el paciente debe ser remitido a evaluación especializada con carácter urgente.

Si es una herida no penetrante y el paciente esta con signos de focalización, o con alteración del estado de conciencia, deben tenerse en cuenta lesiones asociadas a el trauma contuso y el paciente ser referido.

Exámenes paraclínicos

Rx de cráneo:

Demuestran las fracturas y ante situaciones dudosas aclaran si existe o no compromiso intracraneano. Se realizan proyecciones AP y lateral.

TC simple de cráneo:

Es de gran valor porque muestra la extensión del daño cerebral, hematomas intra y extra axiales asociados, la relación de la herida con estructuras importantes y ante situaciones de gran duda aclara si la herida es o no penetrante. No es un examen estrictamente necesario pero sí es muy útil en la planeación de la cirugía.

Exámenes de laboratorio

Hemograma con clasificación sanguínea Ionograma, pruebas de coagulación y otros se definirán de acuerdo a la situación del paciente

5. AYUDAS DIAGNOSTICAS:

De acuerdo al estado del paciente, los estudios imagenológicos y el sitio de las heridas se toma la decisión para el manejo, ya sea quirúrgico o médico.

Indicaciones de manejo médico:

Heridas no penetrantes, sin déficit asociado

Lesiones en las que por atención tardía exista meningitis, sospechada por la clínica y comprobada por la punción lumbar.

Trauma sobre zonas “peligrosas” para el abordaje quirúrgico (grandes senos venosos, confluencia de los senos), en los cuales debe sopesarse el riesgo contra el beneficio del manejo con cirugía.

Pacientes con compromiso neurológico severo, explicado por la lesión directa, en los cuales no exista lesión asociada como hematoma evacuable por medio de cirugía.

6. MANEJO QUIRÚRGICO:

Son quirúrgicos los pacientes con heridas penetrantes a cráneo con Glasgow mayor de 7 y cuya trayectoria no compromete en forma importante los grandes senos venosos.

Pacientes con Glasgow menor de 7 y con lesión asociada que ocupe espacio (HED, HIC, HSDA); deben ser llevados a cirugía.

Complicaciones asociadas a un mal manejo inicial, como abscesos, si son mayores de 2.5 cc deben manejarse con cirugía.

7. TÉCNICA QUIRÚRGICA BÁSICA:

Aprovechando la herida traumática, se realiza exposición del cráneo, disecando en forma amplia el periostio, obteniendo de este un colgajo para posteriormente, si es necesario ser usado como duraplastia.

Se realiza craniectomía de los bordes óseos comprometidos, identificando los bordes de la laceración meníngea, procediendo luego a la esquirlectomía ósea y al retiro de material extraño intracerebral, el cual se manda a cultivo ; luego se realiza lavado, idealmente con solución irrigada con antibiótico (Cefalosporina de primera generación o Gentamicina).

Es preferible hacer un desbridamiento amplio del tejido cerebral comprometido para disminuir el riesgo de infección.

Se debe hacer cierre hermético de la laceración quirúrgica para lo cual es necesario colocar plastia de periostio ó fascia. No se deben reponer los fragmentos óseos comprometidos.

8. COMPLICACIONES:

Fístula de LCR.

Infección de herida quirúrgica, osteítis, meningitis, cerebritis, abscesos.

Trombosis de los senos venosos.

9. MANEJO POSTOPERATORIO:

LEV de soporte con cristaloides tipo Hartman o solución salina normal.

Corregir pruebas de coagulación con plasma o sangre total según el caso.

Vigilar signos de infección o presencia de fístula de LCR a través de la herida quirúrgica. No se usan de rutina antibióticos profilácticos. Una vez se presente fiebre o deterioro, debe descartarse la presencia de meningitis con punción lumbar. En caso de fístula de LCR se maneja inicialmente reforzando los puntos de sutura de la herida quirúrgica y haciendo restricción de líquidos. Si no hay mejoría se debe descartar meningitis o hidrocefalia.

Si existe proceso infeccioso, deben iniciarse antibióticos en forma inmediata; hasta obtener el antibiograma; cefalosporinas de tercera generación (Ceftriaxona, Ceftazidime).

En caso de convulsiones difenilhidantoina a las dosis conocidas.

Iniciar rehabilitación temprana.

10. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Junio 2012	Elaboración del documento	Natasha Molina	Grupo neurocirugía	Comité Tecnocientífico