

Trastornos inespecíficos del nivel de conciencia de seis meses de evolución

G. Alonso-García, J. Palomares-Rodríguez y J. L. Ramos-Cortés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Básico de Motril. Motril. Granada. España.

Caso clínico

Paciente británico de 46 años de edad, dedicado a los negocios, que consulta por episodios fugaces de mareo que ocurren desde hace seis meses y que describe como «un momento» de disminución de nivel de conciencia, sin ningún tipo de pródromos, sin síntomas acompañantes, sin sensación alguna de giro de objetos y con recuperación espontánea inmediata, sin haber llegado a precisar nunca medicación ni actuación alguna. En ningún caso ha dejado de hacer vida normal. Como único antecedente clínico de interés cabe destacar un traumatismo craneal sin pérdida de conciencia producido hace seis meses con motivo de un atraco.

La exploración física completa era totalmente normal, a excepción de un área blanda-tumefacta en región temporal derecha de 1,5-2 cm de diámetro, ligeramente dolorosa a la palpación. La exploración neurológica era completamente normal, al igual que el hemograma, la bioquímica, la radiografía de tórax y el electrocardiograma. La tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo mostraba solución de continuidad de éste y una lesión inicialmente interpretada como artefacto en región temporal derecha (fig. 1).

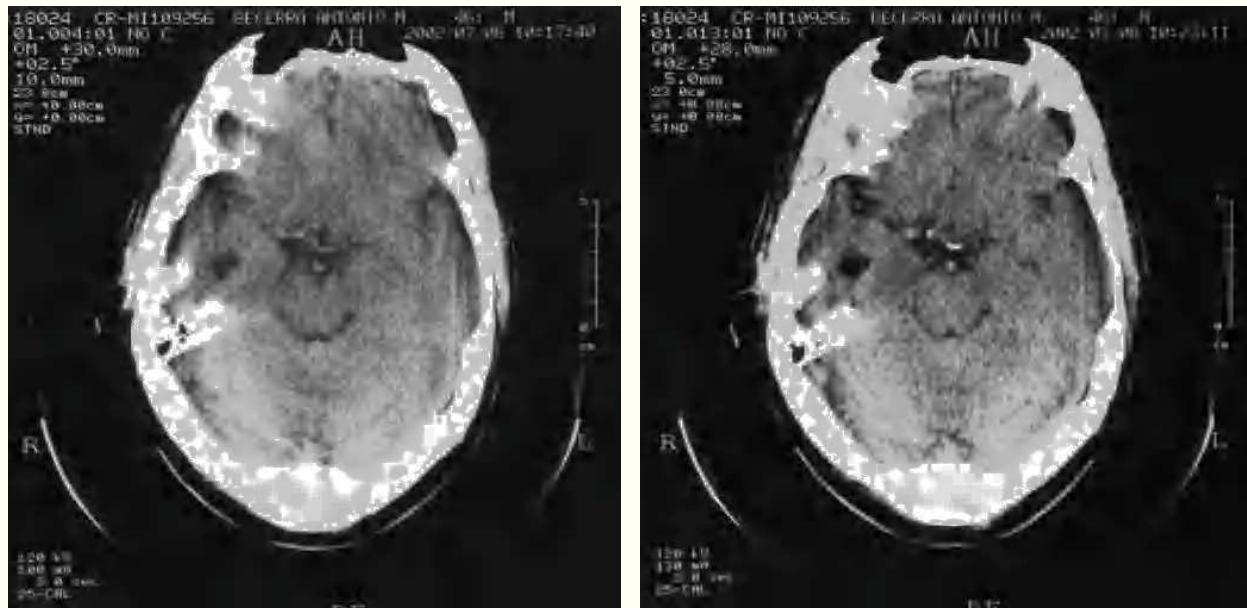


Fig. 1. Tomografía axial computadorizada craneal a nivel de región temporal derecha que muestra el área del traumatismo, pero no permite demostrar la causa de las imágenes a dicho nivel.

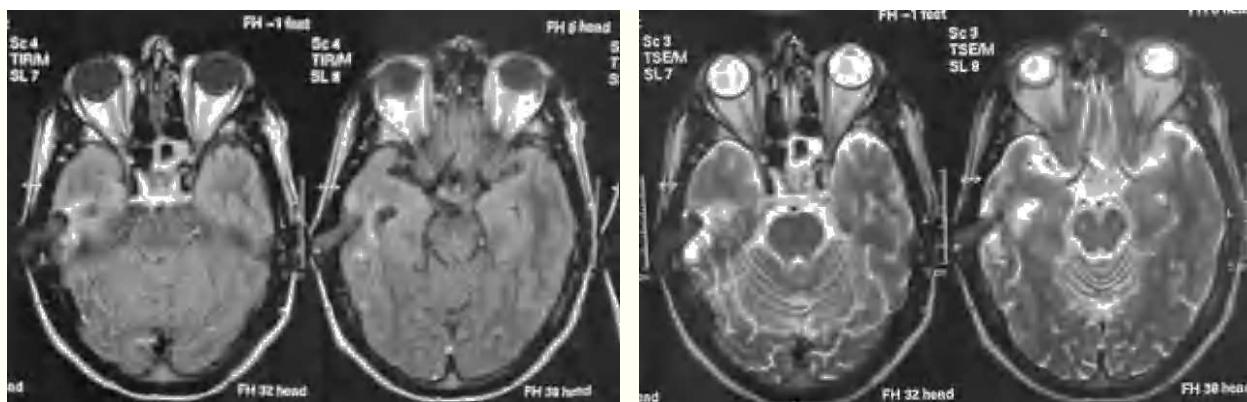


Fig. 2. Imágenes de resonancia magnética nuclear que muestran solución de continuidad y cuerpo penetrante a nivel de la porción posterior de la escama del hueso temporal derecho con afectación de masa encefálica.

Evolución

Al recibirse las imágenes de la TAC craneal se cursó petición de exploración por resonancia magnética nuclear (RMN), la cual mostró la imagen de un cuerpo extraño penetrante unos 2,5 cm, de densidad algo menor que la del hueso y de forma más o menos cilíndrica, que ahondaba en la masa encefálica hacia el interior de la fosa media y con su extremo proximal alineado con el cráneo, el cual presentaba solución de continuidad. Había un fragmento óseo intracraneal a 1,5 cm de profundidad. Las hipodensidades observadas a nivel del lóbulo temporal derecho se interpretaron como áreas de encefalomalacia secundaria a contusión cerebral, con agrandamiento de asta temporal derecha (fig. 2). El paciente fue remitido al Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, donde fue intervenido, siéndole extraído un fragmento cilíndrico de madera de características iguales a las antes descritas. El postoperatorio fue normal y quedó completamente asintomático.

Diagnóstico

Traumatismo craneal con cuerpo extraño penetrante en cavidad craneal.

Comentario

Llama la atención en nuestro caso lo inespecífico de la clínica, con un único dato exploratorio, cual era el hecho de tocar a través de la piel tumefacta algo que resultó ser el extremo proximal del cuerpo extraño. Ante un caso como el descrito, que no se presenta usualmente en un área de urgencias^{1,2}, el diagnóstico puede pasar un tiempo inadvertido y se ha de basar en una exploración neurológica completa, utilizando racionalmente las técnicas de imagen que haya a nuestra disposición^{3,4}. Ya hay publicaciones, incluso en nuestro país, que apuntan al mayor soporte diagnóstico basado en la RMN que en los datos de la TAC⁵, a la cual complementa de manera efectiva⁶, representando el área de contusión y la herida intracraneal, sobre todo si se contempla la posibilidad de intervención. Ya han sido publicados bastantes casos de traumatismos con inclusión de cuerpos extraños en la cavidad craneal⁷⁻¹¹. Las complicaciones de estos traumatismos incluyen abscesos cerebrales¹², así como desarrollo a medio-

largo plazo de osteomas¹³ o tumores, como meningiomas, glioblastomas o astrocitomas^{14,15}. Su pronóstico se basará en una escala de Glasgow inicial, en la presencia o no de anisocoria y en la propia trayectoria de la herida^{16,17}.

El tratamiento es quirúrgico, si bien no se recomienda en pacientes con heridas penetrantes y valor de escala de Glasgow entre 3 y 5, en ausencia de hematoma que ocasione efecto masa. Otras medidas de tratamiento son los antibióticos, y en caso necesario los anticonvulsivantes¹⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stiell IG. Clinical decision rules in the emergency department. CMAJ. 2000;163:1465-6.
2. Hoffman JR, Mower W, Wolfson AB, Todd K, Zucker M. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. N Engl J Med. 2000;343:94-9.
3. Vuillier F, Medeiros-De Bustos E, Moulin T. Exploration d'un déficit neurologique. J Neuroradiol. 2004;31:252-61.
4. Exadaktylos AK, Stettbacher A, Bautz PC. The value of protocol-driven CT scanning in stab wounds to the head. Am J Emerg Med. 2002;20:295-7.
5. Aguas J, Begué R, Díez J. Lesión traumática del tronco cerebral diagnosticada por resonancia magnética. Reconsideración epidemiológica y pronóstica. Neurocirugía. 2005;16:14-20.
6. Jones RM, Rothman MI, Gray WC, Zoarski GH, Mattox DE. Temporal lobe injury in temporal bone fractures. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;126:131-5.
7. Uemura A, Ouchi T, Yashiro N. Usefulness of gradient-echo T2*-weighted MR imaging in evaluation of transorbital penetrating cerebral injury. Clin Imaging. 2001;25:163-6.
8. Lee JA, Lee HY. A case of retained wooden foreign body in orbit. Korean J Ophthalmol. 2002;16:114-8.
9. Takashashi Y, Shinohara M, Manaka H, Servadei F. Penetrating brain injury with nasal entry by a plastic stick: Case report. J Neurosurg Sci. 2002;46:25-7.
10. Irshad K, McAuley D, Kjhalaf K, Ricard D. Unsuspected penetrating maxillo-orbitocranial injury: A case report. Can J Surg. 1998;41:393-7.
11. Karabatsou K, Kandasamy J, Rainov NG. Self-inflicted penetrating head injury in a patient with manic-depressive disorder. Am J Forensic Med Pathol. 2005;26: 174-76. Erratum in: Am J Forensic Med Pathol. 2005;26:301.
12. Maruya J, Yamamoto K, Wakai M, Kaneko U. Brain abscess following transorbital penetrating injury due to bamboo fragments. Case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2002;42:143-6.
13. Ma'luf RN, Ghazi NG, Zein WM, Gedeon GA, Hadi UM. Orbital osteoma arising adjacent to a foreign body. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2003;19:327-30.
14. Sabel M, Felsberg J, Messing-Junger M, Neuen-Jacob E, Piek J. Glioblastoma multiforme at the site of metal splinter injury: a coincidence? Case report. J Neurosurg. 1999;91:1041-4.
15. Stendel R, Theallier-Janko A, Holl T, Brock M. The relationship between cortical injury and brain tumour. Report of two cases and review of the literature. Acta Neurochir (Wien). 1997;139:208-14.
16. Erdogan E, Izci Y, Gonul E, Timurkaynak E. Ventricular Injury following Cranial Gunshot Wounds. Clinical Study. Mil Med. 2004;169:691-5.
17. Iwakura M, Kawaguchi T, Hosoda K, Shibata Y, Komatsu H, Yanagisawa A, et al. Knife blade penetrating stab wound to the brain. Case report. Neurol Med Chir (Tokyo). 2005;45:172-5.
18. Martins RS, Siqueira MG, Santos MT, Zanon-Collange N, Moraes OJ. Prognostic factors and treatment of penetrating gunshot wounds to the head. Surg Neurol. 2003;60:98-104.