

Craniectomía descompresiva en paciente con TEC grave por arma de fuego: Reporte de un caso

Pia Contreras¹, Claudia Espinoza¹, Cecilia González¹, Eduardo Kattan¹.*

1. Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago, Chile.

**Correspondencia: piafer8@gmail.com*

Introducción: La hipertensión intracraneal (HTIC) es la principal causa de muerte y discapacidad posterior a un trauma encefalocraneano (TEC). El manejo de la presión intracraneal (PIC) es fundamental, ya sea a través de manejo médico o quirúrgico, siendo este último una medida de salvataje. Los aspectos técnicos de la craniectomía descompresiva (CD), la selección de pacientes y el momento de ingreso a pabellón, siguen siendo objeto de debate. **Desarrollo caso:** Paciente masculino 21 años, sin antecedentes mórbidos. Sufre herida ocular izquierda por arma de fuego. Evaluado en atención primaria donde ingresa en GCS 6, es intubado y derivado a hospital de base. Recibe manejo inicial con sedación profunda, profilaxis anticonvulsivante y tratamiento antibiótico empírico. Ingres a UPC donde se continúan medidas de neuroprotección. Se realiza TAC de cerebro sin contraste donde destacan signos de edema cerebral, hemorragia intraparenquimatosa aguda parcialmente caracterizable por artefacto metálico, fractura de las paredes de la órbita y seno frontal a izquierda, asociado a signos de daño ocular. Dado que presenta indicación monitoreo invasivo de presión intracraneana, ingresa a pabellón 13 horas después del evento traumático. Se instala derivación ventricular externa y se realiza cobertura de defecto frontal con colgajo. En el primer día post operatorio en UCI evoluciona con ascenso sostenido de PIC hasta 35 mmHg y convulsiones tónico-clónicas. Se maneja con Lorazepam, Midazolam, Propofol y solución salina hipertónica, presentando respuesta parcial a la terapia. Dado aumento sostenido de PIC pese a manejo médico óptimo, se decide realizar CD a las 72 horas de evolución desde evento traumático. Evoluciona estable durante el post operatorio con PIC dentro de rangos normales, por lo que se inicia disminución progresiva de sedantes. Catorce días después de la CD se logra cierre de DVE, el cual fue retirado definitivamente 2 días posterior a su cierre. Un mes tras la CD el paciente fue decanulado de la traqueostomía percutánea. A las 7 semanas post trauma, el paciente logra alimentarse sin asistencia, bipedestar con bloqueo de rodilla, marchar con asistencia moderada y colaborar con ABVD. **Discusión:** El manejo oportuno de la HTIC es de vital importancia en el TEC grave, siendo la primera línea el tratamiento médico y en última instancia la CD. El uso de ésta sigue siendo controversial, dado que diversos estudios han demostrado disminución de la mortalidad, pero un aumento de la tasa de secuelas funcionales. En este caso podemos contrastar los buenos resultados funcionales a 7 semanas posterior a la CD. Sin embargo, aún no se cuenta con suficiente evidencia para tener recomendaciones claras en cuanto a su implementación, en particular en el trauma por arma de fuego. Una evaluación multidisciplinaria y contextualizada al escenario clínico particular permite identificar a aquellos pacientes que presentarán mayor beneficio de la intervención quirúrgica.