

## Lesión intracraneal transorbitaria por florete. Caso clínico

A. Calvo-Rubal<sup>\*,\*\*</sup>; F. Martínez<sup>\*,\*\*\*</sup> y A. Tarigo<sup>\*</sup>

\*Servicio de Neurocirugía del Hospital Maciel. Ministerio de Salud Pública. \*\* Servicio de Neurocirugía. Banco de Seguros del Estado. \*\*\*Departamento de Anatomía. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

### Resumen

**Introducción.** Las heridas penetrantes intracraneales por arma blanca son poco frecuentes en países occidentales y su diagnóstico y tratamiento pueden presentar dificultades que las hacen diferentes al resto de los traumatismos de cráneo.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un profesor de esgrima que practicando sin la debida protección, recibió una lesión por florete, transorbitaria derecha con penetración intracraneana. La misma le produjo un hematoma intraparenquimatoso temporoparietal derecho, con efecto de masa. Dicha lesión se hizo evidente en la evolución, ya que de inicio, el paciente no presentó ningún síntoma oftalmológico o neurológico. El hematoma se evacuó sin incidentes con buena evolución clínica del paciente. No hubo lesiones en el globo ocular.

**Discusión y conclusiones.** La lesión de estructuras intracraneales por objetos penetrantes transorbitarios es poco frecuente. Su diagnóstico exige un alto índice de sospecha, teniendo en cuenta el objeto agresor, mas allá del estado clínico inicial del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Traumatismo craneal penetrante. Traumatismo orbitario. Hematoma intracerebral traumático.

### Cranial wounds of the skull by fencing - foil

#### Summary

**Penetrating stab cranial wounds of the skull by fencing - foil are rare in western countries.**

**Case report.** This 46 year old man suffered a penetrating stab wound of the skull throughout the right orbital region. As a consequence he developed an intracranial hematoma requiring surgical evacuation.

**Discussion and conclusions.** Damage of intracranial contents due to transorbital penetrating objects other than missiles is a rare event.

Recibido: 19-08-05. Aceptado: 20-11-05

**KEY WORDS:** Head injury. Penetrating skull injury. Stab wounds. Orbital trauma. Intracranial hematoma.

### Introducción

Las heridas penetrantes intracraneales por arma blanca o cuerpos extraños diferentes a los proyectiles de arma de fuego son muy poco frecuentes<sup>4,12,19,26</sup>.

La entrada del agente lesivo puede ser a través de la calota o de la base del cráneo en cualquiera de sus sectores<sup>4,13</sup>. Dada la constitución anatómica y las relaciones de la base del cráneo, la penetración se puede hacer también a través de la órbita, la boca, las fosas nasales o partes blandas de la cara<sup>9,18-20,25,27,28,30</sup>.

Frecuentemente, la lesión intracraneal no es diagnosticada de inicio, sobre todo cuando el paciente no tiene síntomas neurológicos. Pero teniendo en cuenta el tipo de agresión con un objeto capaz de atravesar el cráneo, se debe tener un alto índice de sospecha para diagnosticarlas y evitar secuelas diferidas potencialmente graves o mortales<sup>9,10,25</sup>.

A continuación reportamos un caso de lesión intracraneal con entrada en órbita, causada por un florete durante la práctica de esgrima.

### Caso clínico

Paciente varón de 46 años, zurdo, instructor de esgrima que el 23/7/04, mientras daba clases a un adolescente, sin la debida protección de la máscara reglamentaria, recibe una herida con florete "mudo" (solo con la protección de un pequeño botón metálico en la punta) en la región orbitaria derecha. Es visto por médico de emergencia móvil quien encuentra un paciente con examen neurológico normal, sin herida penetrante en globo ocular y sin alteraciones de la oculomotricidad o la agudeza visual, por lo que indica tratamiento sintomático.

En las primeras 24 horas de evolución, se añadieron cefaleas, vómitos, intenso dolor en órbita derecha y exoftalmos. Posteriormente presenta disminución del estado de conciencia, ingresando en un centro hospitalario donde se procede a su sedación e intubación, realizándose

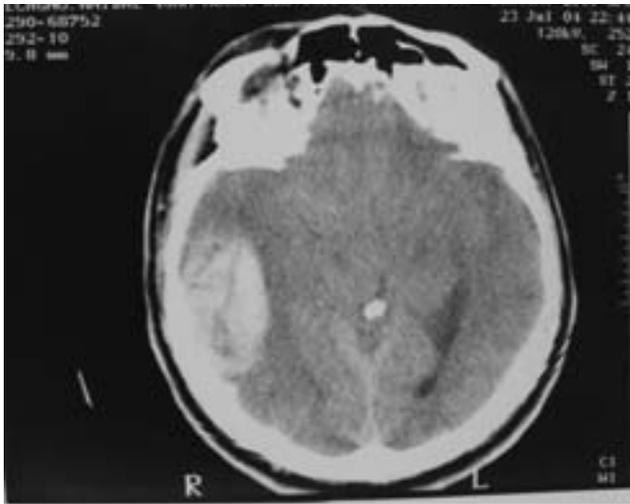


Figura 1. TC de cráneo que muestra el hematoma intraparenquimatoso temporoparietal derecho. Se ve un ligero desplazamiento de la calcificación de la glándula pineal hacia la izquierda.

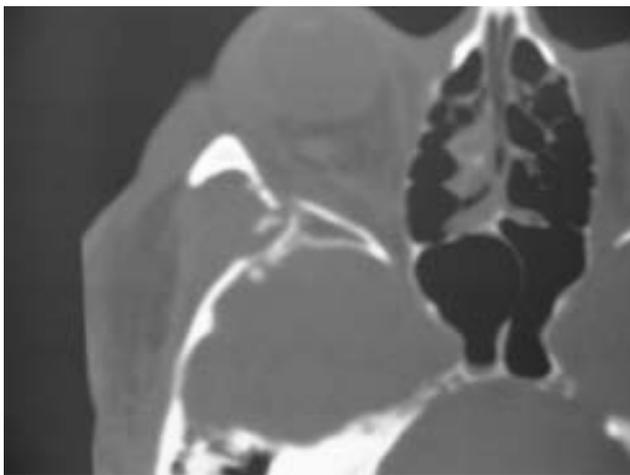


Figura 2. TC de cráneo, ventana ósea. Se evidencia la fractura en la pared externa de la órbita y del sector anterior de la fosa temporal, que marcan el trayecto seguido por el florete.

una tomografía craneana (TC).

La misma (figura 1) mostró un hematoma lobar temporoparietal derecho, de franco predominio en el primer lóbulo, con lámina subdural laminar asociado. La lesión ejercía efecto de masa, con desplazamiento de la línea media a la izquierda. El examen clínico mostraba indemnidad de globo ocular.

En la ventana ósea se constató que la hoja del florete, tras lesionar el sector posterior de la pared externa de la órbita, pasó a través de la fosa temporal y ala mayor del esfenoideas, penetrando luego en la fosa craneana media (Figura 2). En la figura 3 se muestra en una pieza anatómica, el trayecto seguido por el arma lesiva.

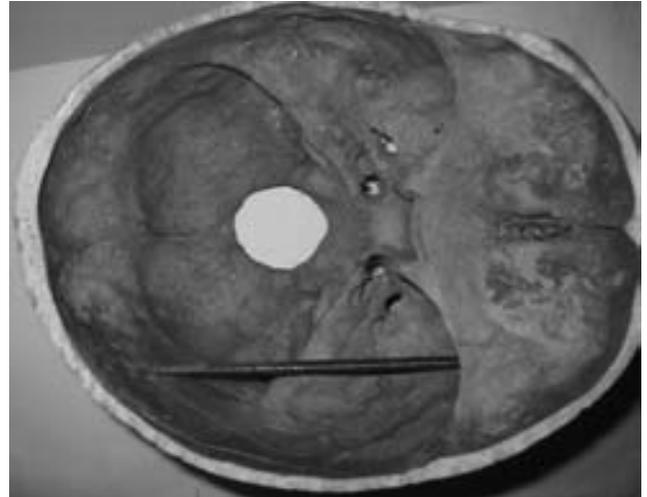


Figura 3. Pieza anatómica que muestra el trayecto seguido por el florete en su penetración intracraneana.

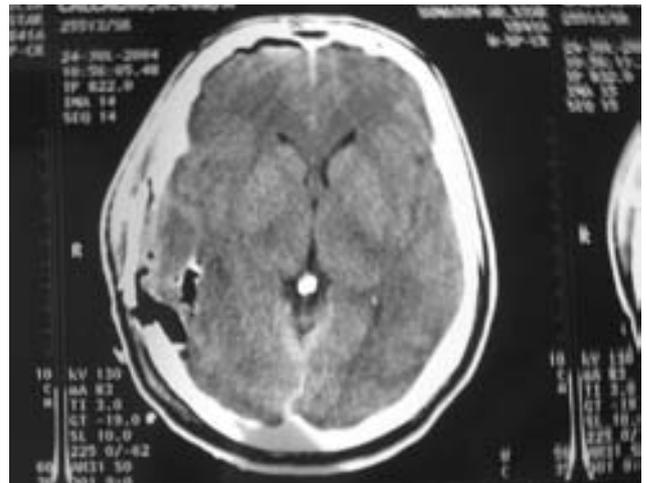


Figura 4. TC de cráneo postoperatoria. Se ve la correcta evacuación del hematoma y la realineación de la calcificación de la glándula pineal.

El paciente se intervino de urgencia en la madrugada del 24/7/04, mediante colgajo de Walker derecho. Al levantar el colgajo óseo, la duramadre estaba tensa y azulada; se abrió la misma aspirándose el hematoma subdural agudo. Posteriormente, se hizo una incisión cortical en la segunda circunvolución temporal (T2), para evacuar el hematoma intraparenquimatoso. No se identificó lesión de grandes vasos; se colocó un hemoclip en una arteriola en el sector posterior de la diéresis. Se cerró, dejando un catéter para medir la presión intracraneana (PIC).

La TC de control postoperatoria (Figura 4) mostró buena evacuación del hematoma, con discreto "swelling" del hemisferio, pero con PIC dentro de rangos normales.

En la evolución clínica, presentó un despertar excitado, por lo que se postergó su extubación por 48 horas. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071747>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)