



CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA: TERAPIA EFECTIVA EN MANEJO DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA REFRACTARIA, EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

Autores: Riquelme M; Lapadula M; von Dessauer B; Cáceres A; Otayza F.
Unidad Paciente Crítico - Hospital Roberto del Río

INTRODUCCION

La craniectomía descompresiva es en pediatría una indicación terapéutica más, pero de excepción, en el tratamiento de la hipertensión endocraneana (HTEC) refractaria a la terapia médica, en pacientes con traumatismo encefalocraneano (TEC) grave.

Esta se define como la persistencia de presión intracraneana (PIC) > 20 mm Hg a pesar del manejo integral según guías oficiales.

OBJETIVO

Evaluar la utilidad de CD en el manejo de HTEC refractaria en los pacientes ingresados a la UPC entre Enero 2000 y Diciembre 2007.

MATERIALES Y METODOS

De 271 pacientes ingresados con diagnóstico de TEC grave, se realizó CD a 20 (7,4%) considerado el grupo en estudio. Los datos fueron obtenidos de las fichas clínicas respectivas y para su análisis se diseñó un formulario específico.

RESULTADOS

- Durante el período en estudio ingresaron 271 pacientes con diagnóstico de TEC grave, fallecieron 20 (7,4%), de los cuales 5 fueron craniectomizados.
- En el grupo estudiado la relación hombre/ mujer fue 12/ 8
- La mediana de edad fue 6,5 años (rango entre 7m a 14 años).

- Mecanismos de trauma involucrados fueron: 50% accidente de tránsito, 15% caída de altura, 15% atropello y 20% otros.

- Tiempo promedio entre accidente e ingreso UPC de todo el grupo fue de 7,1 horas (35 min y 50 hrs). Y del subgrupo que correspondió a los ingresos primarios (14 pacientes) fue 2,7 hrs.

- La estadía en UPC fue de 16,7 días (rango 35 min a 94 días).
- Glasgow Coma Scale (GCS) promedio de ingreso al hospital fue 7 (3 a 13).
- 4 pacientes tuvieron GCS = 3 y 4 > 8 con rápido deterioro del mismo.

Características de pacientes con GCS 3:

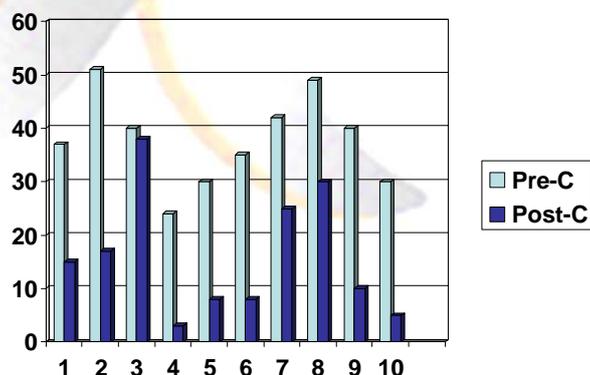
- Todos (4) con craniectomía antes de 24 hrs, ingresan a UPC post-pabellón.
- 3/4 ingresan craniectomizados con evidencia intrapabellón de cerebro pálido, macerado sin latido que no se recupera post CD. Por esta razón el mismo número (3/4) no tuvo medición de PIC posterior.
- 3 pacientes fallecen: 2 dentro de las 24 hrs de ingreso, de los cuales uno se mantuvo con medidas de soporte vital activas por ser candidato a procuramiento.

- Se midió PIC pre CD en 11 pacientes, promedio 44 mm Hg (rango 24 a 80). En 13/20 niños se midió PIC post CD: promedio 17 mm Hg (rango 4 - 38).
- Se realizó CD precoz (<24 hrs) en 16 pacientes, en 11 antes de las 8 hrs.
- En 9 se efectuó CD inmediata sin medición previa de PIC por gravedad y decisión neuroquirúrgica intraoperatoria al ingreso (estallido de cráneo, hemorragia intraparenquimatosa, herida por bala sin salida de proyectil, hematoma extradural masivo).
- 2 pacientes requirieron una segunda cirugía para ampliar la craniectomía
- No hubo complicaciones inmediatas ni mediatas asociadas al procedimiento

- 5 pacientes (25%) fallecieron:

- ◆ 4 por TEC grave (3 con GCS 3, 1 con CD tardía (a las 80 hrs) que requirió ampliación de la misma a las 104 hrs y que fallece intrapabellón).
- ◆ 1 por politraumatismo asociado (Trauma abdominal grave).

Impacto Craniectomía en la PIC



CONCLUSIONES

La CD a pesar de ser una cirugía realizada en pacientes críticos inestables no presenta complicaciones asociadas al procedimiento en esta serie.

Es realizada precozmente en el 80% de los casos, contribuyendo a la disminución de la PIC al menos en un 50% en relación al valor precraniectomía.