

LESIONES TRAUMATICAS DEL LOBULO FRONTAL
E INTERVALO LUCIDO ()*

Prof. P. Larghero, Dres. J. Lockhart y R. Enciso

Síntesis

Presentamos una observación típica de Contusión del lóbulo frontal con intervalo lúcido.

- 1 Traumatismo frontal derecho.
 - 2 Intervalo lucidez relativa (14 horas).
 - 3 Somnolencia y coma progresivo.
 - 4 Hemiplejía izquierda.
 - 5 Muerte — Contusión hemorragia lóbulo frontal derecho
- Isquemia hemi-encéfalo derecho.

El análisis de nuestras observaciones de traumatismos craneo encefálicos y las comprobaciones operatorias y de necropsia nos han permitido adquirir un conocimiento más exacto de la verdadera significación del síntoma clásico del intervalo lúcido.

Si el intervalo lúcido, completo pero breve (de una hora o menos) con entrada súbita en coma de agravación acelerada, minuto a minuto, puede rotularse como patognomónico de hematoma extra dural por ruptura de la arteria meníngea media o de una de sus ramas de división primaria, debemos apresurarnos a decir, que esta condición es relativamente rara, lo que ha hecho decir a Donald Munro, que en su larga experiencia, cuando se le ha presentado el caso, llama a cuantos médicos o estudiantes están cerca para que lo vean.

En un elevado porcentaje de casos la sintomatología no es tan terminante, porque las variaciones de intensidad de la contusión encefálica y de la fuente de la hemorragia, hacen o que

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 2 de julio de 1947.

el intervalo lúcido no exista para nada, o que siendo el coma primario y persistente, ocurra horas más tarde, solamente un matiz de menor inconciencia seguido de agravación del coma, varias horas o aún días después del trauma; es decir con la evolución habitual del hematoma subdural agudo. Y como esta misma sinto-

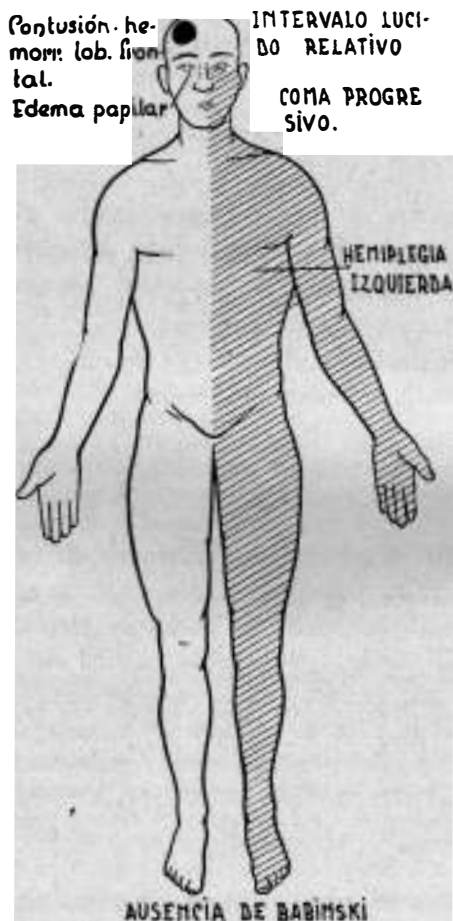


FIG. 1.

matología puede ser producida por otras lesiones traumáticas del encéfalo o por alteraciones post-traumáticas cuya resultante final es la misma, se llega a la conclusión de que para diagnosticar la totalidad de las lesiones post traumáticas que deben ser operadas, es necesario manejarse con una mayor amplitud de cuadros

clínicos y con una flexibilidad de criterio que no es precisamente el que se enseña en los libros.

Podemos decir de acuerdo con nuestra experiencia: que no todos los hematomas intracraneos traumáticos dan la sintomatología del intervalo lúcido completo o incompleto; e inversamente que no todos los intervalos lúcidos se deben a hematomas; conservando su alta significación indicadora y su preferencia en cuanto a frecuencia, existen, junto a los hematomas, otras lesiones que pueden dar origen a estas variaciones de conciencia. De ellos, algunos podrían beneficiar del tratamiento quirúrgico de descompresión.

Las contusiones graves con hemorragia del lóbulo frontal entran en esta categoría y aunque este enfermo falleció, nos ha parecido de interés mostrar la pieza con un sumario de la evolución clínica.

OBSERV. C. 40. — Y. R., 45 años. 17/XII/1943. Hora 18: Traumatismo frontal derecho, encontrándose ebrio. Se curan sus heridas en el Hospital. Se niega a la hospitalización. Lucidez consecutiva de varias horas.

18/XII/1943. Hora 8. Reingresa. Estado de somnolencia pero responde al interrogatorio. Pulso 80 p.m. Pupilas iguales. No hay parálisis ni facial ni de miembros. Reflejos cutáneos normales.

19/XII/1943. Somnolencia más acentuada. Estado de confusión mental, agitación motriz.

20/XII/1943. Estado de inconciencia igual; lenguaje incoherente. Desviación conjugada de cabeza y ojos a derecha. No hay parálisis.

21/XII/1943. Hora 8. Coma tipo sueño. Desviación de cabeza y ojos a derecha. Parálisis facial izquierda. Monoplejía braquial izquierda. Paresia miembro inferior izquierdo. No hay Babinski. Edema papilar derecho. Deshidratación: Hematocrito, 49 %. Proteínas, 8 grs. 04 %.

21/XII/1943. Punción lumbar. Líquido claro (no se tomó presión).

Agravación pese a la hidratación masiva.

Hora 21. Coma profundo, sin estertor.

Hemiplejía izquierda completa. Anestesia corneana izquierda. Radiografía: fractura reborde orbitario derecho.

Operación. — Larghero-Lockhart. Colgajo fronto-temporal. No hay hematomas ni extra ni subdural. Lóbulo frontal duro, pero late.

Punción negativa.

Muerte: 5 horas más tarde.

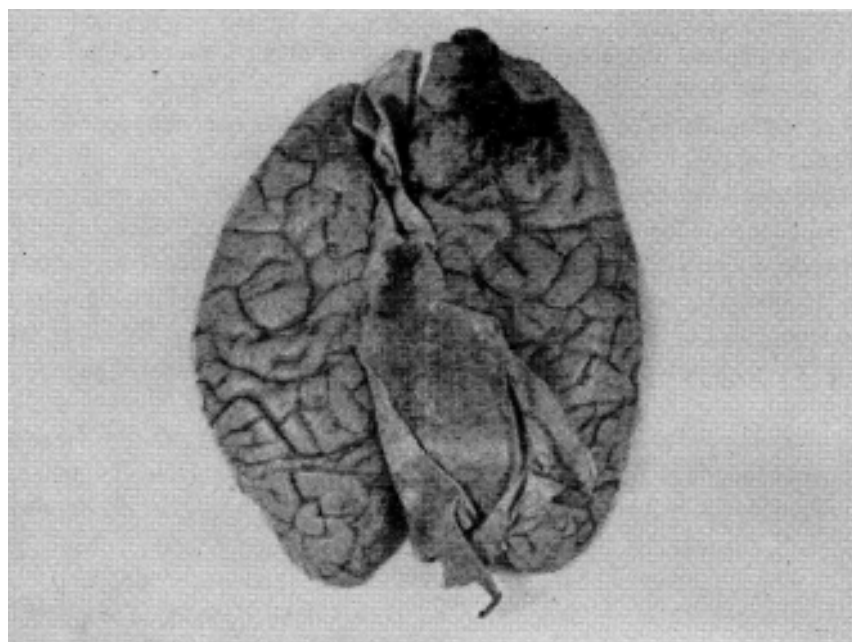


Foto 1.

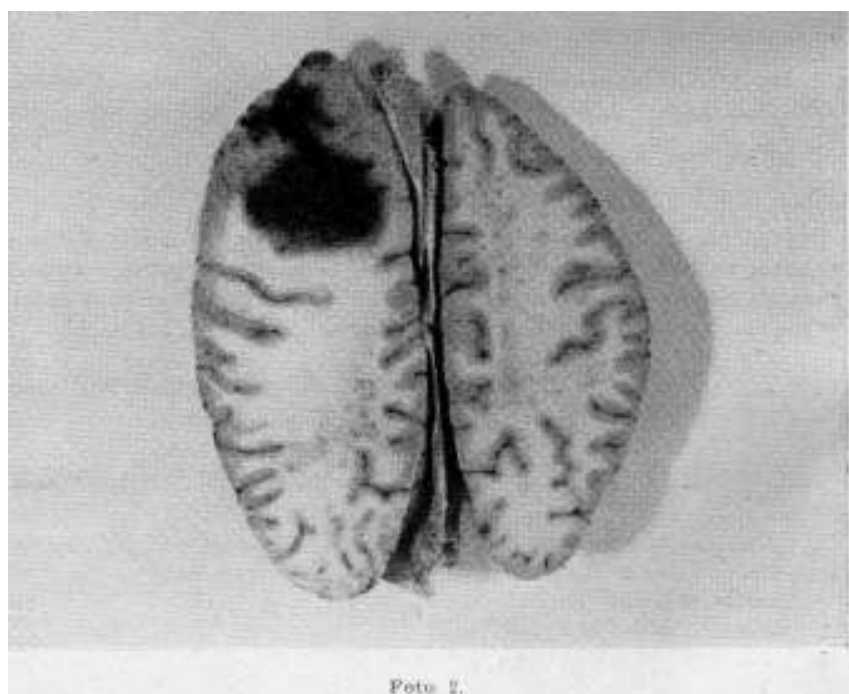


Foto 2.

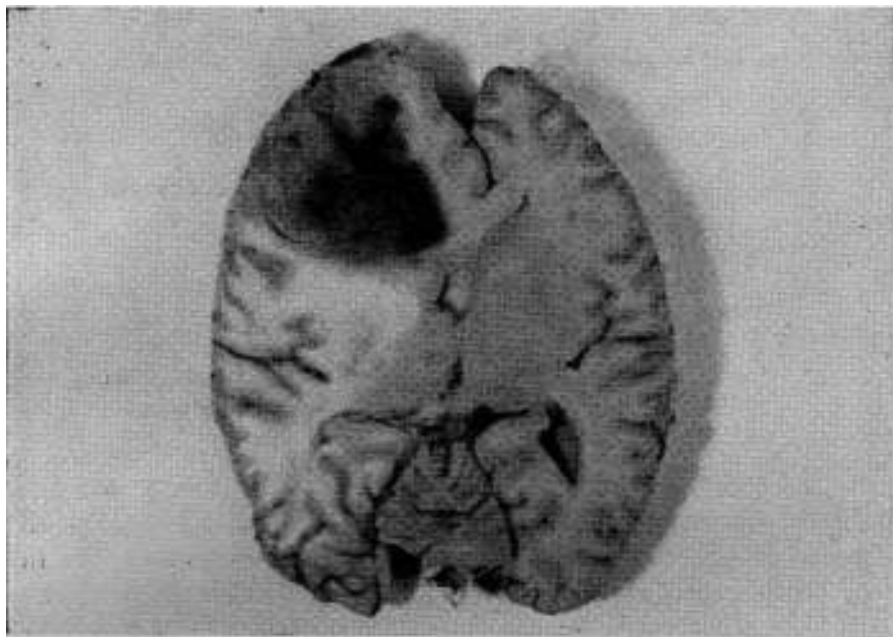


Foto 3.

Autopsia. — Foco de contusión y hemorragia ocupando todo el lóbulo frontal derecho.

Isquemia del hemiencéfalo derecho. Tumefacción del hemiencéfalo derecho.

Traumatismo frontal derecho. — Contusión hemorragia del lóbulo frontal derecho: Obs. 40. Intervalo lúcido: 14 horas. Coma progresivo. Hemiplejía izq. L.C.R. Claro. Pieza 12032. Tumefacción hemiencéfalo D. Isquemia hemiencéfalo D. Muerte a los 4 $\frac{1}{2}$ días.

Foto 1. — Vista cara superior. Obsérvese el aumento del volumen del hemiencéfalo. D. La hemorragia infiltra la cortical sin romperla. (L.C.R. no hemorrágico).

Foto 2. — Corte horizontal total del encéfalo. Vista de la cara superior del corte, desde abajo. Obsérvese el aumento de vol. del hemiencéfalo D. y la ausencia del punteado de vasos (isquemia) de este hemiencéfalo, contrastando con la vascularización del izquierdo.

Foto 3. — Vista de la cara superior del corte, desde abajo. La asimetría entre ambos hemiencéfalos es más acentuada aún. El polo frontal D. es una masa globulosa comparada con el izquierdo.

El prolongamiento frontal del V. lateral ha desaparecido y el occipital está reducido a una fisura. La substancia blanca está edematosa y las cisuras colapsadas.