

Herida craneal por arma de fuego

Epidemiología

Son una causa habitual de lesión penetrante de cráneo, configurando el 35% de las causas de muerte por daño cerebral en individuos menores de 45 años [(Levy, M., Davs, S., Russell, M., Ballistic and forensics. Traumatic Brain injury. Thieme Medical Publishers, 1999, 201-12.)].

Hay alrededor de 33.000 muertes causadas por heridas de bala en los EE.UU. cada año . Probablemente la mitad de estas muertes son por heridas craneales.

En los soldados del Ejército de Estados Unidos, el 17% de todas las lesiones por bala son craneales.

Incluso la protección por cascos antibala representa un peligro.

Llama la atención lo acotado de la bibliografía en población pediátrica sobre este tema de gran importancia [(Sosa, Fidel, Javier González Ramos, Sebastián Vitar, Roberto González, and Graciela Zúccaro. "Heridas Por Arma de Fuego En Pacientes Pediátricos." Revista Argentina de Neurocirugía 22, no. 3 (September 2008): 0-0.)].

Complicaciones

Las complicaciones inmediatas de estas lesiones, aparte de las secuelas neurológicas, y del compromiso de la vía aérea por el deterioro del nivel de consciencia, son las derivadas de la contaminación de los fragmentos óseos, principalmente por *Staphylococcus epidermidis* [(Hagan RE. Early complications Following Penetrating wounds of the Brain. J Neurosurg 1971;34:132-41.)].

Trombosis de seno por misiles que cruzan el seno.

Se presenta en el 10 % de las heridas por combate que afectan al cerebro.

Infección

La administración de [profilaxis antibiótica](#) no se asoció con la incidencia de infección intracraneal secundaria.

La inclusión de fragmentos óseos o metálicos y la estancia hospitalaria prolongada fueron factores de riesgo independientes de infección intracraneal [(Jimenez, Carlos Mario, Jonathan Polo, and Julian Andres España. 2012. "Risk Factors for Intracranial Infection Secondary to Penetrating Craniocerebral Gunshot Wounds in Civilian Practice." World Neurosurgery (June 19). doi:10.1016/j.wneu.2012.06.025.)].

Tratamiento

La extracción agresiva de fragmentos de misiles y hueso tiene que ser equilibrada, ya que es preferible dejar atrás algunos fragmentos difíciles de localizar o extrear que aumentar el déficit neurológico para el paciente.

El TAC postoperatorio es preciso para la identificación de la formación de abscesos, hematomas, edemas, y áreas de lesión no evidentes en el momento de la exploración inicial.

La terapia con antibióticos se debe iniciar antes de la operación.

El control de elevación de la PIC juega un papel importante en la disminución de la mortalidad y la morbilidad.

El desbridamiento juicioso del cerebro lesionado combinada con el control de la PIC va a maximizar la calidad de la recuperación y aumentar la supervivencia [(Blank-Reid C, Reid PC. Penetrating trauma to the head. Crit Care Nurs Clin North Am. 2000 Dec;12(4):477-87.)].

Pronóstico

Un bajo nivel de GCS al llegar a urgencias, anisocoria o presencia de pupilas arreactivas y trayectoria del proyectil transventricular o en ambos hemisferios, constituyen los signos de mal pronóstico en las heridas craneales por arma de fuego, presentando una mortalidad menor con valor estadísticamente significativo en pacientes con GCS superior a 8 o con afectación de un solo hemisferio [(Martins RS, Siqueira MG, Santos MT, Zanon-Collange N, Moraes OJ. Prognostic Factors and Treatment of penetrating gunshot wounds. Surg Neurol 2003;60:98-104.)].

Bibliografía

From:
<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:
https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=herida_craneal_por_arma_de_fuego

Last update: **2025/05/03 23:58**

