

véase [traumatismo craneoencefálico](#)

Cifras

Se estima que aproximadamente 2 millones de personas sufren anualmente de lesiones cerebrales. Cada año se producen alrededor de 500.000 lesiones cerebrales lo suficientemente graves como para exigir la hospitalización. Las lesiones cerebrales son más comunes entre los varones entre las edades de 15 y 24 años, pero pueden ocurrir a cualquier edad. Muchas lesiones cerebrales son benignas y normalmente los síntomas desaparecen con el tiempo si reciben la atención adecuada. En otros casos el daño es más grave y puede provocar una incapacidad permanente.

Consecuencias

Entre los trastornos cognitivos están la disminución de la capacidad de atención, los problemas con la memoria reciente, la solución de problemas, la alteración del juicio y la incapacidad para entender conceptos abstractos. También puede presentarse la confusión de tiempo y espacio, así como problemas en la percepción de sí mismo y de los demás. Además puede surgir la incapacidad para entender simultáneamente más de una orden de uno o dos pasos.

Entre las disfunciones motrices están la parálisis, la falta de equilibrio, la pérdida de fuerza, la reducción de la capacidad para planificar los movimientos, la demora para iniciar los movimientos, los temblores, los problemas para deglutir y la falta de coordinación.

Entre los trastornos de la percepción están los posibles cambios en la audición, la visión, el gusto, el olfato y el tacto, la pérdida de sensaciones en distintas partes del cuerpo y las disfunciones en el lado izquierdo o derecho del cuerpo. Es posible que la persona enfrente dificultades para identificar la ubicación de las extremidades con respecto al cuerpo.

Entre los trastornos del habla más comunes están las dificultades de dicción debidas al escaso control sobre los órganos del habla (labios, lengua, dientes, etc.) y la mala respiración.

Los trastornos del lenguaje se manifiestan en la dificultad para expresar las ideas y comprender a los demás. Aquí pueden incluirse los problemas para identificar los objetos y sus funciones, así como para leer, escribir o trabajar con números. Pueden ocurrir trastornos del habla común, la reducción del vocabulario y la sustitución indebida de palabras. Posiblemente se requiera logopedia para aliviar los problemas del lenguaje.

Es posible que se observen dificultades sociales, como la alteración de la capacidad social que conduzca a conductas centradas en la propia persona, en las que se afectan en gran medida la empatía y las actitudes autocríticas. Las lesiones cerebrales pueden provocar problemas para establecer y mantener amistades, así como para entender las sutilezas de la interacción social y responder a las mismas.

Entre los trastornos de la regulación están la fatiga y los cambios en los hábitos de sueño, el mareo y los dolores de cabeza. Es posible que se pierda el control de esfínteres (orina y defecación).

Las alteraciones de la personalidad pueden ser sutiles o muy evidentes. Entre los cambios están la apatía y la pérdida de motivación, la labilidad emocional, la irritabilidad y la depresión. La desinhibición consecuente puede provocar accesos de cólera, conducta agresiva, lenguaje procaz, escasa tolerancia a la frustración y conductas sexuales inapropiadas.

Epilepsia traumática

La epilepsia se presenta en un 2%-5% de las personas que sufren lesiones cerebrales, pero es mucho más común en las lesiones graves o penetrantes. Si bien la mayor parte de las crisis convulsivas se presentan inmediatamente después de la lesión o en el primer año, también es posible que la epilepsia aparezca años después.

Los cuadros epilépticos incluyen crisis generalizadas o parciales.

Las crisis convulsivas generalizadas, conocidas también como “gran mal”, son las más notorias. La persona cae al suelo, inconsciente. El cuerpo se pone rígido y a continuación empiezan las convulsiones violentas, con movimientos bruscos de la boca, los ojos, las piernas y los brazos. Es frecuente la incontinencia urinaria. Tras algunos minutos se ralentizan los movimientos y concluye la crisis. Es frecuente que a continuación la persona presente somnolencia y no recuerde la crisis sufrida.

Las crisis parciales, también llamadas “localizadas”, pueden ser sencillas (en las que la persona se mantiene consciente, pero pierde transitoriamente el control de los movimientos o sentidos, como por ejemplo la agitación descontrolada de un brazo o una pierna) o complejas (en las que la persona parece estar en trance y puede mostrar movimientos aislados, como el chasquido de los labios o el tirarse de la ropa). Aproximadamente un 75% de las crisis son de carácter parcial, aunque en muchos casos se generalizan al pasar el tiempo. Pronóstico

El nivel de las consecuencias negativas tras una lesión cerebral depende de muchos factores. La rapidez del diagnóstico y el tratamiento adecuado pueden contribuir a aliviar algunas consecuencias de las lesiones cerebrales. Sin embargo, por lo general es difícil predecir las consecuencias de una lesión cerebral traumática en las primeras horas, días o semanas. En realidad, las consecuencias últimas pueden permanecer ocultas durante muchos meses o años.

Complicaciones

El [edema cerebral](#) es una causa importante de morbilidad y mortalidad

Tratamiento

La rehabilitación de la persona que ha sufrido una lesión cerebral debe comenzar de inmediato. El tratamiento inicial para salvar la vida puede prestarlo un paramédico, un médico de guardia, un neurocirujano o un neurólogo. En la medida en que mejore el estado de la persona, puede intervenir un equipo de especialistas para evaluar y atender a los problemas resultantes. En dicho equipo pueden participar expertos en rehabilitación médica (fisioterapeutas), psiquiatría, enfermería, neuropsicología, trabajo social, nutrición, educación especial, medicina del trabajo, terapia física, logopedia, reeducación cognitiva, apoyo pastoral, terapia activa y rehabilitación vocacional. El paciente y su familia son los integrantes más importantes del equipo, y deben participar tanto como sea posible en la rehabilitación y el tratamiento.

Hay una gran gama de programas de tratamiento, entre ellos la rehabilitación aguda, la rehabilitación a largo plazo, los centros de tratamiento de estados comatosos, la rehabilitación tardía, la rehabilitación intensiva a mediano plazo, los programas de transición de las condiciones de vida, los programas de atención a trastornos de la conducta, el internamiento permanente en centros especializados, los programas de tratamiento ambulatorio, los programas de vida independiente y los programas para lesiones cerebrales traumáticas en centros universitarios. Lecturas recomendadas

Waiting to Clear, Brain Injury: Early Stages of Recovery, Mary M. Castiglione y Cynthia Johnson, 1993, Pritchett & Hull Associates, Inc., 3440 Oakcliff Rd. N.E., Suite 110, Atlanta, GA 30340-3079, (800) 841-4925.

Making Sense Out of Nonsense: Models of Head Injury Rehabilitation, Ruth A. Whitham, 1994. A la venta en HDI Publishers, 10131 Alfred Lane, Houston, TX 77041, (800) 321-7037.

Sexuality and the Person with Traumatic Brain Injury: A Guide for Families, Ernest R. Griffith y Sally Lemberg, 1993, F.A. Davis Company, 1915 Arch Street, Philadelphia, PA 19103 (también está disponible a través de la organización Brain Injury Association).

Head Injury and the Family, Arthur Dell Orto y Paul Power, 1994, G.R. Press, 6959 University Blvd., Winter Park, FL 32793, (800) 438-5911.

The HDI Coping Series y HDI Professional Series on Traumatic Brain Injury, William Burke, Michael Wesolowski y William Blacker, 1996 (edición corregida), HDI Publishers, 10131 Alfred Lane, Houston, TX 77041, (800) 321-7037.

Through This Window: Views on Traumatic Brain Injury, Patricia I. Felton (Ed.), 1992, Exceptional Brain Trauma Survivors (EBTS), P.O. Box 500, No. Waterboro, ME 04061.

Injured Mind, Shattered Dreams: Brian's Journey From Severe Head Injury to a New Dream, Janet Miller Rife, 1994, Brookline Books, P.O. Box 1046, Cambridge, MA, (617) 868-0360.

Living with Head Injury: A Guide for Families, Richard C. Senelick y Cathy E. Ryan, 1991, Rehabilitation Institute of San Antonio, Rehabilitation Hospital Services Corporation Press, 1010 Wisconsin Avenue, N.W., Washington, D.C. 20007 (disponible también en la organización Brain Injury Association).

Traumatic Head Injury: Cause, Consequence and Challenge, Dennis P. Swiercinsky, Terrie L. Price y Lief Erick Leaf, 1993, Head Injury Association of Kansas and Greater Kansas City, 1100 Pennsylvania Ave., Suite 305, Kansas City, MO 64105 (disponible también en la organización Brain Injury Association). Referencias

Brain Injury Association, Brain Injury Resource Center, an Interactive Multi-Media Computer-Based Resource Center, 1997.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke, February, 1989, Inter-Agency Head Injury Task Force Report, Bethesda, MD.

Soren, S. y Kraus, J.F., 1991, Occurrence, Severity and Outcomes of Brain Injury, Journal of Head Trauma Rehabilitation, 6(2), 1-10.

From:

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

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=lesion_cerebral_traumatica

Last update: **2025/05/04 00:00**

