

Traumatismos cráneo-encefálicos

Estudio psicopatológico

Por los Ores.:

RENÉ GONZÁLEZ DUEÑAS (***) Y ALBERTO ORLANDINI****)

La existencia de frecuentes síntomas psicopatológicos en pacientes que habían recibido traumatismos de cráneo importantes en la actividad militar y la desvalorización que se hace frecuentemente de este antecedente patológico, nos llevaron a estudiar las particularidades clínicas de esta enfermedad.

Dada la variabilidad sindromológica de estos cuadros muy frecuentemente pueden ser confundidos con entidades nosológicas de diversa etiología, por no tomar en consideración las peculiaridades sintomáticas de estos síndromes que nos orientan hacia la enfermedad traumática.

La base orgánica y funcional de estos síntomas psicopatológicos le constituyen lesiones postraumáticas del sistema nervioso central.

Metodología.

Se revisan sesenta y una Historias Clínicas de pacientes que sufrieron trau-

matismos de cráneo. Las lesiones fueron provocadas por trauma directo y por onda expansiva.

Como criterio de inclusión se valoraron :

Traumatismos importantes que determinaron pérdida de la conciencia.

—Relación temporal cercana entre el trauma y la aparición de síntomas psicopatológicos postraumáticos.

—Signos de lesión neurológica (parecía de la convergencia ocular-Fenómeno óculo-estático de Gurievich, paresias y hemiparesias). Lesiones oculares determinadas por el trauma (disminución de la visión-amaurosis).

Como criterio de exclusión se valoraron:

—La existencia de síntomas psicopatológicos previos (psicopatía, psicosis, neurosis).

—Traumas lejanos o de poca intensidad donde no se veía la relación de causa y efecto con el comienzo de la enfermedad, por la existencia de un largo período asintomático.

(*) Trabajo presentado al Primer Congreso Médico Estomatológico. Regional Oriente Sur. 29 de Octubre de 1964.

(**) Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar de Santiago de Cuba.

(***) Servicio de Psiquiatría, Hospital Provincial Docente de Santiago de Cuba.

Observaciones clínicas.

CUADRO No. 1

ANALISIS SINDROMOLOGICO		
Síndrome asténico	32	64%
-Síndrome asténico depre-		
-----		10%
Síndrome asténico paranoide	1	2%
<hr/>		
Desarrollo histérico pos-	4	8%
traumático		
Alteraciones de la conciencia no	6	12%
determinadas.		
No clasificadas sindromo-	2	4%
lógicamente		
Total	50	100%

CUADRO No. 2

ANALISIS SINTOMATICO		
Hiperestesia-Visual	27	54%
Hiperestesia-Auditiva ..	17	34%
Hiperestesia-Térmica ..	19	38%
(calor)	17	34%
Hipomnesia de fijación		
ideas paranoides	2	4%
Irritabilidad	31	62%
Tristeza	38	76%

Fobia	7	14%

Ansiedad	42	84%
-Anorexia	25	50%

-Impotencia	3	6%

-Impotencia	3	26%
Hipererotismo	2	4%
-Hipersomnia	3	6%
-Insomnio	35	70%
-Alteraciones de la conciencia a	16	32%
forma de estado crepuscular		

-Astenia	20	40%
-Cefalea	43	86%
-Mareos-Vértigos.....	26	52%
-Sudoración	2	4%
-Palpitaciones	6	12%
-Temblor	10	20%
-Parosia de la convergencia (F.	16	32%
O. Gurievich)..		

Resumen de Historia Clínica No. 1.

Paciente B. A. A., de 26 años de edad, soldado, que refiere trauma craneal con pérdida de conciencia en 1957. A los ocho

meses comienza a sentir: irritabilidad. insultaba a los demás sin motivo, por una broma que le hizo uno de sus jefes, le hizo dos disparos, notaba mareos, cefaleas e insomnio, estos síntomas aparecieron periódicamente hasta la 1962. En este año recibe un segundo trauma craneal con pérdida de conciencia de hora y media. Después de esto nos refiere su esposa que "cambió de carácter de manera notable". Mantenía afectividad explosiva que se manifestó en varias ocasiones por peleas y amenazas de muerte a su mujer y jefe de trabajo.

Con frecuencia lo observaba "acostado en su cama mirando al techo", estaba triste, lloraba, decía que tenía miedo, tenía poca actividad. las operaciones matemáticas que antes realizaba con facilidad (en la vida civil era contador) no las podía realizar. Salía de su casa solo y permanecía horas en los parques. Su actividad sexual que antes del trauma había sido adecuada comenzó a presentar gran variabilidad que se manifestó por períodos de frigidez, hiperexcitabilidad e impotencia. Notó eyaculación espontánea en cuatro ocasiones estando sentado viendo televisión o leyendo diversos temas.

Al examen psiquiátrico del paciente observamos: lentificación del curso del pensamiento, hipobulia, labilidad afectiva, síntomas depresivos, ansiedad, marcada irritabilidad, disminución de la memoria de fijación.

Se queja de anorexia, astenia marcada, sudoración profusa, insomnio, inquietud, miedo, le molesta el calor.

Se observó parecía de la convergencia en ojo derecho y marcado dermatografismo.

Se interpreta esta Historia como un síndrome asténico postraumático y se señala como peculiaridad del mismo la periodicidad, agresividad y marcada incapacidad para el trabajo

Resumen de Historia Clínica No. 2.

Paciente C.O.C., de 36 años de edad, soldado, que refiere que en 1962 sufrió pérdida de conciencia de cerca de media hora por la explosión de una bomba a unos metros de donde se encontraba.

Los síntomas inmediatos fueron: ce-faleas, irritabilidad, deseos de gritar, "me sentía de mal carácter, no estaba en mí". A los cuatro meses comienza a sentirse triste, llanto frecuente, agresividad, ideas e intentos suicidas, en esa ocasión le aplicaron cinco tratamientos de electroshock, mejorando sus síntomas ligeramente. A los tres meses se añaden crisis de alteración de conciencia, que el paciente describe así: "estando despierto veo aviones tratando de ametrallarme, como si me fueran a tirar a mí, entonces grito, lloro, tiemblo, me siento muy nervioso, siento como un calambre por el cuerpo, pierdo la fuerza y me caigo al suelo sin conocimiento, veo un estrellero, siento como si estuviera gordo y en el aire". Estas crisis las mantiene en el momento actual coincidiendo con esfuerzo físico, dificultades psicógenas y en ocasiones sin posible relación con factor desencadenante alguno.

El paciente refiere que además en ocasiones piensa que sus compañeros de unidad se burlan o se ríen de él. piensan que está loco y le hacen señas agresivas, "veo que todos se ríen de mí". Tiene crítica sobre estas ideas en el momento actual.

Se interpreta esta historia como de sintomatología compleja, donde sobre un síndrome asténico de base, vemos coincidir estados crepusculares de tipo histérico o ideas de referencia.

Resumen de historia clínica No. 3.

Paciente S.V.V.. de 34 años de edad, soldado, que refiere que su el 1957. fue golpeado en la cabeza perdiendo la

conciencia durante dos horas, con posterioridad notó: irritabilidad, pérdida de memoria, tristeza, le parecía que se reían y se burlaban de él.

En 1959 sufre un accidente automovilístico con pérdida de conciencia de cinco horas de duración, notando posteriormente mayor falta de memoria, mayor tristeza, hiperestesia al calor y luz. aumentando sus ideas de referencia y daño, se negaba a comer "porque pensaba que la comida estaba envenenada". Le hicieron doce electroshock mejorando de sus síntomas.

En 1961 recibe otro traumatismo de cráneo con dos horas de pérdida de conciencia. Hasta hace 4 meses sólo nota irritabilidad. En el momento actual presenta: inquietud, anorexia, tristeza y nuevamente ideas de referencia y daño.

Tiene crítica de sus ideas de referencia. Se interpreta esta historia como un cuadro asténico-periódico postraumático que presenta en cada crisis ideas paranoides que desaparecen con la remisión de los demás síntomas.

COMENTARIOS

En el cuadro No. 1 observamos que el síndrome asténico se presentó en el 64% de los casos en forma aislada y en la mayoría de los casos en combinación con los síndromes depresivos; paranoides, desarrollo histérico postraumático y las alteraciones de la conciencia no determinadas. El síndrome asténico puede considerarse como el núcleo, la base principal de los trastornos postraumáticos tardíos.

El síndrome asténico se considera constituido por: fatigabilidad, labilidad afectiva, labilidad vegetativa, irritabilidad, hipomnesia, tristeza, insomnio, hipersomnia, cefalea, vértigos, trastornos vegetativos: taquicardia, sudores, rubicundez, dermatografismo; pérdida de la capacidad de trabajo.

El síndrome asténico de los casos re- usados, evolucionó en la mayor parte de los mismos a forma de crisis periódicas; se observó que los síntomas eran influenciados desfavorablemente por el exceso de trabajo físico e intelectual.

El síndrome asténicodepresivo se presentó en el 10% de los casos, el núcleo de esta combinación sindrónica le constituyó el síndrome asténico. los síntomas depresivos que se encuentran habitualmente como integrantes de este síndrome de elevan a la categoría de síndrome Represivo cuando la tristeza es muy profunda. más estable y aparecen ideas e intentos suicidas.

El síndrome asténicoparanoide se presentó en el 2% de los casos. La estructura del delirium era de tipo paranoico y de mecanismo interpretativo, transitorio y con evolución paralela a los síntomas asténico-.

El desarrollo histérico postraumático se presentó en un 8% de los casos, como en los anteriores se observó asociado a síntomas asténicos.

Las formas históricas que se encontraron fueron: alteraciones de la conciencia del tipo de estados crepusculares, hiperquinesia y estupor histérico.

Las alteraciones de la conciencia no determinadas, se presentaron en un 12% de los casos, las observaciones de este grupo correspondieron a estudios crepusculares en los que no se pudo determinar la naturaleza histérica o epiléptica postraumática.

En el cuadro No. 2, se analizan los síntomas más frecuentes encontrados aisladamente.

—Trastornos de la sensopercepción: Se manifestaron como hiperestesias visuales, auditivas, térmicas y vestibulares. Estas hiperestesias se presentan también en los síndromes asténicos de etiología no traumática, en los post-traumáticos tiene

una importancia particular la hiperestesia vestibular (vértigos) desencadenadas por los viajes en vehículo. La intensidad de este síntoma es una peculiaridad del asténico postraumático.

trastornos de la memoria: Los defectos de memoria encontrados pertenecen al tipo de las hipomnesias de fijación, se consideran parte integrante del síndrome asténico, asociadas a la fatigabilidad de la atención determinan dificultad para el aprendizaje \ disminución de la capacidad de trabajo.

Trastornos del pensamiento: Se observo lentificación del curso del pensamiento. ideas paranoides o ideas depresivas.

Trastornos de la afectividad: Son síntomas de gran importancia en lo* cuadros clínicos de los postraumáticos. Se manifiestan como: irritabilidad, agresividad, ansiedad, tristeza, labilidad afectiva (crisis explosivas afectivas) que en muchos casos determinan conducta agresiva e intentos suicidas.

-Trastornos de las necesidades: Se observaron: anorexia, impotencia, frigidez, hipererotismo, insomnio, hipersomnia. La evolución de estos síntomas se caracteriza por su movilidad o intercambiabilidad. Algunos pacientes oscilan de la frigidez al hipererotismo; tienen hipersomnia durante el día o insomnio nocturno.

Alteraciones de la conciencia: Se observaron en un 32% de los casos. Sus variedades fueron: estados crepusculares, estupores confusos, y crisis de agitación motora desordenada con alteración de conciencia. El mecanismo de producción de estos estados pueden ser histéricos o del tipo epiléptico.

-Síntomas corporales generales: La cefalea fue encontrada en el 86% de los casos, siendo el síntoma más cons-

taute en los postramuatizados. La astenia marcada y la fatigabilidad como componentes del síndrome asténico influyen en la disminución de la capacidad de trabajo de estos pacientes. Además, se observaron síntomas vegetativos como: palpitaciones, sudores, temblores y dermatografismo.

RESUMEN

Se incluyen 50 Historias Clínicas de enfermedad postraumática y se hace un análisis sindrómico sintomático.

Los cuadros sindrómicos presentes fueron: síndrome asténico. síndrome a-

ténicodepresivo, síndrome asténico para noide, desarrollo histérico postraumático, alteraciones de la conciencia no determinadas.

Los síntomas más frecuentes fueron: Hiperestesias sensoriales (visuales, auditivas, y térmicas), hipoinnesia de fijación, ansiedad, tristeza, irritabilidad, miedo, alteraciones de la conciencia a forma de estado crepuscular, anorexia, impotencia, insomnio, astenia y cefalea.

Se describe el síndrome asténico como núcleo de la enfermedad, su asociación con otros síndromes y su evolución periódica.

BIBLIOGRAFIA

1.] *Roubotham. G. F.*: Acute Injuries of the head. Págs. 351 a 370. Editorial E y S Livingstone Ltd. 3ra. Edición. 1949 Edinburgh.
2. —Cuestiones Clínicas y de Organización de la Psiquiatría Militar. \ . I. Barabash.
3. —*De Laet. Maurice*: Les Séquelles Traumatiques. Págs. 201 a 220. Editorial Masson y C^{ie}. 1952. París.