

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS ENCEFALOPATIAS TRAUMATICAS

VICTOR PAREDES y E. BETETA

*INTRODUCCION:* No pretendemos en esta contribución, ahondar en la esencia y doctrina de las ENCEFALOPATIAS TRAUMATICAS, asunto complejo y ampliamente debatido, relato oficial en varios Congresos y estímulo también para nuestros estudiosos, cuyos trabajos son por todos conocidos. Nuestro propósito es menos ambicioso, y quizás menos científico, se refiere a los hallazgos y conclusiones del estudio de varios casos reunidos de 1950 a 1955 y se da claramente en el encabezamiento, "contribución al estudio de las encefalopatías traumáticas". No creemos, sin embargo, estar eximidos de algunas consideraciones nosográficas, en aras a una mayor claridad en la exposición y sobre todo para entendernos mejor en un terreno en el que usualmente con los mismos términos se designan condiciones heterogéneas y, a la inversa, un mismo estado tiene designaciones diferentes.

*SINONIMIA:* Síndrome subjetivo común de los heridos del cráneo, síndrome post-conmocional, síndrome o estado post-contusional, síndrome traumático, síndrome post-traumático, psicastenia o neurastenia post-traumáticas, cefalea meníngea post-traumática, inestabilidad circulatoria post-traumática, encefalopatía traumática, son denominaciones con las que se tropieza en la literatura sobre el asunto. Elegimos ENCEFALOPATIA TRAUMATICA, a riesgo de ser imprecisos, con el fin de no prejuzgar un soporte anatómico: conmoción, contusión, etc., sobre cuya esencia no hay acuerdo y, por otro lado, no siempre corresponde al caso que se estudia o no siempre es demostrable.

*UBICACION DEL PROBLEMA:* El consenso de investigadores, neuro-psiquiatras y médicos legistas no es todavía unánime respecto

de lo que debe entenderse por encefalopatía traumática y cual es su exacta ubicación nosológica. Inicialmente incluida en el heterogéneo grupo de las neurosis traumáticas, cuadro que OPPENHEIM había descrito en 1889 como "un conjunto de manifestaciones psicomotoras desarrolladas después de un traumatismo cráneo-encefálico y resultantes de la transmisión de la fuerza vulnerante a células y fibras nerviosas, que determinaría lesiones mínimas —moleculares— capaces de entorpecer su normal funcionamiento", se independiza, desde que, precisando conceptos, con STRAUSS y SAVITZKI, MASIER HUDELESSON, WECHSLER, NAVILLE, SCHILDER, entre otros, se adscribe a la neurosis las características esenciales de: 1) no ser referibles a lesiones orgánicas estructurales del sistema nervioso, reversibles o irreversibles; y 2) ser exclusivamente psicogénicas. Pasa entonces, con REICHHARD y R. BRUN, a integrar un grupo somatógeno, esto es, dependiente de cambios estructurales del neuroeje, si son irreversibles se habla de "encefalosis traumática" y si en principio son reversibles, de "estados post-conmocionales".

Queda así como premisa, para la encefalopatía traumática, la existencia de compromiso orgánico del sistema nervioso, si bien de naturaleza reversible.

Pero, de cuán discutible es adscribir exclusividad al factor psicogénico, nos dice SYMONDS (1942), cuando concluye, de su estudio sobre más de un millar de casos, que la práctica de distinguir un síndrome orgánico y otro funcional o neurótico es inútil y engañosa; que a menudo son meramente subjetivos los elementos integrantes del síndrome; que en un enjuiciamiento cabal de los casos —además de los factores fisiogénicos— es exigente considerar la personalidad pre-traumática: "La cuestión no es sólo la clase de injuria sino la clase de cabeza"; la vivencia traumática y la reacción personal a los síntomas residuales, el estado intelectual y físico residual; en fin, las tensiones y conflictos situacionales concomitantes con la actualización de las secuelas. En forma análoga se pronuncian RUSSELL, LEWIS, BRENNER, MERRIT, DENNY-BROWN, y otros. Por último, hay autores como JEFFERSON (1942), quienes postulan que: "Debe considerarse a todo traumatizado cráneo-encefálico como un neurótico en potencia".

A pesar de todo, es indiscutible que frente al polimorfismo y movilidad sintomáticos de la neurosis traumática, se conoce en la práctica un síndrome que repite con notable constancia un modelo relativamente simple y a la base del cual síndrome, cada vez mejor con los recursos de la técnica neurológica, se encuentra un soporte anatómico relativa-

mente preciso; es a este cuadro que se denomina encefalopatía traumática y, siguiendo a W. F. SCHALLER (1939), podría ubicársele intermedio entre las secuelas debidas a definidos cambios estructurales del sistema nervioso y los estados puramente psicogenéticos.

De esta serie, cuyos términos extremos, fisio y psicogénico, son prácticamente hipotéticos, cabe decir, parafraseando a GOLDSTEIN, que, tanto más franco y más invalidante el compromiso de un sistema o de una función, tanto menos reacciones psíquicas y desadaptación ambiental.

**DEFINICION:** Se entiende por encefalopatía traumática un cuadro clínico subsecuente a un traumatismo encefálico, con dominantes síntomas o disturbios subjetivos de matiz asteniforme, ligeros y variables signos neurológicos y un soporte anatómico representado por lesiones estructurales del sistema nervioso, generalmente leves y reversibles.

**ETIOLOGIA:** Consideraremos los factores de mayor necesidad para la cabal comprensión del cuadro:

a) *Historia familiar:* Aunque de importancia discutida, para SYMONDS y RUSELL, inclusive de valor pronóstico puesto que bajo el rubro "predisposición a los desórdenes mentales" entendían, no sólo personalidad pre-traumática, sino historia psiquiátrica de los antecesoros; desdeñada por KOZOL, en su estudio psiquiátrico sobre los 200 casos del trabajo de conjunto dirigido por DENNY-BROWN; se trata de un factor cuya validez debe siempre investigarse en mérito a su posible influencia, en tanto que disposiciones, sobre la personalidad pre-traumática.

b) *Personalidad pre-traumática:* Clásicamente se admitía que en la encefalopatía traumática la personalidad previa es generalmente normal y bien ajustada a las exigencias del ambiente. Las investigaciones de la escuela de DENNY-BROWN traen, sin embargo, porcentajes próximos de personalidades normales y anormales. KOZOL, por ejemplo, ofrece un cuadro ilustrativo de pacientes con síntomas mentales post-traumáticos, cuya personalidad previa era normal en el 30 % de los casos, neurótica en el 36, psicopática en el 34, inestable en el 31, con deficiencia mental en el 29. Pero estos datos, sugerentes, de que en términos generales la personalidad pre-traumática no es factor dominante en la producción de síntomas post-traumáticos, no significa que, en la práctica, dicha personalidad no pueda exhibir, en un caso dado, calidad de factor principal en la producción de los síntomas. Y se comprende la justificación de este acierto, al considerar que la reacción a la vivencia traumática y a los síntomas post-traumáticos no es, en modo

alguno, simple y uniforme; no puede serlo, como normalmente no es semejante la reacción al dolor de un individuo al otro; ni es semejante la ansiedad y el temor respecto al futuro, de un empleado que la de un obrero, frente a los defectos métricos o a la fragilidad de su atención.

c) *El traumatismo*: Por definición, la encefalopatía que nos ocupa, sigue a un traumatismo encefalocraneano. Pero hay que estar prevenido, nada más variable que la importancia del factor causal y tal vez si es más característico que no sea de gran monto. En general, a traumatismos severos corresponden graves defectos neurológicos y es entre las injurias moderadas o leves que se reúne el mayor número de encefalopatías traumáticas. Pero en esto, como en muchas cuestiones médicas, no hay regla absoluta y también se dan casos de lesiones cerebrales demostradas, sin encefalopatía traumática y mucho menos secuelas neurológicas.

d) *Factores psicosociales asociados*: Aunque en grado menor que para la neurosis traumática, todos los autores están de acuerdo en reconocer la importancia, tanto en la patoplastia cuanto en la evolución y pronóstico de la encefalopatía traumática, de los factores psicosociales concomitantes. En este rubro se incluyen dificultades económicas y ocupaciones, conflictos en el trabajo y familiares, litigios o demandas de compensación pendientes, etc. etc.

Nada más polimorfo y muchas veces a contenido atemorizante y angustioso, que esa trama de implicaciones que un traumatismo encefalocraneano ofrece. Es un suieto en su totalidad —lo que fué, lo que es y lo que pudo ser— que reacciona y se defiende de la inseguridad, el temor y la ansiedad que trae aparejados una injuria cefálica: "de la región más noble del organismo". Y casi siempre se suma también el mecanismo subconciente o conciente, de apetición de renta, al punto de hacer de una medida protectora —los seguros contra accidentes— un estímulo agravante. HAROLD C. VORIS hace notar, a este propósito, que "no se ven encefalopatías traumáticas entre los niños" y, en relación a las neurosis traumáticas: "Mi experiencia personal con pacientes de un hospital general, quienes en muchos casos no tienen esperanzas de beneficio financiero, y con pacientes privados muchos de los cuales tienen esta esperanza, muestra que las secuelas funcionales son menos comunes y persistentes en el primero que en el último grupo".

*CUADRO CLINICO*: A la fenomenología traumática y por lo general en un momento tanto más próximo cuanto más típico es el cuadro, siguen los síntomas característicos, a saber:

a) Cefalea: Constante, intermitente o paroxística; localizada — a veces hasta relativamente superficial— a la zona del impacto o de la cicatriz traumática; bilateral; tipo hemicránea; difusa; de intensidad variable y cualitativamente como chicotazos lencinantes, pulsátil, gravativa, cual una "banda opresora o un casco", o más o menos caprichosa, no propiamente dolor, sino sensación de quemadura, de ardor, de crepitación, etc. Se exagera y puede hacerse intolerable con la luz, el ruido, la fatiga, los esfuerzos físicos y psíquicos, las tensiones emocionales; cede con el reposo. Hay sumo interés en precisar los caracteres del dolor cefálico ya que, en gran número de casos, tienen implicación causal: cefaleas circunscritas y superficiales con estímulos nocivos de origen extracraneal; cefaleas localizadas con daño cerebral o meníngeo; cefaleas difusas y caprichosas con factores psicogenéticos.

b) Sensación de MAREO, INESTABILIDAD, DESMAYO y a veces vértigo con impresión de desplazamiento y nistagmo. Aparecen en reposo, pero en general acompañan a las variaciones climáticas, especialmente al frío; a los esfuerzos, a los cambios posturales y a los desplazamientos cefálicos; se desencadenan siempre en un movimiento dado para cada enfermo: flexión o extensión de la cabeza, desplazamientos laterales bruscos, etc. El vértigo es de ordinario breve. En su producción y persistencia juega la severidad del traumatismo —apreciada por la duración del coma, de la desorientación y la amnesia post-traumática—, la importancia del daño estructural y los factores psicosociales concomitantes. Es dudoso que se relacione con lesiones del laberinto y debe considerarse en su fisiopatogenia, sobre todo cuando se trata de un vértigo, un posible compromiso del sistema vestibular troncular.

c) TRASTORNOS SENSORIALES Y CENESTESICOS: escintilaciones y anublamiento del campo visual; ruidos auriculares y a veces hipoacusia uni o bilateral.

d) TRASTORNOS VEGETATIVOS; crisis de sudación, bochornos, disturbios de la regulación térmica, poliuria, impotencia sexual o perturbaciones menstruales;

e) SINDROME PSIQUICO: nerviosismo en relación con una hipersensibilidad e intolerancia a los estímulos externos (Hiperestusias visual, auditiva, olfativa y también intolerancia al alcohol); espontaneidad afectiva anormal, irritabilidad, mal humor, distimias de tipo cólico o depresiva; falta de iniciativa, de entusiasmo y astenia (el *AN-TIEB* de los autores alemanes); ansiedad, pérdida de confianza en sí

mismo y temores morbosos en relación con la propia salud y el futuro; atención fatigable, incapacidad de concentración, dismnesia de fijación, lentitud de las operaciones mentales y a veces pérdida del automatismo psíquico precisando de esfuerzo sostenido y agotador frente a problemas casi rutinarios; en fin, comportamiento de tipo catastrófico.

Los hallazgos objetivos contrastan por su variabilidad y menor importancia con la magnitud del síndrome subjetivo; hiperreflexia osteotendinosa, a veces Hoffmann bilateral, hipersensibilidad a la percusión del cráneo, signos de la serie cerebelosa y vestibular (hiper o hipoexcitabilidad laberínticas a los estímulos calórico y galvánico); a veces disturbios sensitivos.

De los exámenes complementarios se ha insistido sobre la hipertensión de la arteria central de la retina, a veces prolongada mucho tiempo después del traumatismo; de la hipertensión del líquido céfalo raquídeo, igualmente duradera; de los datos recogidos en el test de Rorschach; y, como hallazgos de gran objetividad, los que resultan del examen neuromencefalográfico (frecuente ampliación del sistema ventricular, falta de relleno de los espacios subaracnoideos, etc.), y de la electroencefalografía que según MARMOR y SAVITSKY es de gran valor para el diagnóstico diferencial: "Nunca hemos encontrado curvas patológicas en los casos de histerismo. En cambio, las alteraciones han sido constantes en el síndrome post-conmocional, que origina un ritmo eléctrico difuso de 6 a 8 ondas por segundo".

El cuadro clínico es polimorfo y se diría poco significativo; pero sí, teóricamente, se concibe una fenomenología pluridimensional; en la práctica, lo que estamos acostumbrados a ver son asociaciones sintomáticas, esquemas que se repiten con notable constancia y cuya significación es cada vez más definida, como lo demuestran los autores americanos. Veamos someramente estos esquemas:

A.— Personalidad pre-traumática normal, injurias severas, cefalea localizada, vértigo, signos neurológicos evidentes, alto porcentaje de "incapacidad" en el Rorschach, hallazgos electro y neuromencefalográficos significativos; cuadro al que puede llamarse con más propiedad encefalopatía traumática y en relación con daño estructural mas o menos importante;

B.— Personalidad pre-traumática anormal, injuria moderada o ligera, cefalea difusa o caprichosa, signos neurológicos discutibles o faltan, alto puntaje de "inestabilidad" en el Rorschach, cambios electro y neuromencefalográficos poco importantes, factores situacionales de gran

momento; el cuadro toca las fronteras de la neurosis traumática, tal como la entendemos;

C.— Un tipo intermedio, caractereológicamente emparentado con la migraña y en el cual se asocian personalidad pre-traumática inestable, cefalea hemicránea, injuria moderada o ligera, signos neurológicos poco significativos pero sí trastornos vasomotores, cambios electroencefalográficos discutibles o ausentes, porcentajes bajos de "inestabilidad" e "incapacidad" en el Rorschach, nivel intelectual superior.

Debe entenderse que, para claridad de la exposición y como un avance de lo que podría distinguirse como formas clínicas de la encefalopatía traumática, hemos exagerado los matices fenomenológicos; no se nos oculta que la realidad es infinitamente mutable y polifacética y vano el intento de fijar en esquemas lo que es dinámico.

*ANATOMIA PATOLOGICA:* Es ya indiscutible el soporte anatómico representado por lesiones estructurales leves del sistema nervioso: pequeñas sufusiones hemorrágicas, edema, anomalías de la hidráulica céfalo raquídea, aracnoiditis, espendimitis, pequeños focos de reblandecimiento, degeneración de los plexos coroideos, ligera esclerosis cerebral difusa, alteraciones vasculares "vasopatía post-traumática" de los alemanes. Y, ADAMS MC CONNELL (1953), en un total de 75 casos estudiados a través de orificios de trepanación, encuentra higroma en un alto porcentaje, insistiendo en la necesidad de practicar una exploración rutinaria según su técnica, con resultados felices cuando la intervención —si es necesario repetida— ha eliminado el líquido céfalo raquídeo extravasado al espacio subdural.

*DIAGNOSTICO:* El diagnóstico positivo se fundará en el complejo sintomático, en la instalación del cuadro poco después del traumatismo (no hay elaboración intrapsíquica), en la evolución regresiva como corresponde a la reversibilidad de las lesiones anatómicas.

El diagnóstico diferencial de más interés se plantea con la neurosis traumática y los datos que en nuestra experiencia han probado ser de valor se encuentran sumariados en el cuadro siguiente:

**ENCEFALOPATIA TRAUMATICA****NEUROSIS TRAUMATICA**

1.— Personalidad pre-traumática normal.	1.— Personalidad pre-traumática anormal.
2.— A menudo injuria severa, seguida de largo período de inconciencia.	2.— Injuria moderada o ligera.
3.— Sintomatología precisa y constante: Cefalea localizada o no existe; Vértigo; Intolerancia al calor y al alcohol; Cuadro psíquico oligosintomático. (Dominan la dismnesia y el déficit de concentración).	3.— Multiplicidad, variabilidad e imprecisión de la sintomatología: Cefalea difusa o caprichosa; Aturdimiento, mareos; No existe intolerancia al calor y al alcohol; Cuadro psíquico proteiforme. (A predominio de síntomas histéricos).
4.— Signos neurológicos evidentes.	4.— Faltan a menudo.
5.— Hipertensión de la arteria central de la retina y del L. C. R.	5.— No existen.
6.— Alto porcentaje de "incapacidad" en el Rorschach.	6.— Alto porcentaje de "inestabilidad".
7.— Hallazgos electro y neumoencefalográficos significativos.	7.— No existen.
8.— Comienzo precoz, curso regresivo.	8.— Comienzo tardío (hay elaboración intrapsíquica), curso progresivo.
9.— Relativamente independiente de los factores compensación e indemnización.	9.— En estrecha vinculación.

En el cuadro siguiente presentamos una clasificación provisional de 52 casos observados en el quinquenio 1950-55, los mismos que nos han servido para los lineamientos generales expuestos en esta contribución y harán la sustancia de un trabajo de conjunto a publicarse próximamente:

**CASUÍSTICA 1950 — 1955****1.— DEFECTOS NEUROLOGICOS ORGANICOS:**

Síndrome de nervios raquídeos .....	7
"    "    plexos .....	1
"    medulares .....	1
Hernia de núcleo pulposo .....	1
Síndrome de pares craneanos .....	4
Hemiplegías: puras (médicas) .....	1
con afasia de Broca y Epilepsia .....	1
Epilepsias .....	1
Síndromes hipercinéticos (Corea y Espasmo) .....	1
Parálisis temporal de la mano (médica) .....	1
Poliomelitis anterior aguda .....	1

---

 Total: 20

2.— SINDROMES POST-TRAUMATICOS ..... 9

3.— NEUROSIS DE RENTA ..... 12

4.— PSICOSIS TRAUMATICA ..... 1

5.— TRASTORNOS OSTEOARTICULARES ..... 10

---

 Total: 52

Del estudio de esta casuística se sigue la importancia del conocimiento cabal, para el especialista y para todo médico, de cuadros, tales como la encefalopatía y la neurosis traumática, que se presentan en la práctica diaria en número tan elevado como para representar el 40 % de un total de casos observados y estos justifican también el interés que, desde hace algún tiempo, ha suscitado en nosotros la materia.