



Caso clínico

Herniación paradójica transtentorial, manifestación extrema del síndrome del craniectomizado. Caso clínico

Jose Maria Narro-Donate*, Antonio Huete-Allut, Jose A. Escribano-Mesa, Virginia Rodríguez-Martínez, Ascensión Contreras-Jiménez y Jose Masegosa-González

Departamento de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de julio de 2014

Aceptado el 22 de septiembre de 2014

On-line el 11 de noviembre de 2014

Palabras clave:

Craniectomía descompresiva
Herniación paradójica
Hipotensión intracraneal
Síndrome del craniectomizado
Craneoplastia
Punción lumbar

Keywords:

Decompressive craniectomy
Paradoxical herniation
Intracranial hypotension
Trefhine syndrome
Cranioplasty
Lumbar puncture

RESUMEN

El creciente auge actual del uso de la craniectomía descompresiva conlleva implícita la aparición de complicaciones derivadas de la alteración en la presión barométrica intracraneal y del equilibrio tanto hidrostático como hemodinámico. La herniación paradójica transtentorial («paradoxical transtentorial herniation») representa una rara manifestación, englobada dentro del síndrome del craniectomizado, de extrema gravedad y de tratamiento relativamente simple. Presentamos el caso de una mujer de 56 años, sin antecedentes de interés, que tras ser intervenida de un meningioma del surco olfatorio presenta un hematoma en el lecho quirúrgico con abundante edema, requiriendo una segunda intervención de urgencia sobre este sin posibilidad de realizar la reposición ósea. Durante el posoperatorio se observa un gran deterioro neurológico de la paciente con el ortostatismo, que se resolvía espontáneamente con el decúbito y que se solventa con la reposición ósea posteriormente. Se analizan los posibles factores predisponentes y las posibles etiologías del cuadro.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Paradoxical transtentorial herniation, extreme trephined syndrome sign: A case report

ABSTRACT

The current increasing use of decompressive craniectomy carries the implicit appearance of complications due to alterations in both intracranial pressure and in the hydrostatic-hemodynamic equilibrium. Paradoxical transtentorial herniation represents a rare manifestation, included in "trephine syndrome", extremely critical but with relatively simple treatment. We present the case of a 56-year-old woman with no interesting medical history, who, after an olfactory groove meningioma surgery, presented a haemorrhage located in the surgical area with an important oedema. The patient required a second emergency

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chemand@hotmail.com (J.M. Narro-Donate).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2014.09.006>

1130-1473/© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

surgery without any chance of conserving the cranial vault. During the post-operational period, great neurological deterioration in orthostatic position was noticed, which resolved spontaneously in decubitus. This deficit was resolved with bone replacement afterwards. We discuss possible predisposing factors and aetiologies of this pathology.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La craniectomía descompresiva es una técnica de remoción ósea utilizada satisfactoriamente en una gran diversidad de enfermedades. En los últimos años, su utilización ha seguido una tendencia creciente, llegándose a recomendar su uso con un nivel de evidencia IA en el tratamiento del infarto maligno de la cerebral media gracias a varios estudios europeos, como el HAMLET, el DESTINY o el DECIMAL¹⁻³. Este incremento del número de pacientes craniectomizados se traduce inevitablemente en un aumento de la incidencia del número de complicaciones que hay que tener en cuenta durante el posoperatorio.

La herniación paradójica es una infrecuente entidad, incluida dentro del espectro de manifestaciones del síndrome del craniectomizado («trephine syndrome»), caracterizada por el deterioro neurológico con síntomas de herniación transtentorial en pacientes craniectomizados, que se ocasiona habitualmente con el ortostatismo y se resuelve espontáneamente con la colocación del paciente en posición de Trendelenburg. En la mayoría de los casos siempre aparece asociada a maniobras de depleción de líquido cefalorraquídeo (LCR), como punciones lumbares, derivaciones lumboperitoneales o incluso ventriculostomía⁴. Su etiología no está dilucidada, existiendo varias teorías que implican efectos combinados de la gravedad sobre el cerebro, la presión atmosférica y la hipotensión intracraneal⁴⁻¹⁵. Describimos el caso de una paciente con un cuadro clínico representativo de esta afección.

Se realiza una búsqueda bibliográfica estándar en diferentes plataformas (MEDLINE, PubMed, EMBASE) con las palabras clave: herniación transtentorial, síndrome del craniectomizado, presión negativa intracraneal y craniectomía descompresiva.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 56 años, en estudio por episodios autolimitados de hiponatremia secundaria a secreción inadecuada de ADH, remitida a nuestro departamento por el hallazgo de una lesión extraaxial con base de implantación sobre el suelo de la mitad derecha de la fosa craneal anterior (lámina cribiforme), homogénea e isointensa a la captación de contraste, compatible con un meningioma del surco olfatorio de 3 × 2,5 × 2 cm de diámetro (fig. 1), en el contexto de una clínica de cefaleas intensas con agusia de meses de evolución. La exploración neurológica solo destacaba una anosmia, sin otra focalidad asociada. Tras valoración clinicoradiológica se interviene a la paciente mediante una craneotomía

frontotemporal derecha extendida y abordaje supraorbital, consiguiéndose una resección total de la lesión (grado II de Simpson). Previamente a la cirugía se coloca un drenaje lumbar externo que se retira en el posoperatorio inmediato sin necesidad de utilizarlo durante la intervención.

Tras una buena evolución posoperatoria inmediata, a las 48 h se produce un deterioro neurológico progresivo que obliga a realizar una tomografía urgente, poniendo de manifiesto un hematoma en el lecho quirúrgico con gran edema asociado que requiere la evacuación quirúrgica (fig. 2), decidiéndose la no reposición de calota debido al gran edema observado durante la cirugía.

De nuevo, la paciente recupera el nivel de conciencia tras la cirugía. En el posoperatorio inmediato, cuando la paciente se intenta incorporar por primera vez a 90°, se produce un deterioro neurológico brusco con síntomas de herniación transtentorial acompañado de gran retracción del colgajo sobre la craniectomía, que se resuelve automáticamente al colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, repitiéndose este episodio en los sucesivos intentos de incorporación. La TAC realizada durante uno de estos episodios muestra signos directos de herniación transtentorial (fig. 3). Una semana después, cuando se demuestra la desaparición del edema cerebral, se recoloca el hueso autógeno, desapareciendo la clínica asociada al ortostatismo (fig. 3).

Discusión

El síndrome del craniectomizado es una condición de los pacientes sometidos a la remoción de grandes defectos craneales constituido por una gran diversidad de síntomas: mareos, fatiga, dolor de cabeza, sensación de desconfianza e inseguridad, sensibilidad local, sensación pulsátil, depresión, etc., y un sinfín más que mejoran habitualmente con la reposición ósea⁴. La herniación paradójica es una rara entidad, potencialmente mortal, cuya bibliografía existente es escasa, y cuyo diagnóstico es difícil, con un tratamiento relativamente sencillo.

Fisiológicamente, el cambio de un sistema cerrado en equilibrio a un sistema abierto (en terminología anglosajona, «closed box/open box») conlleva inherentemente alteraciones a nivel hemodinámico, hidrostático y barométrico que provocan que teorías clásicas como la de Monro-Kellie no sean funcionales⁵, creándose un escenario de incertidumbre al que los facultativos deben enfrentarse. En la última década se han podido demostrar, mediante estudios de resonancia funcional, alteraciones de hipoperfusión en el flujo sanguíneo cerebral que se resuelven automáticamente con la reposición ósea⁶.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071261>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071261>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)