

<b>Caso</b>	(773) Neumoencéfalo no traumático
<b>Autores</b>	Natalia Cadrecha Sánchez, Paula Molina Vigarra, Alicia Lois Bermejo, Andrea Rodríguez Prieto, Jhoan Sebastián Mangonez, Rocío Muedra Jáñez
<b>Centro</b>	Hospital De Cabueñes

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 96 años. AP: Paciente trasladado sin historia en nuestro centro, familia refiere historia de HT y FA anticoagulada con Xarelto. DABVD.

Acude a urgencias por cuadro de disartria de 3 horas de evolución y somnolencia desde hace 24h.

Exploración: Tendencia al sueño. Sin focalidad neurológica.

Analítica: Sin alteraciones.

Se realiza TC craneal sin CIV: Neumoencéfalo de localización subdural en ambos lóbulos frontales y lóbulo parietal izquierdo, con mínima separación y efecto masa sobre lóbulos frontales. Sistema ventricular de morfología y calibre normal.

Defecto cutáneo en cuero cabelludo, a nivel de sutura coronal izquierda, siendo visible en huesos frontal y parietal izquierdos es visible un área de resorción ósea de unos 3cm.

## DISCUSIÓN

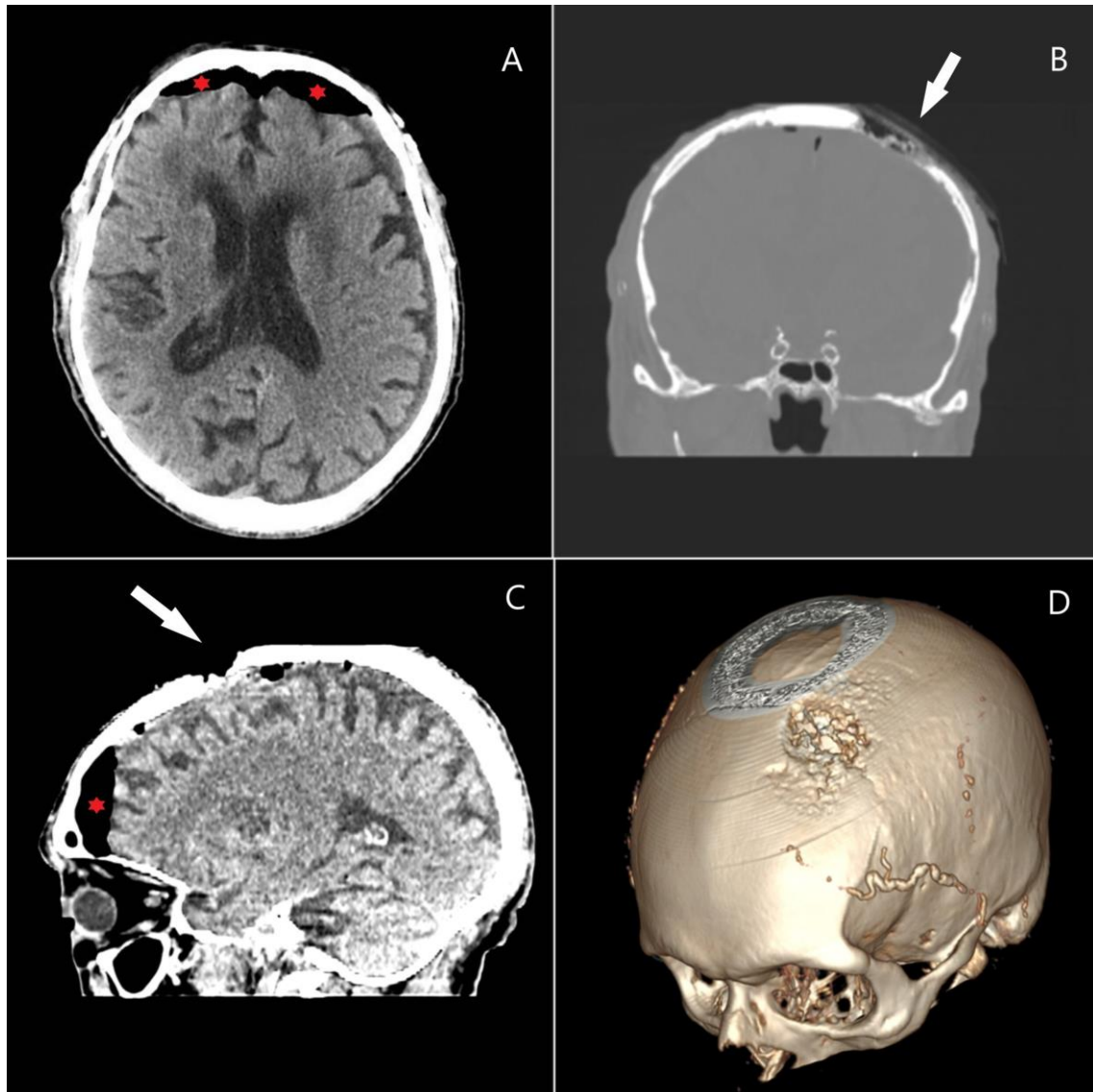
Las causas más frecuentes de neumoencéfalo son el TCE y la cirugía. En nuestro paciente no nos refieren estos antecedentes. Contactamos con servicio de urgencias que rehistoria a la familia del paciente, que refiere intervención de carcinoma epidermoide en cuero cabelludo 1 mes antes, con resección e injerto cutáneo. Desde hace 10 días mala evolución, con herida supurativa en cuero cabelludo, de aspecto necrótico y visualización del hueso subyacente. En este contexto clínico los hallazgos son compatibles con osteomielitis secundaria a infección de injerto cutáneo con solución de continuidad en calota craneal, con neumoencéfalo secundario.

Ante estos hallazgos es importante evaluar si se trata de un neumoencéfalo a tensión que requiera intervención urgente, siendo los hallazgos clave la compresión de los lóbulos frontales y la creación de un espacio interhemisférico, así como la presencia de burbujas de aire en espacio subaracnoideo y sistema ventricular.

Al tratarse de un paciente de avanzada edad, DABVD, sin signos de neumoencéfalo a tensión, se realiza traslado a servicio de neurocirugía de referencia para vigilancia, con tratamiento antibiótico y posterior injerto cutáneo, con buena evolución.

## CONCLUSIÓN

La presencia de neumoencéfalo suele ser secundaria a solución de continuidad entre la cavidad craneal y el exterior, siendo la causa más frecuente los traumatismos y la cirugía craneal, si bien existen otras causas. El TC basal sin CIV permite la localización del defecto óseo, del neumoencéfalo, y la identificación de los signos de neumoencéfalo a tensión, lo que supone un cambio en el manejo del paciente.



*Figuras A y C: TC sin contraste, cortes axial y sagital, es visible neumoencéfalo frontal, en localización subdural (estrella roja). Figuras B y C: Cortes en plano coronal y sagital área de resorción ósea en huesos frontal y parietal (Flecha blanca). Figura D: Reconstrucción 3D volume rendering, es visible la solución de continuidad en calota craneal.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Vacca, Vincent M. Jr. Pneumoencephalus assessment and managment. Nursing Critical Care. Julio 2017; 12:24-29

doi: 10.1097/01.CCN.0000520641.40241.c2

L.G. González-Bonet, F.A. Goig-Revert, R. Rodríguez-Mena. Neumoencefalo a tensión tras herida en cuero cabelludo en portadora de válvula de derivación ventrículo-peritoneal: caso clínico y revisión de la literatura. Neurocirugía. 2009; 20(2): 152-157

[https://doi.org/10.1016/S1130-1473\(09\)70181-2](https://doi.org/10.1016/S1130-1473(09)70181-2).

Gueider Salas, Elisabeth Silveira, Carlos Dabdoub. Review of the managment of pneumocephalus. Surgical neurology international. 2015; 6: 155

doi: 10.4103/2152-7806.166195