

Caso	(773) Neumoencéfalo no traumático
Autores	Natalia Cadrecha Sánchez, Paula Molina Vígara, Alicia Lois Bermejo, Andrea Rodríguez Prieto, Jhoan Sebastián Mangonez, Rocío Muedra Jáñez
Centro	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

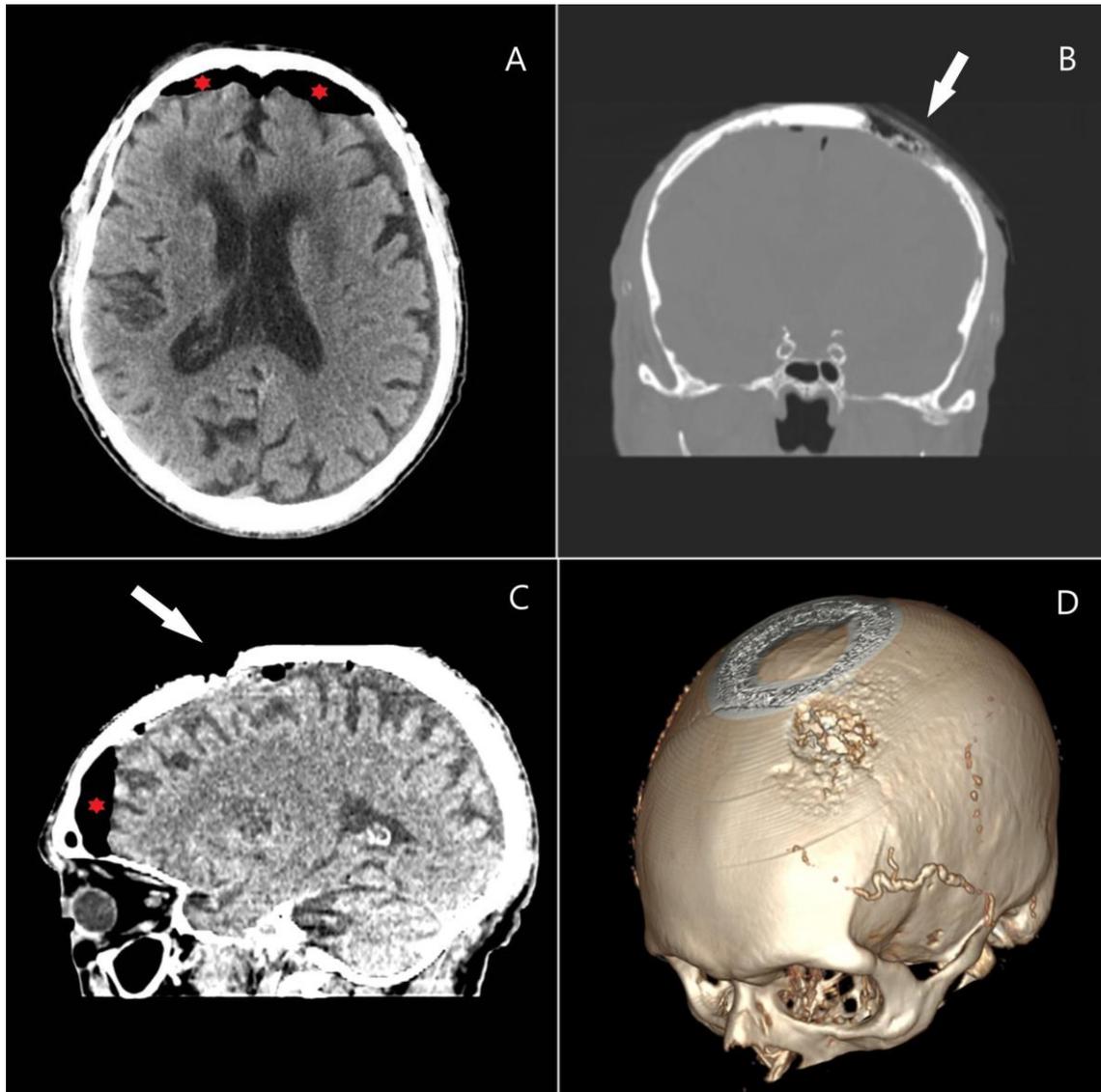
Las causas más frecuentes de neumoencéfalo son el TCE y la cirugía. En nuestro paciente no nos refieren estos antecedentes. Contactamos con servicio de urgencias que rehistoria a la familia del paciente, que refiere intervención de carcinoma epidermoide en cuero cabelludo 1 mes antes, con resección e 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