

Caso	(087) Signo del Monte Fuji (neumoencéfalo a tensión)
Autores	Álvaro Sánchez García, Andrea Valero Macia, Sara Beltrán De Otalora García, Oleksandr Ostapenko, Amaya Iturralde Gárriz, Pilar Aisa Varela
Centro	Hospital Universitario De Alava

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 87 años.

Motivo de la exploración:

Control postquirúrgico de hematoma subdural subagudo bilateral mediante trépanos, lavado con suero con vancomicina y 2 catéteres JP subdural-externo tunelizados.

TC cerebral sin CIV: (figura A)

Hallazgos:

- Importante neumoencéfalo extraaxial de predominio frontal bilateral (flechas largas en figuras B y C). Origina compresión del parénquima subyacente con afilamiento de la porción medial de ambos lóbulos y delimitación de circunvoluciones cerebrales (asteriscos en B y C).
- Colección subdural bilateral de 1,4 cm de espesor en el hemisferio izquierdo y 2,1 cm en el hemisferio derecho (símbolos ^ en figura C) con compresión sobre el parénquima subyacente; en el lado derecho con mínimo componente hemático en la porción declive.
- Catéteres de drenaje bifrontales bien localizados (símbolos + en figura C).
- Imágenes lineales en relación con membranas aracnoideas que contactan la tabla interna ósea con los lóbulos frontales (figura D).

DISCUSIÓN

Diagnóstico radiológico: Signo del Monte Fuji por neumoencéfalo a tensión que origina compresión de los lóbulos frontales.

Discusión:

La causas del neumoencefalo son múltiples: postraumático, infección o mucho más frecuente iatrógeno especialmente postquirúrgico tras drenaje de colecciones subdurales.

El signo Monte Fuji es un hallazgo secundario a la colección de aire a nivel bifrontal que induce compresión y separación de los lóbulos frontales. El colapso del lóbulo frontal y el ensanchamiento del espacio interhemisférico provoca que las puntas de los lóbulos frontales tengan la apariencia de la silueta del Monte Fuji.

El neumoencéfalo a tensión puede aparecer con tan sólo 25 ml de aire y debido a que éste acumulo no puede escapar o ser reabsorbido induce efecto de masa condicionando un aumento de la presión intracraneal.

La prevalencia del neumoencéfalo a tensión tras la evacuación de un hematoma subdural crónico es de 2,5 a 16%.

Hallazgos radiológicos:

La TC es la prueba de elección observándose acúmulo de aire que separa y comprime los lóbulos frontales en su porción anterolateral los cuales se traccionan y acuminan por el efecto de tracción de las venas puente que drenan al seno longitudinal mimetizando el perfil de ésta elevación orográfica de Japón.

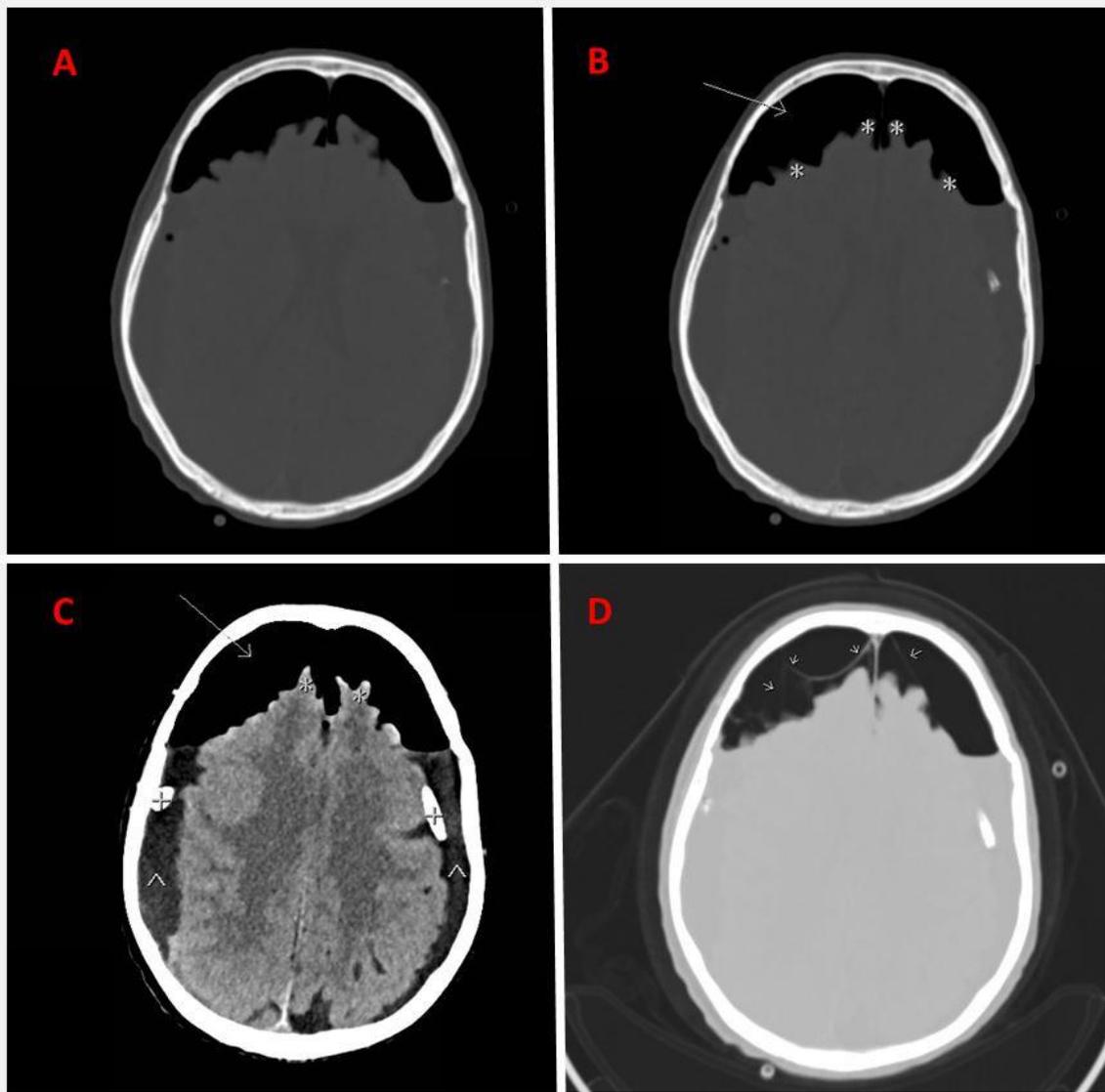
Se pueden observar membranas aracnoideas traccionadas que impiden el colapso de los lóbulos frontales.

Tratamiento:

Neumoencéfalos que condicionan un deterioro neurológico deben ser evacuados pero en caso de que no comprometan el estado clínico del enfermo se recomienda el manejo con oxígeno al 100% ya que favorece la reabsorción del aire acumulado.

CONCLUSIÓN

El signo del Monte Fuji indica una situación de neumoencéfalo a tensión. Su diagnóstico es importante pues puede condicionar síntomas neurológicos precisando en tal caso tratamiento quirúrgico.



TC Cerebral: A y B) Con ventana ósea C) Ventana parenquimatosa D) Ventana aérea. Flechas largas: Neumoencéfalo, Asteriscos (circunvoluciones cerebrales), Punta de flechas (higroma), Signo + (catéteres de drenaje), Flechas cortas (membranas acarioideas)

BIBLIOGRAFÍA

- María Guadalupe Rocha Rodríguez, Marco Antonio Garnica Escamilla. Signo del Monte Fuji. Rev Hosp Jua Mex 2011; 78(3): 195-197- M. Blanco Ulla y J. Villa Fernandez Bases anatómicas del Monte Fuji. Revista Arg. Rev. Radiología 2014 78 (4): 242-244