

NEUMOENCEFALO TRAUMÁTICO A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO

*Dr. Nicolás NazarH, (**)*
*Dra. Leila de Deras (***)*

INTRODUCCION

La detección de aire intracraneano o neumoencefalo es usualmente interpretado como patológico, solamente cuando no se ha hecho el diagnóstico previo, o cuando no hay historia de procedimiento quirúrgico realizado con anterioridad (1) (6).- El Neumoencefalo ha sido estudiado en diferentes series (3) (5) y la causa traumática, ocupa un promedio de un 73.9o/o del total de las diferentes etiologías, por lo tanto, no debemos olvidar que el traumatismo encefalocraneano puede presentarse o complicarse con un Neumoencefalo. (4).

La Publicación de este caso clínico que es muy frecuente en nuestro medio, tiene por objeto dejar en el esquema mental del médico, que una radiografía simple de cráneo hace el diagnóstico de la patología y lleva a una decisión terapéutica apropiada.

CASO CLÍNICO:

Paciente C.P.H.; masculino, 19 años, historia clínica No. 348397, que ingresó al H.E. el 10/V/81 a las 15:40 h, con historia que 24 horas antes había sufrido heridas por arma blanca (machete): en la cabeza, hombro derecho y ambas manos; no hubo historia de pérdida de conciencia Al examen físico general y segmentario, se encuentran las lesiones en los sitios ya descritos; con signos vitales normales y sin otra patología agregada.- Neurológicamente se encuentra muy conciente, sin ningún signo de focalización neurológica.- En cráneo hay herida fronto occipital izquierda, que deja ver bajo el colgajo, una fina línea de fractura sin hundimiento.

Presentado en el XXV Congreso Médico Nacional.- La Ceiba, Atlántida. Feb. 1982.

††† Neurocirujano Hospital Escuela.- Profesor Facultad de Medicina *** Residente de Cirugía. Hospital Escuela

El paciente venía referido de un Hospital Regional con Radiografías de cráneo donde solo se detectó la fractura lineal parieto occipital izquierda, sin embargo en la placa lateral se aprecia la presencia de aire subdural en el polo frontal (Fig. No. 1). Para corroborar la presencia del Neumoencefalo traumático, se tomó una placa lateral pero con el paciente en decúbito prono, con lo cual se demostró el desplazamiento del aire subdural hacia la región occipital (Fig. No. 2).- Con esto se concluyo que a pesar de las excelentes condiciones del paciente y la no presencia de signos de focalización, que la herida había sido lo suficientemente profunda para romper la duramadre y por lo tanto, estábamos en presencia de un traumatismo encefalocraneano abierto que debería entonces intervenir quirúrgicamente para la exploración y cierre de la duramadre.

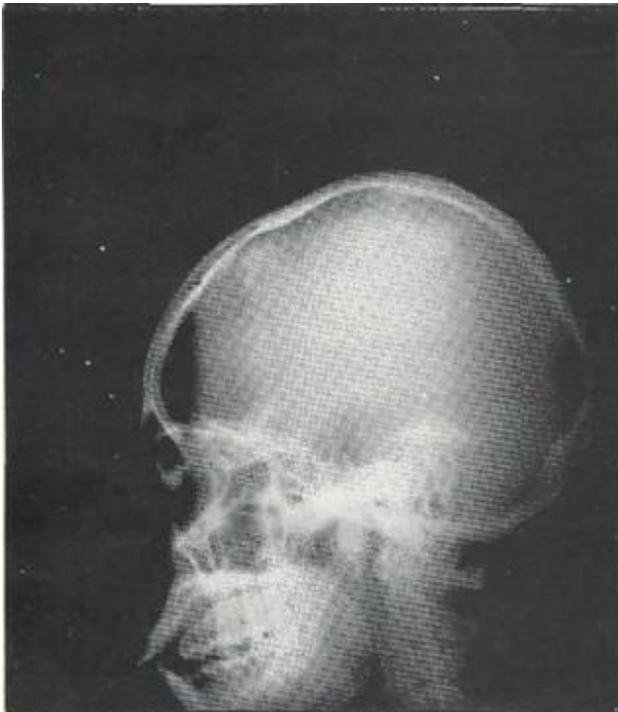
En el acto quirúrgico se detectó en primera instancia la línea de fractura hecha por el machete (Fig. No. 3).- Se realizó craniectomía hasta los límites de la duramadre rota, donde encontramos masa encefálica protuida y necrótica (Fig. No. 4). Al final se cerró duramadre sin problemas y en forma total.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y fue dado de alta el 19/V/81 a las 12:45 m.- Su último control en consulta externa en marzo de 1982, no evidencia secuelas ni complicaciones neurológicas.

DISCUSIÓN:

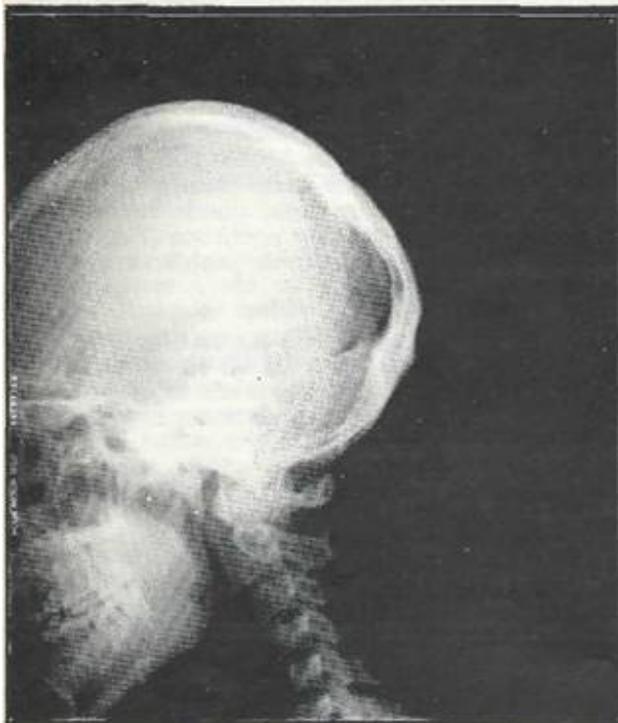
El aire intracraneano es diagnosticado generalmente por radiografía simple de cráneo, sin embargo, pequeñas cantidades de aire pueden pasar desapercibidas que pueden ser detectadas con la tomografía axial computarizada (T.A.C), incluso del orden de los 0,5cc (1) (2).- Esto se debe a que el aire con un coeficiente de atenuación muy bajo (—1000 u. Hounsfield), aparece como una zona de baja densidad en el sitio donde se acumula; esto hace a la

FIGURA No. 1



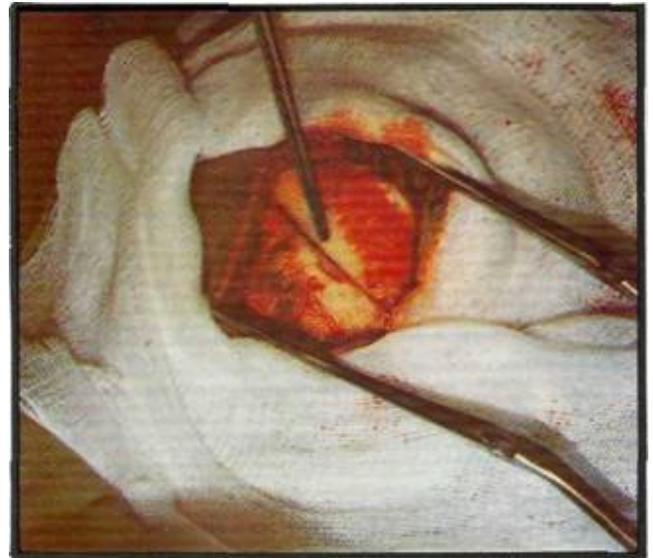
Aire subdural en polo frontal y razgo de Fractura Lineal parietal izq.

FIGURA No. 2



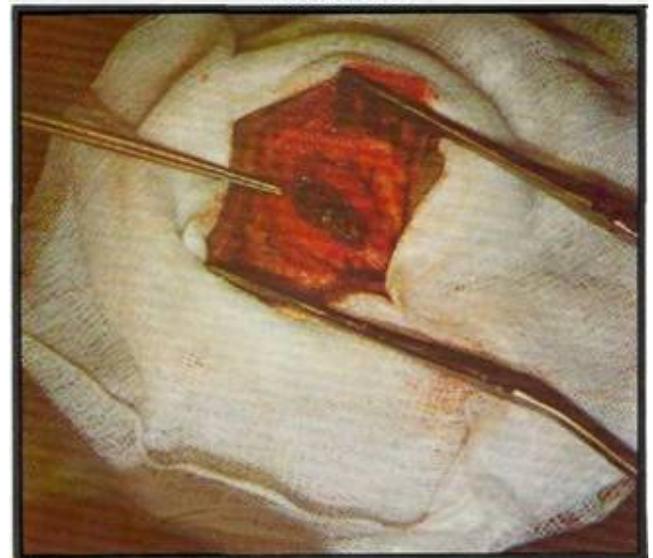
Aire subdural desplazado hacia polo accipital con paciente en de cúbito prono.

FIGURA No.



Acto quirúrgico, trazo de Fractura Lineal.

FIGURA No. 4



Craniectomía que muestra defecto dural y masa encefálica necrótica y protuida.

T.A.C. muy particularmente útil para detectar el neumoencefalo traumático.

Por otro lado, la insidencia de aire subdural en series de neumoencefalo es del 28.1o/o (3), siendo esta la más frecuente y típica localización anatómica, tal como se presentó en el caso que reportamos.- También anotamos que de las Regiones encefálicas, la frontal es la mas frecuente para que se distribuya el aire subdural (2), lo que también se cumple en el presente caso que publicamos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dabe Lunsford and Cois.- Subdural Tensión Pneumoencefalos.- J. of Neurosurg.- U-50: 525-537, 1979.
- 2.- Jacob H. Fox.- Use. of Computerized Tomography in Head Injuries.- J. of Neurolog. and Psiq. Vol. 10, 941-953,1975.
- 3.- James W. Markham.- Pneumoencefalus.- Hand book of Clinical Neurology.- Injuries of the Brain Skull, part II, Cap. 10, Vol. 24, Editorial Advisor y Board, 1976.
4. Nazar Nicolás.- Tratamiento del traumatismo encefalocraneano severo: Enfoque actual.- Revista Médica Hondureña, Vol. 49, oct., nov., dic, No. 4,164-169, 1981.
- 5.- Richard D'addario and Cois.- Pneumoencefalus: an unusual cause.- J. of Neurosurg. Neurol. and Psiq. Vol. 37, 271-274,1974.
- 6.- Valladares Héctor A.- El traumatismo Encefalocraneano.- T.E.C. abierto.- Ediciones U. de Chile, 125-169,1970.