



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Neumoencéfalo difuso tras herida lumbar por arma blanca

Diffuse pneumocephalus after lumbar stab wound

María Jesús Álvarez-Holzapfel^a, Juan Ángel Aibar Durán^a, Sonia Brió Sanagustin^b y Cristian de Quintana-Schmidt^{a,*}



^a Departamento de Neurocirugía, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Departamento de Pediatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Disponible en Internet el 11 de junio de 2018

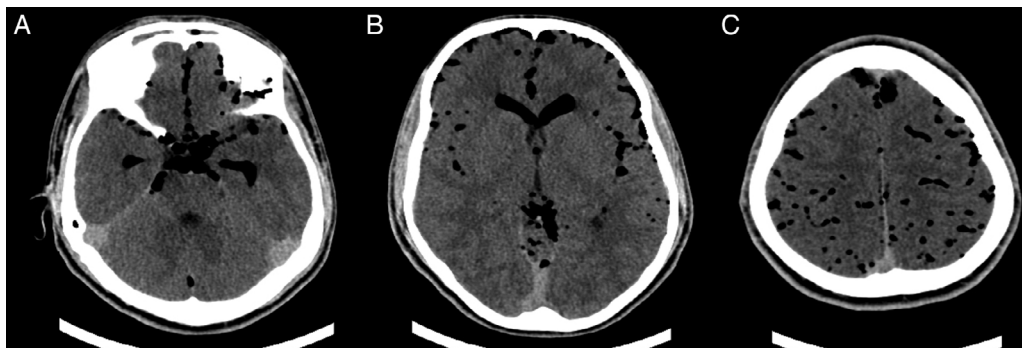


Figura 1 Neumoencéfalo difuso en diferentes niveles: A) en cisternas basales y astas temporales de ventrículos laterales; B) astas frontales de ventrículos laterales y C) espacio subaracnoideo de ambas convexidades.

El neumoencéfalo es definido como la presencia de aire en el espacio epidural, subdural, subaracnoideo, dentro del parénquima cerebral o en las cavidades ventriculares¹.

Niño de 16 años que, tras sufrir una puñalada en la región lumbar, acudió a urgencias refiriendo importante cefalea.

El paciente presenta una herida penetrante lumbar con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR). La TC cerebral mostró la existencia de neumoencéfalo difuso (fig. 1). En los cortes axiales de la columna lumbar se observaba el trayecto del arma blanca a nivel de L1-L2 con enfisema subcutáneo asociado (fig. 2A).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cquintana@santpau.cat
(C. de Quintana-Schmidt).

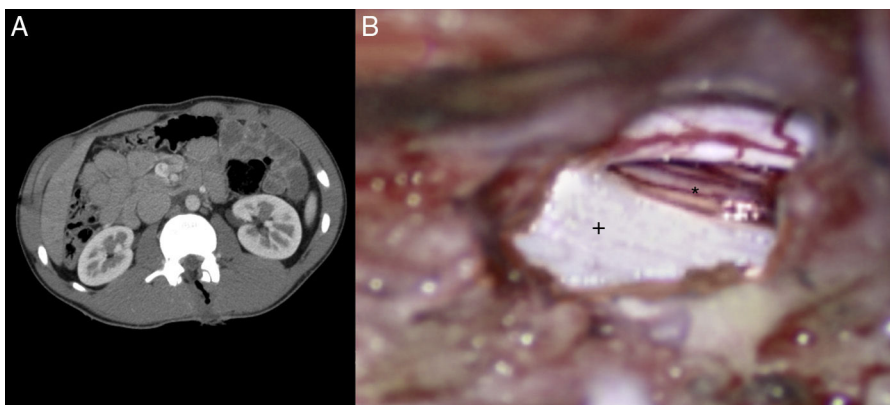


Figura 2 A) Tomografía abdominal donde se aprecia lesión lineal con contenido aéreo en L1 (trayectoria del puñal). B) Imagen intraoperatoria tras la laminectomía L1-L2 donde se aprecia un corte limpio a nivel dural (+: duramadre; *: raíz nerviosa).

La fístula de LCR requirió reparación en quirófano (fig. 2B) apreciándose una incisión limpia a nivel de la duramadre (+) y visualización de las raíces nerviosas (*) a través del defecto dural. El paciente evolucionó favorablemente.

Las causas más frecuentes de neumoencéfalo son las traumatológicas y posquirúrgicas, representado un 74% de los casos¹. Los síntomas varían desde cefalea hasta el coma por hipertensión intracraneal¹. Solo 2 casos de neumoencéfalo difuso debido a herida espinal penetrante han sido publicados en la edad pediátrica^{2,3}. En la mayoría de ocasiones el manejo de esta entidad es conservador, pero las alternativas terapéuticas son la posición de Trendelenburg, oxigenoterapia en dosis altas, evitar maniobras de Valsalva y reparación de la fístula de LCR si existe^{2,3}.

En los pacientes que llegan a urgencias con una herida penetrante a nivel espinal se debe descartar y valorar la presencia de fístula de LCR y neumoencéfalo si el paciente tiene síntomas neurológicos.

Bibliografía

1. Marchant B, Sheele JM. A novel cause of pneumocephalus. *J Emerg Med.* 2013;44:381–3.
2. Bunc G, Roskar Z, Vorsic M. Pneumocephalus secondary to a neck stab wound without neurologic injury in a 13-year-old girl. *Pediatr Neurosurg.* 2001;34:239–41.
3. Tejirian T, Gabikian P, Petrosyan M, Inaba K, Demetriades D. Pneumocephalus after penetrating thoracic trauma: Case report and review of literature. *J Trauma.* 2009;67:156–8.