



Neurocirugía

<https://www.revistaneurocirugia.com>



C0262 - FENÓMENO DE KERNOHAN-WOLTMAN SECUNDARIO A UN ICTUS HEMORRÁGICO: CASO CLÍNICO

J. Martín-Fernández, J. Plata Bello, P. Pérez del Rosario, P. Morales Cejas, Á. Triana Pérez, Y. Sánchez Medina, L. Gómez Peral y J. Domínguez Báez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, España.

Resumen

Objetivos: En 1929 James W. Kernohan y Henry W. Woltman describieron la compresión del pedúnculo cerebral contralateral contra el borde tentorial por una masa supratentorial. El resultado clínico es el déficit motor ipsilateral a la lesión causante. La causa más frecuente son los hematomas subdurales, generalmente traumáticos. En nuestra revisión un hematoma espontáneo sin otras lesiones asociadas no ha sido descrito como causante de este fenómeno.

Métodos: Varón de 49 años con antecedentes personales de cáncer de próstata, HTA, SAOS y poliglobulia secundaria que es encontrado inconsciente dentro de su vehículo sin estigmas de TCE. A su llegada a la urgencia presenta crisis hipertensiva y GCS 6, con pupilas anisocóricas (midriasis izquierda arreactiva) con reflejos troncoencefálicos conservados. Se intuba y se realiza ventana neurológica presentando hemiplejía izquierda, localizando ante estímulos dolorosos con hemicuerpo derecho. En el TC se objetiva hematoma intraparenquimatoso frontoparietotemporal izquierdo de 9 × 6 cm con pequeños focos hemáticos en vecindad y región temporal contralateral. Posteriormente sufre deterioro con GCS 3, desestimando actitud quirúrgica por mal pronóstico. Dos días más tarde se produce el exitus letalis.

Resultados: Desde la introducción de técnicas de imagen, este fenómeno ha sido descrito en poco más de 40 casos en la literatura, siendo generalmente secundario a lesiones traumáticas. En nuestro caso el hematoma espontáneo produjo por efecto masa, compresión del pedúnculo cerebral derecho desplazándolo hacia el tentorio de ese lado.

Conclusiones: El sustrato anatómico de este fenómeno es la hendidura de Kernohan, la cual se aprecia como una muesca que se ha descrito en imágenes de resonancia magnética. No obstante, la fisiopatología permanece aún desconocida aunque hay varias hipótesis: una muestra estrecha parece predisponer a desarrollar este fenómeno clínico; también se especula que la afectación del componente no decusado del haz piramidal por la lesión primaria sería la causa de la hemiparesia ipsilateral.