



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P0192 - EVOLUCIÓN CATASTRÓFICA DE NEUMORRAQUIS-NEUMOENCÉFALO TRAS INSTRUMENTACIÓN RAQUÍDEA

J.C. Rial Basalo, C. Ferreras García, K. Piña Batista, B. Álvarez Fernández y A. Fernández Canal

Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, España.

Resumen

Objetivos: La asociación de neumoencéfalo y neumorraquis tras cirugía espinal es extremadamente rara, y su incidencia es desconocida. Presentamos un caso, con resultado de exitus. Este desenlace no había sido nunca antes informado, y va en contra de la consideración habitual del proceso como benigno.

Métodos: Paciente intervenido de estenosis L5-S1 mediante artrodesis posterolateral instrumentada. Durante la cirugía no se evidenció fístula de LCR. En el postoperatorio muestra débito serohemático por el drenaje lumbar dentro de la normalidad, y a las 24h comienza con un cuadro de cefalea. Al iniciar la bipedestación presenta cuadro sincopal seguido de parada cardiorrespiratoria. Los estudios TC practicados mostraron un neumorraquis masivo, neumoencéfalo, edema cerebral y hematoma subdural agudo bilateral sin desplazamiento de línea media.

Resultados: Las fístulas de LCR en cirugía espinal están aumentando acorde a la complejidad de la cirugía. La incidencia de neumorraquis-neumoencéfalo es excepcional. Los drenajes de aspiración predisponen al neumoencéfalo en presencia de fístulas, y posiblemente suceda lo mismo con el neumorraquis. Los síntomas son inespecíficos, y se deben fundamentalmente al neumoencéfalo, siendo la cefalea el más frecuente, empeorando en bipedestación. Náuseas, vómitos, mareo y letargia son también posibles. La TC es la prueba diagnóstica más efectiva. Los síntomas suelen ser leves y ceden entre 1-3 semanas, y el tratamiento es conservador. Se recomienda oxígeno al 100%, reposo, hidratación y analgesia. Si el paciente tiene drenaje, se debe retirar. Si la fístula persiste, puede ser necesaria la revisión quirúrgica.

Conclusiones: El cirujano raquídeo debe considerar la posibilidad de neumorraquis o neumoencéfalo postoperatorio, incluso sin fístula intraoperatoria aparente. El síntoma más frecuente es la cefalea que empeora con la bipedestación, lo cual debe considerarse indicativo de fístula. El débito excesivo, a través de un drenaje de aspiración, debe alertarnos. La mejor prueba diagnóstica es la TC. El tratamiento es conservador. Suele ser un proceso benigno.