



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-015 - PARÁLISIS DEL XII PAR CRANEAL SECUNDARIA A UNA HIPERNEUMATIZACIÓN CRANEOCERVICAL

M. Maldonado Luna, L.M. Moreno Gómez, O. Esteban Sinovas, G. García Posadas, A. Baciú, I. Paredes Sansinuesa, L. Jiménez Roldán, I. Panero y A. Lagares Gómez-Abascal

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La hiperneumatización craneocervical (HCC) es una entidad poco frecuente que consiste en la presencia de aire en la base del cráneo y las primeras vértebras cervicales. Se asocia a maniobras de Valsalva repetidas y es poco usual que genere déficits neurológicos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 35 años diagnosticado de HCC por clínica de mareos inespecíficos que mientras montaba en una montaña rusa comenzó con un cuadro de opresión craneocervical e incapacidad para mover la lengua por parálisis bilateral del XII par craneal (pc). Le condicionó dificultades respiratorias precisando intubación orotraqueal. En el TC craneal urgente se observó una extensa neumatización craneocervical en los huesos temporales, occipitales, cóndilos y vértebras C1-C2. Tras un intento fallido de extubación por mal manejo de secreciones, se colocó traqueostomía y sonda nasogástrica (SNG). Se realizó RM cerebral donde se vio un relleno de los espacios hiperneumatizados con un material hipertenso en T1 y T2. El paciente mejoró paulatinamente de las dificultades respiratorias retirándose la traqueostomía y la SNG quedando al alta con un déficit parcial del XIIpc.

Discusión: Los cambios de presión bruscos pueden generar microisquemias en el hueso que disminuyen la formación ósea y promueven la neumatización. La HCC genera un hueso fino e hiperinsuflado que transmite el incremento de presión directamente sobre los pares craneales adyacentes. Al ser un fenómeno generalizado en la base del cráneo en nuestro caso, pudo causar la parálisis bilateral del XIIpc. Se realizó un diagnóstico diferencial sobre el relleno del espacio neumatizado en la RM cerebral, por si pudiera tratarse de LCR secundario a una fístula. Concluimos que era secreción mucosa procedente del oído interno, por ser hiperintenso en T1 y T2 y tras realizar un TC craneal que descartó signos de fístula.