Neurocirugia. 2024;35(Supl 1):S285

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-133 - HERNIACIÓN PARADÓJICA AGUDA: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO

F. Brugada Bellsolà, P. Teixidor Rodríguez, B. Menéndez Osorio, A. González Crespo, M.S. Pastor Cabeza, S.A. Menéndez Girón, L.F. Parada Arias, C.J. Domínguez Alonso

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Resumen

Introducción: La craniectomía descompresiva es una medida neuroquirúrgica empleada en el manejo de la hipertensión intracraneal (HTIC) refractaria. En ocasiones el gran defecto craneal puede generar efectos adversos, clásicamente denominados “síndrome del trefinado”, que suelen presentarse de forma crónica mientras el paciente permanece craniectomizado. No obstante, existe una infrecuente forma de presentación del síndrome del trefinado: la herniación paradójica aguda. A continuación, describimos esa complicación y su manejo en 2 casos clínicos.

Caso clínico: Se trata de una mujer y un hombre de 69 y 63 años. En ambos casos se realizó craniectomía descompresiva para manejo de HTIC tras sufrir traumatismo craneoencefálico grave e infarto maligno de arteria cerebral media izquierda, respectivamente. Tras superar la fase de HTIC y permaneciendo craniectomizados, al cabo de 1 y 5 meses respectivamente, presentaron cuadro de depresión progresiva del nivel de consciencia, junto a leve anisocoria en un caso. Se realizó TC craneal en ambos, objetivando importante depresión del parénquima cerebral craniectomizado y notables herniaciones subfalciales y uncales. Ambos casos se manejaron mediante medidas posturales e hidratación abundante, consiguiendo mejoría clínica y radiológica en 24-48 h. En ambos se implantó la craneoplastia autóloga de forma preferente, con posterior mejoría clínica.

Discusión: La herniación paradójica se produce en pacientes craniectomizados cuando la presión intracraneal es inferior a la presión atmosférica, derivando en una depresión progresiva del parénquima cerebral, con herniación secundaria. Esto se traduce en un deterioro clínico del paciente, que en ocasiones puede ser agudo. El manejo de dicha condición consiste en medidas posturales e hidratación abundante, así como detener tanto el tratamiento hiperosmolar deplectivo como la sustracción de líquido cefalorraquídeo mediante drenajes. El tratamiento definitivo es la recolocación de la plastia ósea, que puede llegar a ser urgente si el deterioro clínico agudo no revierte con las medidas anteriormente citadas.

1130-1473/© 2024 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.