

## LA IMAGEN DE LA SEMANA

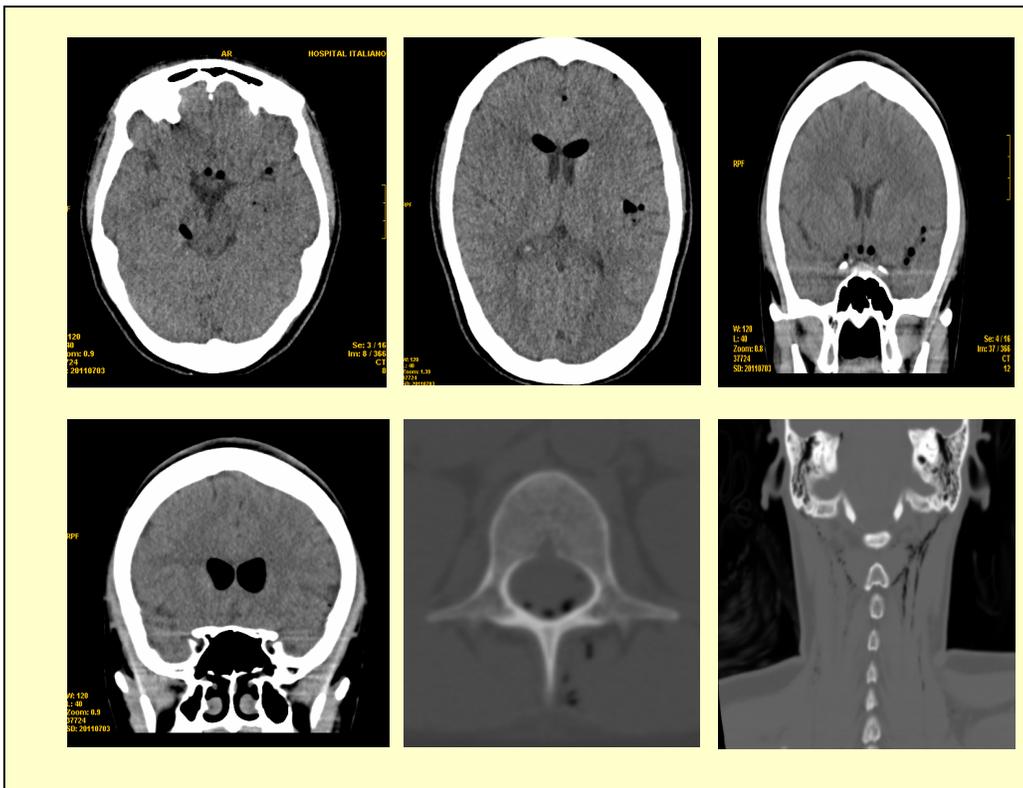
**Edad:** 21 años

**Sexo:** Femenino

**Motivo de internación:** Embarazo de término

**Enfermedad actual:** Paciente sin antecedentes personales de importancia, G1P1, cursando internación en piso de obstetricia en puerperio inmediato de parto vaginal con anestesia peridural dificultosa. Intercurre con episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas de aproximadamente 3 minutos de duración. Sin registros de HTA, laboratorio sin alteraciones de relevancia.

Se solicita TC de cerebro de urgencia y se decide su pase a UTIA para monitoreo y control evolutivo.



### TOMOGRAFIA DE CEREBRO S/CTE

Burbujas de gas en el espacio subaracnoideo e intraventricular, especialmente en las astas frontales, burbujas de gas en el espacio peridural de todo el canal medular desde el sector cervical hasta LV.

Evoluciona favorablemente.  
Sin evidencia de deterioro del sensorio ni signos de foco neurológico.  
No repite episodio convulsivo.



Se realiza TC de control a las 48 hs, con disminución del neuroencefalo.

Se decide su pase a piso de Obstetricia. Continúa internada.

### VIÑETA CLINICA: Neumoencéfalo

El neumoencéfalo se define como una acumulación de aire en el interior de la cavidad craneal. Las causas son diversas, pero las más comunes son las traumáticas y posquirúrgicas (neurocirugía). Se calcula que el 0,2% de los traumatismos craneales muestran aire intracraneal visible mediante una exploración radiológica convencional. El acúmulo de aire puede ocurrir en varios comportamientos de la cavidad craneal: subdural, subaracnoideo, intraventricular, extradural e intracerebral.

Las principales manifestaciones clínicas presentes en los pacientes son derivadas del aumento de la presión intracraneal: cefalea, delirio, agitación psicomotora, estupor, coma, hemiparesia y afasia. La muerte ocurre por una excesiva acumulación de aire sin haberse llegado a un diagnóstico. La localización más frecuente del neumoencéfalo traumático se describe en el espacio subdural y ocurre precozmente.

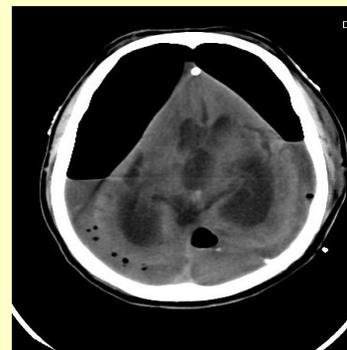
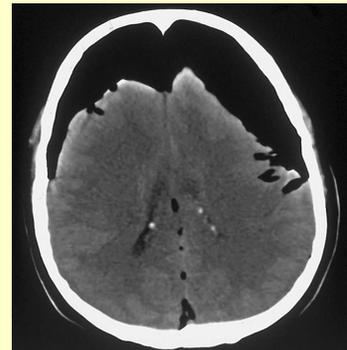
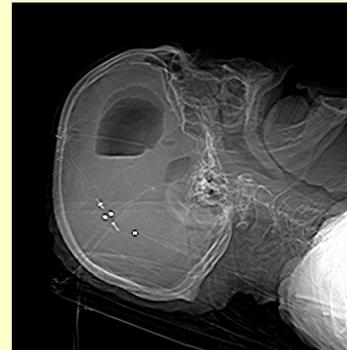
El aire intracraneal es un hallazgo radiográfico común en pacientes a los que se les realiza tratamiento neuroquirúrgico y carece usualmente de significación clínica, aunque bajo determinadas circunstancias se puede formar una extensa colección de aire, y producir un neumoencefalo a tensión de consecuencias clínicas a veces fatales.

La mayoría de los casos de neumoencéfalo relacionados con bloqueos nerviosos centrales han sido descritos durante la realización de técnicas epidurales en las que se utiliza la pérdida de resistencia con aire para localizar el espacio epidural. El neumoencéfalo es causado por la migración de aire introducido durante la punción peridural a través de un defecto en la duramadre, iatrogénico o congénito, las burbujas actúan como lesión ocupativa o causando irritación meníngea.

La aparición de neumoencéfalo tras la anestesia intradural es una complicación extremadamente rara, que puede ocurrir al inyectar accidentalmente una pequeña porción de aire a través de la aguja espinal o tras inspiraciones profundas del paciente durante la realización de la técnica.

El inicio del cuadro es muy variable, pudiendo ocurrir inmediatamente tras la punción o bien transcurridos 2-3 días. Los síntomas que se presentan dependen de la distinta localización de las burbujas de aire, y la severidad y la duración del cuadro vienen determinadas por la cantidad de aire introducido. El síntoma más frecuentemente asociado al neumoencéfalo es la cefalea; otros síntomas encontrados son náuseas y vómitos, vértigo, desorientación, obnubilación, letargia y convulsiones. Puede ser difícil diferenciar la cefalea causada por neumoencéfalo de la producida por pérdida de LCR; tan sólo la TAC puede ayudarnos a realizar el diagnóstico de certeza.

El tratamiento del cuadro es conservador, ya que en la mayoría de los casos en 5-7 días se reabsorben espontáneamente las burbujas de aire, desapareciendo la sintomatología y normalizándose la TAC.



#### BIBLIOGRAFIA

Durán Rodríguez, N; Pozo Amelo, O. NEUMOENCÉFALOS. ETIOLOGÍA. SIGNIFICADO PATOLÓGICO Y DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE 4 OBSERVACIONES. Rev Cubana Cir 2000;39(1):5-9

-Nafiu, Urquhart. Pneumocephalus with headache complicating labour epidural analgesia: should we still be using air? International Journal of Obstetric Anesthesia 2006; 15: 237-239