

IMAGEN DEL MES

Neumoencéfalo y meningitis neumocócica secundarios a fístula de líquido cefalorraquídeo

Pneumocephalus and pneumococcal meningitis secondary to a cerebrospinal fluid fistula

V. González Doce y J.M. Girón Úbeda*

Sección de Neurología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Accesible en línea el 12 de marzo de 2011

Presentamos el caso de una mujer de 35 años de edad que ingresa por cuadro de cefalea, confusión mental y vómitos de 24h de evolución. Como antecedentes, destaca que 10 años antes fue diagnosticada de un quiste aracnoideo frontobasal izquierdo no complicado. Durante su segundo embarazo, presentó licuorrrinorea siendo diagnosticada de fístula de LCR, aunque no precisó tratamiento neuroquirúrgico por cierre espontáneo de la fístula. Desde entonces ha permanecido asintomática, refiriendo únicamente anosmia e hipogeusia.

A su ingreso se realizó una TC craneal, que mostró un extenso neumoencéfalo, con área de encefalomalacia frontobasal izquierda (figs. 1 y 2) y una fístula de LCR a través de la lámina cribosa del etmoides (fig. 3).

El estudio de LCR demostró además la existencia de una meningitis neumocócica, que se resolvió sin secuelas con tratamiento antibiótico.

La resonancia magnética sólo mostró una extensión del LCR hacia el seno etmoidal. A las dos semanas se practicó una nueva TC, apreciándose una resolución completa del neumoencéfalo. La paciente finalmente

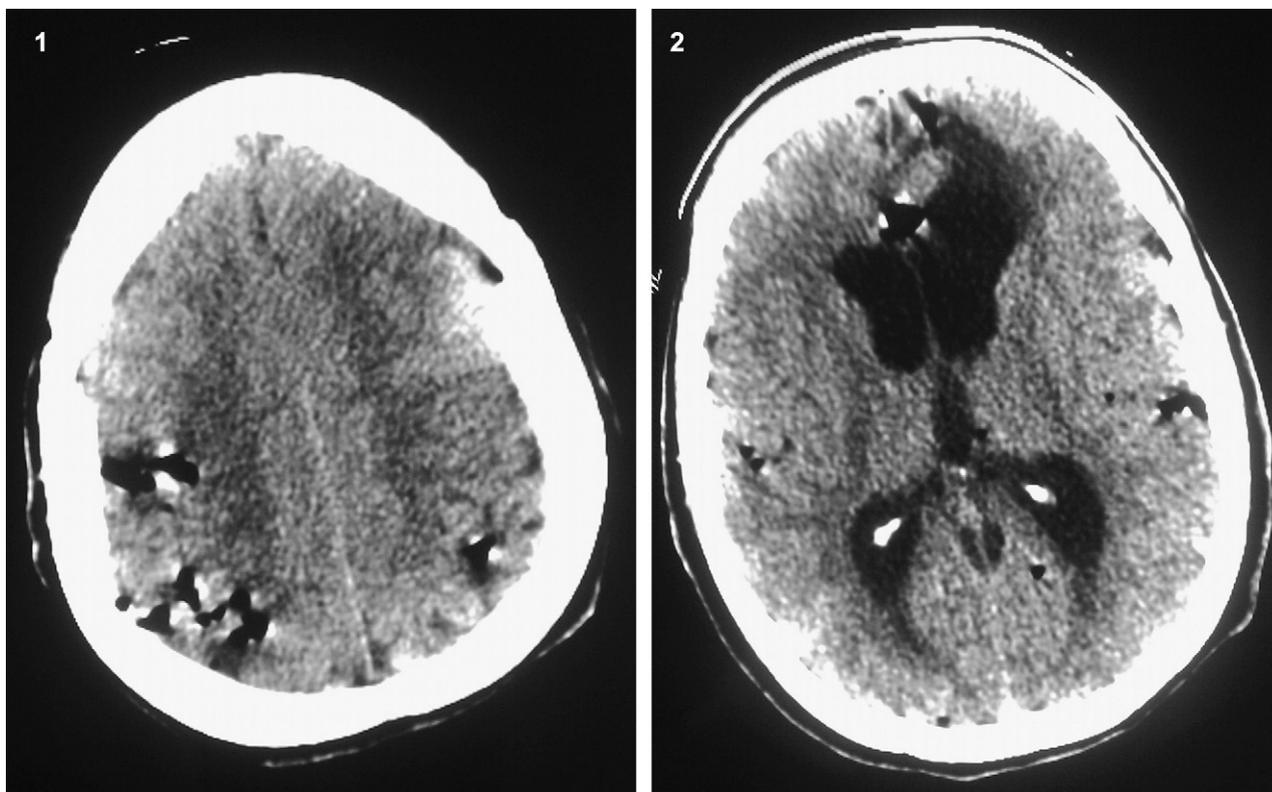
fue remitida a neurocirugía para intervención de la fístula.

Los neumoencéfalos adquiridos se dividen fundamentalmente en traumáticos (traumatismo craneoencefálico, cirugía) o no traumáticos (sin factores predisponentes obvios, donde actúan agentes internos durante largo tiempo). En este último caso, la duramadre se va debilitando, hasta que una simple maniobra de Valsalva puede terminar rompiéndola y provocar la fístula de LCR.

Usualmente, carecen de significación clínica, ya que pequeñas cantidades de aire pueden ser absorbidas por el espacio subaracnoideo, aunque cuando el contenido intracraneal actúa como una válvula unidireccional se puede formar una extensa bolsa de aire con graves consecuencias llamada neumoencéfalo a tensión, cuyo cuadro clínico se manifiesta por cefalea, intranquilidad, confusión, desorientación, hipo, hemiparesia, anisocoria o signos meníngeos y deterioro neurológico progresivo que aparece en las horas siguientes al traumatismo o la intervención realizada, constituyendo un cuadro sumamente grave y de manejo emergente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgironu@meditex.es (J.M. Girón Úbeda).



Figuras 1 y 2 Imágenes de densidad aérea multifocales dispersas por el espacio subaracnoideo de ambos hemisferios cerebrales.



Figura 3 Presencia de trayecto fistuloso aéreo que establece comunicación entre el seno etmoidal y el espacio subaracnoideo de la fosa anterior.

Bibliografía general

1. Benedict M, Schultz-Coulon HJ. [Spontaneous cerebrospinal rhinorrhea. Etiology-differential diagnosis-therapy]. HNO. 1991;39:1-7.
2. Cartwright MJ, Eisenberg MB. Tension pneumocephalus associated with rupture of a middle fossa encephalocele. Case Report. J Neurosurg. 1992;76:202-5.
3. Delgado PD, Carrera-Fernández J, Carrillo R. Neumoencéfalo a tensión espontáneo como complicación de un osteoma del seno frontal posterior. Rev Neurol. 2002;34:497-8.
4. Tuntiyatorn L, Laothammatas J. Evaluation of MR cisternography in diagnosis of cerebrospinal fluid fistula. J Med Assoc Thai. 2004;87:1471-6.
5. Villa RA, Capdevila A. Images in clinical medicine. Spontaneous otogenic pneumocephalus. N Engl J Med. 2008;358:e13.