

# Fractura de base de cráneo

## Diagnóstico

Clínico (de sospecha)

Fractura de la pared superior de la órbita : Hemorragia a lo largo del músculo elevador del párpado superior y en el borde superior conjuntival.

Fractura de suelo orbitario :Equimosis del párpado inferior y reborde inferior de la órbita.

Fractura de la base del cráneo anterior:Puede aparecer un hematoma que se dispone “en anillo” alrededor del globo ocular. Rinolicuorrea. Anosmia



Fractura base de cráneo posterior:Signo de Battle (equimosis mastoidea).

Otolicuorrea ; Hemotímpano. Afectación del VII y VIII par. VI Par en fracturas de clivus.

Diagnóstico de confirmación:

Radiografía simple de cráneo y criterios clínicos asociados son más sensibles que el TAC. La sensibilidad de esta prueba aumenta con cortes de 5 mm y proyección coronal. Los signos indirectos son el neumoencéfalo y niveles de aire/líquido en senos.

Tratamiento

Cuidado con la intubación de estos pacientes (introducción de la sonda nasogástrica en el espacio intracraneal asociado en el 64 % con un pronóstico fatal).

El uso de antibióticos es controvertido aunque la mayoría de los ORL lo recomiendan. (En este caso antibióticos de amplio espectro).

La principal complicación: Es la fístula de LCR y la meningitis. Las lesiones durales son comunes debido a la firme adhesión entre la duramadre y la base craneal. Han sido identificados en 10 y el 30% de las fracturas de base craneal. Se presentan con una variedad de síntomas, incluyendo la salida de LCR por fosa nasal y dolor de cabeza. Pueden desarrollar complicaciones como neumoencéfalo, meningitis, absceso cerebral. La meningitis puede ocurrir en 20% (8,6-41%) de los pacientes. Este porcentaje puede incluso aumentar a 57% si la fuga está presente durante varios días o meses después del trauma, la frecuencia aumenta proporcionalmente con la duración de la fuga. La tasa de mortalidad ha sido reportada a ser tan alta como 10%.

La meningitis también puede ocurrir en ausencia de una aparente fuga de LCR. La razón no está clara, pero puede estar relacionado con la naturaleza intermitente de fugas o su remisión espontánea.

La aparición de rinorrea y neumoencéfalo años después de una lesión también ha sido descrita, así como el desarrollo de la meningitis como la primera presentación. Esta presentación tardía puede explicarse por la reapertura de dural tejido cicatrizal como consecuencia de microtrauma y atrofia de la cicatriz.

La pronta identificación de la fístula y el éxito del tratamiento quirúrgico son fundamentales para evitar complicaciones potencialmente mortales. Estudios recientes indican que el riesgo acumulativo de desarrollar meningitis dentro de los 10 años de un trauma se reduce de 85 a 7% cuando la cirugía es exitosa. Por consiguiente, hay acuerdo general en la necesidad de reparación quirúrgica urgente.

La primera reparación quirúrgica fue publicada por Dandy, que cerró una fístula craneonasal a través de una craneotomía frontal en 1926. Este tratamiento se ha mantenido durante décadas. Sin embargo, después de las primeras descripciones de éxito en los procedimientos de reparación realizados por Dohlman, Calterra, y otros, la cirugía endoscópica nasosinusal ha sustituido progresivamente la reparación clásica desde su introducción en la década de 1980.

Aunque esta técnica tiene una alta tasa de éxito y una menor tasa de morbilidad, existen limitaciones, y el abordaje endoscópico podría ser menos eficaz en determinadas situaciones clínicas en comparación con los amplios procedimientos intracraneales.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN  
**1988-2661**

Permanent link:

[http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fractura\\_de\\_base\\_de\\_craneo](http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=fractura_de_base_de_craneo)

Last update: **2019/09/26 22:17**

