Hemicraniectomía descompresiva

ver craniectomía descompresiva.

Casos clínicos

Q5386

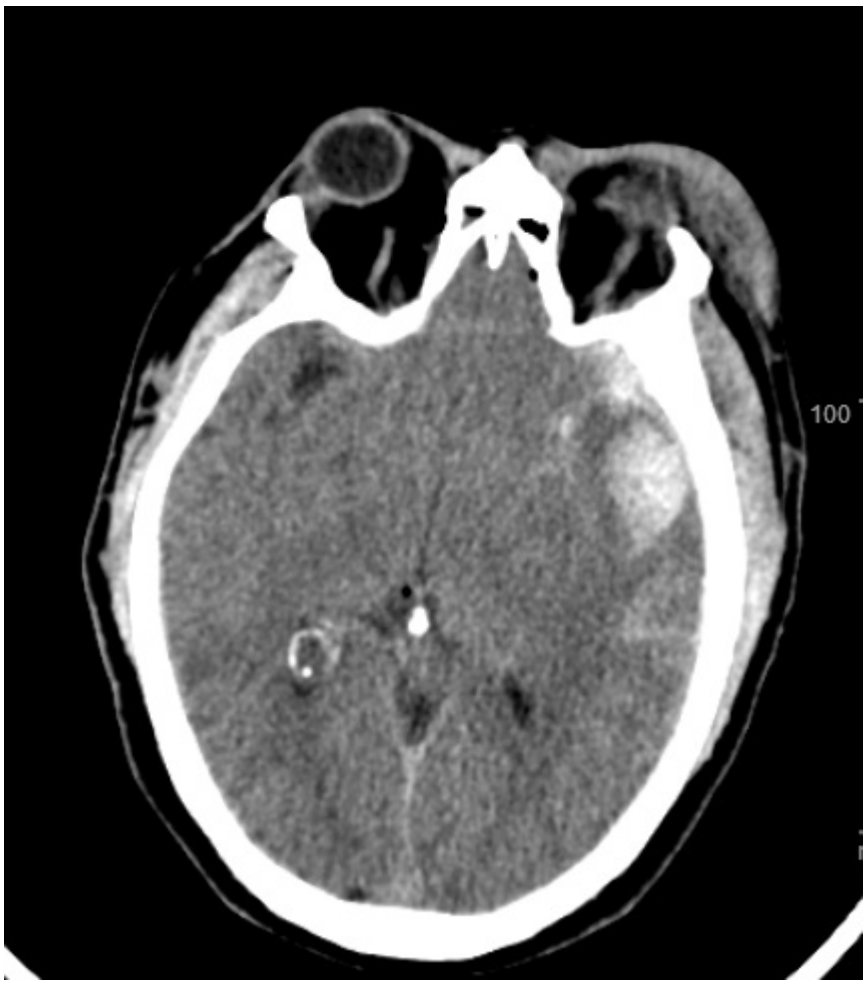
Varón de 55 años con politraumatismo tras accidente de tráfico (choque con camión), con traumatismo cráneo-encefálico. Valorado inicialmente por SAMU con GCS 13 puntos, con deterioro posterior en Hospital periférico que ha requerido intubación.

A su llegada a nuestro hospital: Bajo sedorrelajación e IOT. Anisocoria pupilar con pupila izquierda puntiforme arreactiva, pupila derecha miótica reactiva.

Presenta otorragia izquierda y salida de material serosanguinolento por narina derecha (posible rinolicuorrea). Edema palpebral bilateral de predominio izquierdo.

Herida anfractuosa en base del trago izquierdo, que se extiende hasta región retroauricular, con fragmentos de cristal en su interior.

TC CEREBRO



Hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo de 2.7 x 2.3 x 2.8 cm. HSA frontal , parietal y temporal izquierdas. Hematoma subdural temporal y parietal izquierdo (grosor máximo de la lámina 6 mm.) Pequeño hematoma subdural a nivel de la tienda del cerebelo izquierda. Mínima desviación lateral derecha de la línea media. Neumoencéfalo. Fractura longitudinal del peñasco derecho y ocupación parcial de la caja timpánica , celdillas mastoideas derecha y CAE. Fractura del ala mayor izquierda del esfenoides. Hemoseno esfenoidal Fractura de la escama del hueso temporal izquierdo. Fractura del hueso frontal izquierdo y techo de la orbita izquierda. Fractura de la pared medial de la orbita izquierda. Fractura de la lámina papiracea derecha del etmoides. Fractura de la pared anterior del seno maxilar izquierdo con hemoseno. Fractura de ambos arcos cigomáticos.

TAC COLUMNA CERVICAL No se observan fracturas cervicales.

TAC TORACO-ABDOMINO-PELVICO. se administra CIV. Fractura 3º, 4º, 5º 6º arco costal izquierdos. Atelectasias subsegmentarias postero basales bilaterales en parénquima pulmonar. Importante distensión gástrica con nivel hidroaéreo. Sonda vesical.

Divertículos colónicos y engrosamiento de un tramo de sigma a valorar cuando la situación clínica del paciente lo permita.

Evaluación oftalmológica: A la exploracion: - Pupilas mióticas arreactivas AO - BMC AO: edema palpebra bilateral con gran hematoma palpebral izquierdo y sin proptosis con crepitacion OI, cornea clara, pseudofaquia correcta, hemorragia subconjuntival OI, fluo -, seidel -, CAF - Tonometria digital OD: normal OI baja - PIO goldman: 19 / 9 mmHg - FO AO: papila de bordes bien definidas, no edematizadas, arcadas normales, macula macroscópicamente normal, vitreo claro, retina a plano sin desgarros JC: Fractura techo y pared medial órbita izquierda y pared medial órbita derecha Plan: cuando mejore estado fisico del paciente seguir controles por Oftalmologia de su Hospital de referencia.

Dada la situación clínica del paciente y las lesiones que presenta se indica tratamiento quirúrgico urgente con craniectomía descompresiva.

Profilaxis antibiótica con Tazocel. BAG e IOT. Antes de la cirugía se encuentra con anisocoria pupilar con pupila izquierda puntiforme arreactiva, pupila derecha miótica reactiva. Herida anfractuosa inmediatamente por delante del trago con fragmentos de cristal incrustados en la misma que se retiran. Presenta otorragia izquierda y rinolicuorrea.

Decúbito supino con cabeza fijada sobre Mayfield, lateralizada a la derecha. Incisión frontoparietotemporal izquierda en interrogante, siguiendo el trazo de la herida en el trago. Craniectomía descompresiva izquierda. Durotomía estrellada con salida de hematoma subdural laminar a presión. Sangrado activo de contusión hemorrágica temporal derecha que se controla con coagulación y aposición de Surgicel. El cerebro presenta múltiples focos contusivos frontales y hemorragia subaracnoidea extensa, con escaso latido. Se observa fractura de techo orbitario con salida de grasa orbitaria. Aposición de cera ósea en la fisura ósea. Aposición de Espongostán subdural y epidural sin cierre de duramadre. Cierre por planos (subcutáneo con reabsorbible y piel con grapas)

Al término de la cirugía se coloca sensor intraparenquimatoso frontal derecho con valor incial de 3, que se comprueba con maniobra de Valsalva.

Queda ingresado en UCI con neuromonitorización.

Bajo anestesia general, intubación orotraqueal y profilaxis antibiótica con Vancomicina 1 gr IV.

Colocación del paciente en decúbito supino sobre donut con lateralización a la derecha Antisepsia cutánea con Clorhexidina al 2 %. Reapertura de incisión fornto-temporo-parietal izq previa. Disección por planos apreciando espongostan y duramadre . Se fija hueso con ayuda de miniplacas y tornillos (4 placas y 8 tornillos) Hemostasia del lecho quirúrgico. Se cierre de subcutáneo con reabsorbible y piel con monofilamento.

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

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=hemicraniectomia_descompresiva

Last update: **2019/09/26 22:23**