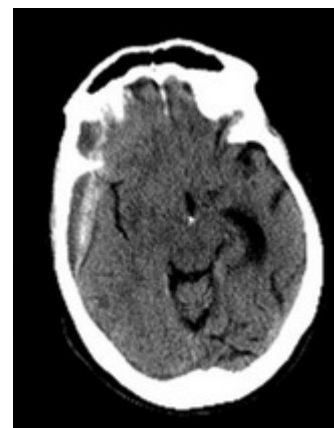


Herniación uncal

Se produce al protruir el **uncus** del lóbulo temporal hacia medial. Su clínica dependerá de la compresión de estructuras neurovasculares.



III nervio: En más de un 90% de los casos el III nervio afectado es ipsilateral a la lesión, en un pequeño porcentaje es del lado contralateral, en este caso, habitualmente se debe a un hematoma subdural. La explicación clásica ha sido que el III nervio, luego de salir del troncoencéfalo es comprimido por la hernia. Sin embargo, algunos autores atribuyen su aparición a isquemia mesencefálica. La clínica del III nervio es progresiva, lo primero que aparece es una midriasis refléctica, luego arrefléctica (pupila de Hutchinson) y por último un compromiso de todos los músculos extraoculares dependientes de éste nervio. La explicación de esta progresión es la anatomía del nervio. En un corte transversal, las fibras parasimpáticas, que provocan miosis, se ubican en un fascículo periférico, por lo tanto, son las primeras en afectarse en una compresión externa.

Escotadura de Kernohan: La hernia uncal puede comprimir el pedúnculo cerebral mesencefálico contralateral contra el borde libre de la tienda del cerebelo, esto provoca hemiparesia y signo de babinski ipsilateral a la hernia. Su fisiopatología es el compromiso de las fibras corticonucleares a nivel supratentorial.

Compresión vascular: En esta zona existen 2 arterias susceptibles de ser comprimidas por una hernia uncal: la arteria cerebral posterior y la arteria coroidea anterior. Su compresión puede provocar infartos cerebrales en estos territorios.

Hemorragias de Duret: Se describen principalmente en el TEC grave. Corresponden a hemorragias lineares mesencefálicas y pontinas altas. Su patogenia es desconocida, aparentemente se producen por ruptura de venas o arterias luego de una deformación del troncoencéfalo debido a hernia uncal. La mayoría son descripciones de autopsia, recientemente han sido descritas en tomografía axial computada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM).

Otros signos: La compresión directa del mesencéfalo puede provocar alteraciones de la oculomotilidad y rigidez de descerebración o decorticación. La progresión puede continuar como un síndrome de hernia transtentorial. Las alteraciones del patrón respiratorio son premonitores de muerte.

Debe considerarse que una vez aparecido alguno de los signos descritos de hernia uncal, la progresión hacia la muerte puede ser muy rápida. La búsqueda de estos signos en pacientes que potencialmente pueden desarrollarla debe ser obsesiva y su tratamiento precoz y agresivo.

From:

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

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=herniacion_uncal



Last update: **2019/09/26 22:15**