

## Revisión de Revistas

### Noviembre 2005-Enero 2006

#### New England J. Med. 10 Noviembre 2005

##### **EGFR kinase inhibitors for glioblastomas. Mellinghoff, I.K., et al.**

El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), está aumentado o mutado en los glioblastomas, pero sólo un 20% responden a los inhibidores de la kinasa de dicho factor. (Las tirosin-kinasas regulan las señales de duplicación celular. Su hiperproducción contribuye al desarrollo de muchos cánceres. Su inhibición puede ayudar en el control de su crecimiento). El receptor del factor de crecimiento puede ser la diana para dicho control.

Algunos cánceres de pulmón y la leucemia mielógena crónica han tenido buena respuesta a algunos inhibidores de dichas kinasas: erlotinib y gefitinib. Entre los glioblastomas, un subgrupo pequeño parece que es sensible a dichos preparados.

Las anomalías genéticas de los glioblastomas multiformes son múltiples y, tal vez, a través de los avances en su biología molecular se consiga controlar su crecimiento. Un aumento de una variante del EGFR y la disminución de una proteína supresora (PTEN) pueden hacer susceptible de tratamiento médico al pequeño grupo de glioblastomas que se reseñan en el trabajo.

En el futuro, cuando se hagan estudios sobre el tratamiento de los gliomas malignos habrá que separar grupos con características genéticas y fenotípicas similares, a la hora de valorar su utilidad o su ineficacia.

#### J. Neurosurgery. Diciembre 2005-Enero 2006

##### **Funcional**

##### **Deep brain stimulation in Parkinson disease. Weaver, F., et al. J. Neurosurg 2005; 103: 956-967.**

Los autores hacen un metaanálisis sobre los resultados de enfermos de Parkinson sometidos a una estimulación tanto de núcleo subtalámico como del globo pálido interno. De todo ello concluyen que se precisa un estudio aleatorio, en el cual se tenga en cuenta los síntomas predominantes, tales como el temblor, rigidez o discinesia o inestabilidad postural, además de la edad,

sexo y raza. Los resultados deben valorarse, al menos, pasado un año de la implantación del estimulador y se han de valorar con arreglo a escalas uniformes. No obstante, se han obtenido algunos resultados. Por ejemplo, después de la estimulación del núcleo subtalámico, (NST) es posible reducir la medicación en mayor grado que con la estimulación en el globo pálido. Esto supone una ventaja para controlar las discinesias, más frecuentes en la cirugía del SNT. Sin embargo, la retirada de la medicación dopaminérgica puede ser desaconsejable por otros motivos que los puramente motores. En algunos pacientes, la mejoría obtenida con la estimulación del NST puede verse invalidada por los trastornos psicológicos secundarios a la misma, (alteraciones afectivas y de la personalidad), por lo cual necesitan continuar con la medicación. No ha sido posible obtener conclusiones sobre el número y tipo de complicaciones observadas en ambos procedimientos, debido a lo heterogéneo de su definición. Aunque la estimulación del NST es más frecuente que la del globo pálido, al tomar como referencia la mejoría de los síntomas motores y la reducción de la medicación, aconsejan una mayor uniformidad en los estudios pre- y postoperatorios, con guías que incluyan otros parámetros, además del aspecto motor y que se valoren al menos un año después de la operación.

##### **Dopamine turnover following deep brain stimulation of the STN. Nimura, T., et al. J. Neurosurg 2005; 103: 968-973.**

Con el fin de conocer mejor la causa de los periodos de "off", después de la medicación con levodopa y de la aparición de discinesias, estos autores japoneses han estudiado con PET tres pacientes, a los cuales inyectaban "Raclopride", marcado con C<sup>11</sup>. Se hacía el estudio antes y después de la estimulación y una hora antes y después de tomar la medicación. Los resultados del estudio parecen indicar que la estimulación produce una estabilización de la dopamina en los receptores del núcleo caudado y del putamen, con lo cual se alivian las fluctuaciones de la medicación.

##### **Prediction of postsurgical learning and memory by Wada test scores. Andelman, F., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 20-26.**

El riesgo de amnesia después de una lobectomía temporal, como tratamiento de la epilepsia, ha disminuido desde que se silencian temporalmente los hemisferios mediante la inyección

*Recibido: 27-02-2006*

intracarotídea de un barbitúrico, de forma alternativa. Pese a todo, en ocasiones se observa algún déficit parcial de memoria. Si al inyectar el barbitúrico en la carótida del hemisferio con el foco epiléptico el paciente conserva una buena función retentiva, el pronóstico posquirúrgico, acerca de la memoria es bueno; cuando hay dificultades para recordar los estímulos que se le han presentado al paciente mientras el hemisferio afecto estaba bajo los efectos del barbitúrico cabe esperar algún déficit después de la lobectomía. En cambio, los pacientes con una capacidad retentiva baja en el lóbulo esclerótico, (especialmente si el foco coincide con el hemisferio derecho) pueden mejorar el potencial de memoria después de la resección del foco epiléptico. Si el hemisferio con el foco tiene una buena función en lo que a la memoria se refiere, su resección hace prever un riesgo importante de amnesia posquirúrgica. Se le debe advertir de este riesgo, aunque el test de Wada haya sido satisfactorio.

**Seizure and memory outcome following temporal lobe surgery. Paglioli, E., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 70-78.**

En los pacientes con epilepsia temporal, el tratamiento quirúrgico varía entre la lobectomía anterior del lóbulo temporal o la amígdalo-hipocampectomía selectiva. Por lo general, la mayoría de los Centros se adhiere a una técnica u otra por pura rutina. Los autores concluyen que cualquiera de las dos técnicas tiene el mismo resultado. Además, observan que los pacientes con alguna deficiencia de memoria verbal con foco en el hemisferio dominante, pueden mejorar después de la intervención quirúrgica.

**Intraoperative cortico-muscular motor evoked potential. Fujiki, M., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 85-92.**

Uno de los procedimientos para registrar potenciales después de la estimulación eléctrica cortical consiste en colocar un electrodo epidural. Sin embargo, el registro de potenciales en los músculos es tan efectivo como el anterior y no necesita recurrir a un acto más agresivo como es la introducción del catéter en el espacio epidural. Incluso parece más sensitivo el registro muscular.

## Vascular

**Cerebral oxygenation in patients with cerebral vasospasm. Raabe, A., et al. J. Neurosurg 2006; 103: 974-981.**

Conocida la importancia del tratamiento del vasoespasmismo con las tres H, (hipertensión, hipervolemia e hiperdilución), estos autores hacen una aplicación variable de cada H al tratamiento del vasoespasmismo producido por la hemorragia subaracnoidea, con mayor énfasis en la hipervolemia. La hipervolemia da lugar a frecuentes complicaciones y no se ha observado ninguna ventaja en la inducción de hipervolemia en pacientes con normovolemia. Los mejores resultados los obtienen en pacientes normovolémicos, tratados con una moderada hemodilución y prudente hipertensión.

**Prospective evaluation of ICG (indocianina green) videoangiography. Raabe, A., et al. J. Neurosurg 2005; 962-989.**

Este colorante se ha utilizado en la angiografía de la retina. El microscopio quirúrgico va dotado de un emisor de rayos infrarrojos que detectan la presencia del colorante, cuya permanencia en el organismo es corta, de apenas unos cinco minutos. Esto supone una gran ventaja a la hora de colocar el clip en la cirugía de los aneurismas y evita la engorrosa utilización de un angiógrafo digital en el quirófano.

**Coil occlusion of basilar aneurysm tip aneurysms. Henkes, H., et al. J. Neurosurg 2005; 103: 990-999.**

El estudio se basa en 316 pacientes tratados por vía endovascular, entre 1992 y 2005. Dado que el periodo es de trece años, en los cuales se han producido bastantes innovaciones en los dispositivos de introducción de "coils" y otras sustancias en el saco del aneurisma, los resultados son provisionales. Pese a los buenos resultados, aún se puede mejorar el pronóstico en relación con el riesgo de rehemorragia por replección incompleta y por la vigilancia postoperatoria con angiografía, así como en el tratamiento de los aneurismas de cuello ancho o de los fusiformes.

## Tumores

**Surgery for parietal lobe gliomas. Russell, S.J., et al. J. Neurosurg 2005; 103: 1010-1017.**

Después de la cirugía puede haber mejoría de algunos síntomas y también empeoramiento. El síndrome de Gerstmann es secundario a los tumores del hemisferio dominante, especialmente aquellos de tamaño grande, mientras que los cuadros de negación o de extinción sensorial se adscriben a los tumores del hemisferio no dominante. El déficit de campos visuales aparece en tumores de cualquier hemisferio, sin tener en cuenta la dominancia.

**Histological pseudocapsule in pituitary tumors. Oldfield, E.H., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 7-19.**

Se ha observado la formación de una cápsula de reticulina en pequeños microadenomas, sobre todo en los productores de ACTH, ya que estos se manifiestan precozmente por su clínica. Los autores propugnan que el reconocimiento de esta pseudocápsula facilita su exéresis quirúrgica, en especial cuando son pequeños tumores, inmersos en el parénquima de la hipófisis y también en aquéllos que invaden la duramadre de la silla turca.

**Falcotentorial meningioma. Goto, T., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 47-53.**

Se trata de una casuística relativamente pequeña, (14 casos) de tumores que nacen del borde del falx y del tentorio. Clasifican los tumores en superiores e inferiores, según su relación con la vena de Galeno; otros datos importantes para el pronóstico son la oclusión de dicha vena y del seno recto, así como el tamaño del tumor y la presencia de la capa aracnoidea que separa el tumor de las estructuras vasculares, especialmente de las venas. Excepto en

los meningiomas claramente inferiores, que debe operarse por vía supracerebelosa, recomiendan la vía occipital-transtentorial, que ha sido su vía de abordaje en todos los casos. Sugieren hacer una resección subtotal si se encuentran dificultades para extirpar la parte del tumor unida a las venas.

**Bromocriptine treatment of invasive giant prolactinomas. Bao Wu, Z., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 54-61.**

Se revisan las historias de 20 pacientes con tumores hipofisarios, con un diámetro mayor de 4 cm., con invasión clara del seno cavernoso, con signos clínicos de compresión opto-hipofisaria y con una cifra de PRL superior a los 200 ng/ml. De los 20 pacientes, seis se habían operado previamente y once recibieron radioterapia complementaria. Con el tratamiento de bromocriptina observaron una espectacular disminución del tamaño del tumor, con reducción de la cifra de PRL. Cuando hay una pequeña zona residual, recomiendan radiocirugía. En tumores que han desaparecido prácticamente, pero que mantienen una cifra de PRL elevada, no suspenden el tratamiento médico, porque sospechan que hay invasión de estructuras vecinas. La porción más resistente a la desaparición es la que ocupa el seno cavernoso.

Consideran claros candidatos para cirugía los pacientes con: tumor resistente a la bromocriptina, apoplejía hipofisaria y aparición de una fistula de l.c.r. La dosis de bromocriptina fue de 2'5 mg por la noche durante dos semanas. Al cabo de este tiempo se subió a tres tomas diarias de 2'5 mg, que fue la dosis estable.

**Dysembryoplastic neuroepithelial tumors. (Long-term seizure outcome). Huat Chan, Ch., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 62-69.**

Estos procesos, considerados como tumores glio-neuronales, pueden tener una parte cortical displásica. Su denominador común clínico es la aparición de crisis epilépticas de tipo parcial complejo en niños. La resección completa da lugar a la curación de las crisis epilépticas, curación que puede considerarse como definitiva al cabo de tres años de normalidad clínica. La resección parcial puede ser la causa de la persistencia de las crisis, por lo cual debe considerarse la reintervención.

## Traumatismos

**Tissue plasminogen activator as a predictor of chronic subdural hematomas. Katano, H., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 79-84.**

Es obvio que hay que hacer alguna salvedad al encajar el hematoma subdural en el apartado de los traumatismos, puesto que en algunos no se encuentra antecedente traumático. La técnica quirúrgica suele ser similar y consiste en el drenaje del hematoma, con lavado de la cavidad o simple drenaje temporal durante 1-3 días. Las recaídas oscilan entre el 7 y el 18%. Por esta razón, conviene conocer los factores que influyen en su recurrencia.

Entre las causas más probables se encuentra la actividad fibrinolítica del coágulo. Otro factor de atención más reciente es el factor de crecimiento del endotelio vascular.

Los autores recogen muestras del suero y del contenido del hematoma para determinar el activador tisular del plasminógeno y han observado que una cifra alta del activador del plasminógeno indica una mayor probabilidad de recurrencia, por lo cual aconsejan que estos pacientes sean vigilados con TAC de forma periódica.

**Cerebral hemodynamics in decompressive craniectomy. Bor-Seng-Shu, E., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 93-100.**

Estudian con Doppler la velocidad del flujo sanguíneo en 19 pacientes sometidos a craniectomía descompresiva, con expansión dural. Observan un aumento de la velocidad de circulación, tanto en el lado en que se ha hecho la descompresión como en el contralateral. El índice de la amplitud del pulso disminuye, lo que parece indicar una disminución de la PIC. La recogida del mayor número de datos en los pacientes sometidos a este tratamiento contribuye a dilucidar qué casos pueden beneficiarse de la descompresión y cuáles son sometidos a un acto fútil.

## Infecciones

**Analysis of CSF in drainage-related bacterial meningitis. Schade, R.P., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 101-108.**

El análisis rutinario del l.c.r. en lo que a la bioquímica y citología del mismo no parece tener mucho sentido en los primeros días. Los autores sugieren hacer un análisis con cultivo dos veces en la primera semana de drenaje y luego hacer un análisis todos los días, hasta la extracción del catéter.

## Técnicas quirúrgicas

**Custom-tailored transdural anterior petrosectomy. Steiger, H.J., et al. J. Neurosurg 2006; 104: 38-46.**

El abordaje quirúrgico a la región petro-clival sigue siendo un reto quirúrgico en el tratamiento de tumores y de aneurismas de esta región. Para evitar la retracción del tronco y la lesión de los vasos y de los nervios de la zona se puede optar por distintas vías de acceso. La vía retrosigmoidea es el abordaje clásico, pero exige el desplazamiento lateral del cerebelo y del tronco. El acceso extradural y fresado de la punta del peñasco, que permite una buena visión de la parte posterior del clivus, no está exenta de riesgos, sobre todo de la lesión del nervio petroso superficial mayor, (con probable parálisis facial), y de la vena de Labbé, además de la dificultad de un cierre hermético de la duramadre, con el peligro de una fistula de l.c.r. La vía transcoclear significa una sordera ipsilateral y una probable paresia facial, por la manipulación de este nervio. Las ventajas y riesgos forman parte de la decisión que debe tomar el neurocirujano, teniendo en cuenta la localización del proceso y su experiencia.

**Pediatría. J. Neurosurg. Diciembre 2005****Endoscopic third ventriculostomy alone and combined with choroid plexus cauterization. Warf, B.C.**

La carencia de medios obliga a este neurocirujano de Uganda a intentar el medio más económico para resolver el problema de la hidrocefalia infantil. La casuística es numerosa, (710 niños), y observa que si se asocia la coagulación de los plexos a la ventriculostomía los resultados son mejores. Merece un recuerdo la experiencia de los neurocirujanos sevillanos en la coagulación de los plexos coroideos en la hidrocefalia.

**Long-term results of gamma-knife surgery for the treatment of craniopharyngioma. Kobayashi, T., et al.**

Su estudio se basa en 107 pacientes con craneofaringiomas tratados en una Unidad Gamma. Reconocen que el tratamiento ideal es la exéresis quirúrgica, pero recuerdan los riesgos derivados de su relación con las vías ópticas y del sistema hipotálamo-hipofisario. Concluyen que el tratamiento es efectivo bien como complemento en los casos en que quede una porción residual o bien cuando hay una recurrencia. Pese a los escasos efectos colaterales, reconocen que hay que buscar otras estrategias para el tratamiento ideal de estos procesos.

**Prognostic factors in childhood meningiomas. Rushing, E.J., et al.**

Su presentación es rara, en relación con los adultos, su preferencia por sitios origen es distinta (ventrículos y fosa posterior) y su relación con la neurofibromatosis también es característica. Al hacer el agrupamiento histopatológico siguen los criterios de la WHO para los meningiomas de los adultos. Subrayan la aparición de meningiomas en relación con la radioterapia (leucemia, meduloblastomas), con un periodo de latencia de unos 8 años. Pese a que toma como base la naturaleza anatomopatológica reconocen que el pronóstico es incierto, con ejemplos de meningiomas "benignos", que luego recurren y producen metástasis. Lo inverso también ocurre: tumores con aspecto histológico "maligno" que tienen largas supervivencias. A pesar de esta incertidumbre, recomiendan se preste una atención especial a niños que hayan sido sometidos a radioterapia o que presentan estigmas de neurofibromatosis.

**Valve malfunctions in the pediatric population. Mangano, F.T., et al.**

Las válvulas programables tienen más problemas, en lo que al mal funcionamiento se refiere, que las válvulas no programables. Por esta razón aconsejan que las válvulas programables se implanten en circunstancias muy concretas, tales como pseudotumor cerebral, ventrículos en hendidura y en casos de ventrículos muy grandes.

**Split cord malformations. Mahapatra, A.K., et al.**

Se relata su experiencia de 204 pacientes con diastema-

tomielia, la mayor serie de la literatura. El aumento de déficit neurológico aumenta con la edad, por lo cual aconsejan un tratamiento profiláctico. Las marcas cutáneas suelen ser un dato muy importante para el diagnóstico. Todos los pacientes con escoliosis congénita deben ser explorados con resonancia magnética. El anclaje, si existe, debe ser cortado en el acto quirúrgico, que debe ser bien planeado, teniendo en cuenta el tipo de malformación, es decir si hay dos médulas en un mismo saco dural o dos sacos duros distintos en el lugar de la malformación.

**Tissue expansion for delayed mielomeningocele closure. Mowatt, D.J., et al.**

Para cerrar grandes malformaciones y evitar rotaciones dérmicas de colgajos prefieren colocar expansores subcutáneos con antelación, para disponer de piel suficiente en el momento del cierre y evitar tensión de la piel.

**Pediatría. J. Neurosurg. Enero 2006****Dobbling grooving and shunt infection. Tulipan, N., et al.**

Se ha observado que un 30% de los guantes suelen romperse en intervenciones quirúrgicas de implantación de válvulas. El uso de guantes dobles disminuye el riesgo de infección. El trabajo tiene algún reparo de planteamiento, entre ellos la definición de la mera infección. No obstante, parece justificado prevenir el riesgo y, en todo caso, realizar un estudio prospectivo apropiado teniendo en cuenta la edad de los pacientes, lo cual supone un número muy considerable de pacientes para llegar a conclusiones estadísticas.

**Identification and management of intrathecal baclofen pump complications: a comparison of pediatric and adult patients. Vender, J.R., et al.**

Las complicaciones, menos frecuentes en los adultos, como cabría esperar, suelen afectar al catéter con rotura, desplazamiento, salida u obstrucción del mismo, a la presencia de infecciones, a pseudomeningoceles lumbares o a la formación de quistes abdominales. La prevención y el tratamiento de las complicaciones evitan que haya que retirar la bomba de infusión.

**Dural substitutes in the treatment of Chiari malformations. Danish, S.F., et al.**

La mayoría de los neurocirujanos abogan por el cierre del defecto dural, salvo que se pueda liberar la constricción del anillo con extirpación del mismo y algún corte longitudinal permita mejorar dicha constricción. El material ideal es el tejido del propio paciente, por ejemplo el periostio. En los niños puede ser difícil obtener periostio suficiente, por lo cual se ha utilizado algunas láminas para el cierre tales como "Duragen" o "Alloderm". La posibilidad de transmitir enfermedades contagiosas debe tenerse en cuenta, aunque las garantías ofrecidas por las firmas comerciales parecen fiables.

**Eosinophilic complications with antibiotic-impregnated catheters. Bell, R.S.**

Se trata de un solo caso que presentó un cuadro de meningitis con abundantes eosinófilos, de etiología no infecciosa, sino secundaria a la implantación de un sistema impregnado en antibióticos. En estos casos se aconseja sustituir la válvula y tratar el cuadro con esteroides.

**Recombinant activated factor VII in pediatric brain tumor surgery. Hartmann, M., et al.**

El control de la hemorragia en el lecho operatorio es más preocupante en el caso de los niños por su menor volumen sanguíneo. La utilización del activador recombinante del factor VII parece ser muy útil para la hemostasia en estos casos con difícil control por otros medios.

**Raquis**

**Primary spinal syringomyelia. Batzdorf, U. Spine. Dec. 2005**

Lairingomielia primaria es aquella que no se acompaña de ninguna anomalía en el foramen magno, aunque haya cierto parecido entre ambos procesos. En la enfermedad de Chiari hay una obstrucción a la circulación del l.c.r debido al descenso amigdalario. En lairingomielia primaria la obstrucción está en otros niveles y las causas pueden ser diversas. En ambos casos, hay un sector medular con una cavidad sometida a las pulsaciones del l.c.r. transmitidas de la pulsación arterial y de los movimientos respiratorios. La actitud lógica es liberar dicha obstrucción. Las causas principales son las cicatrices postraumáticas, postinfecciosas o en relación con un tumor o quiste aracnoideo. La resección de la causa es el procedimiento lógico: exéresis del tumor o liberación de la causa de la constricción medular. Esto último no siempre es posible si la aracnoiditis no es focal, por lo cual se recurre a la inserción de un catéter intracavitario con derivación al espacio subaracnoideo perimedular.

**Cervical spine facet joint kinematics. Stemper, B.D., et al.**

Con frecuencia, la atención médico-legal del "whiplash" o latigazo en traumatismos de alcance se centra en los discos. En ocasiones esto conduce a una intervención quirúrgica, con discectomía y fijación intersomática, sin un fundamento fisiopatológico. Los autores demuestran que las articulaciones apofisarias se ven sometidas a movimientos a desplazamientos articulares importantes, con distorsión de la membrana sinovial y ligamento capsular. El dolor experimental producido en dichas articulaciones es similar al descrito por los pacientes que han sufrido este tipo de traumatismo. El beneficio alcanzado en algún caso por la artrodesis anterior puede deberse a la inmovilización de uno de los espacios implicados.

**Varios**

**Resolution of syringomyelia after cervical injury. Cusick, J.,**

**et al.**

Es un caso clínico, coniringomielia cervical previa, que sufre una fractura-luxación cervical por lo cual se le opera, con tracción y fijación. Después de la operación mejora lairingomielia.

**Spinal gout, mimicking a spinal abscess. Beier, C.P., et al.**

Ante cuadros de causa incierta, sea inflamatoria o tumoral es aconsejable descartar algunos procesos metabólicos e infecciosos mediante análisis de sangre, ya que se puede eludir un procedimiento quirúrgico.

**Spinal pelvis reconstruction after total sacrectomy. Gallia, G.L., et al.**

Se trata de una nota de técnica quirúrgica de exéresis de un cordoma gigante del sacro, con exéresis total y reconstrucción posterior con varios instrumentos.

**Raquis. Enero 2006**

**Surgical treatment of idiopathic spinal cord herniation. Maira, G., et al.**

La hernia de la médula espinal idiopática es poco frecuente, aunque hace unos meses se publicó un trabajo del Hospital "12 de octubre" en "Neurocirugía". Es la consecuencia de un defecto de la duramadre en la región dorsal, a través del cual se hernia la médula espinal. Su manifestación clínica puede ser la de un síndrome de Brown-Sequard y la historia es muy tórpida, de varios años de evolución, con una evolución ocasional en forma de brotes. El dolor puede ser un componente del síndrome. La etiología es desconocida. El tratamiento es la oclusión del defecto dural, a veces por ambos lados de la duramadre, posterior y anterior. El estado neurológico preoperatorio influye en el pronóstico.

**Idiopathic spinal epidural lipomatosis. Ishikawa, Y., et al.**

El cuadro clínico de compresión por lipomatosis puede deberse al empleo abusivo de esteroides o a problemas endocrinológicos. En ocasiones se asocia a un cuadro de estenosis secundaria, que se suma a la compresión lipomatosa. Suele aparecer en la séptima década y su contribución al cuadro puede sospecharse a la vista de las imágenes de la RM. El tratamiento puede reducirse a una dieta hipocalórica estricta o a la descompresión quirúrgica.

M. Poza  
Murcia

\*\*\*\*\*

**Herniation secondary to critical postcraniotomy cerebrospinal fluid hypovolemia. Komotar et al. Neurosurgery. 57: 286-292, 2005.**

Este artículo trata sobre el síndrome de herniación cerebral que tiene lugar en un número significativo de pacientes sometidos a craneotomía como consecuencia de una situación de hipotensión grave de líquido cefalorraquídeo.

El estudio se realiza sobre 220 pacientes ingresados por hemorragia subaracnoidea en el Columbia University Medical Center entre abril de 2001 y enero de 2003. 137 pacientes fueron sometidos a craneotomía para clipaje de aneurisma con colocación de drenajes lumbares intraoperatorios en todos ellos. En el periodo postoperatorio, 11 pacientes experimentaron un deterioro agudo que cumplía los criterios empleados para definir el síndrome de herniación cerebral.

Según los autores, este síndrome tiene lugar con mayor frecuencia en los primeros 3 días del postoperatorio y se caracteriza clínicamente por una disminución del nivel de conciencia, anisocoria y posturas de descerebración o de decorticación, en ausencia de otras causas de herniación transtentorial descartadas previamente mediante TC craneal.

Los hallazgos diagnósticos descritos en el trabajo incluyen borramiento de las cisternas basales y alargamiento del tronco encefálico en el TC craneal, así como una rápida mejoría clínica tras la colocación del paciente en posición de Trendelenburg.

Los autores consideran que la herniación cerebral debería incluirse en el diagnóstico diferencial de situaciones de deterioro agudo postoperatorio tras craneotomías. Plantean una serie de criterios diagnósticos que ayudan a diferenciar el síndrome de herniación cerebral de otras complicaciones postoperatorias, así como a su rápido reconocimiento. **Se trata de una situación clínica fácilmente reversible mediante la colocación en posición de Trendelenburg.**

*J.M. Garbizu*