

Tratamiento quirúrgico de urgencia del paro respiratorio por enclavamiento de amígdalas: decompresión del bulbo raquídeo

Dres. E. PALMA,* R. J. RODRIGUEZ MARTINEZ, J. ARIAS,
A. PEREZ LAGRAVE,

Ptes. J. A. SONCINI, J. RODRIGUEZ y D. CHEGUHEN

Nota previa

Presentamos como nota previa un caso clínico que consideramos de gran interés, por tratarse de un paciente con una gran hipertensión craneana, por glioma maligno, que entró en paro respiratorio, por enclavamiento de amígdalas y compresión bulbar; habiendo fracasado todas las terapéuticas durante 6 horas y media de tratamiento intensivo, se logró finalmente superar el paro respiratorio y restablecer la respiración espontánea, mediante la decompresión quirúrgica del bulbo raquídeo.

Paciente G. A., Nº Reg. 72-10026, 61 años, que ingresó por grave hipertensión craneana, con afasia, hemiparesia y hemianopsia derechas. Su enfermedad había comenzado 6 meses antes con trastornos de carácter, indiferencia, disminución de memoria y somnolencia.

Hace 1 mes y medio se inició disartría, afasia de expresión, hemiparesia derecha, a predominancia facio-braquial, hemianopsia y cefalea intensa. Sus trastornos fueron progresivamente crecientes, estableciéndose afasia global, parálisis facial derecha de tipo central, plegia braquial y paresia crural derechas. Adelgazamiento de varios kilos. Pérdida de control de esfínteres. El examen neurológico mostró: paciente profundamente obnubilado; parálisis facial central, hemiparesia derecha, a predominancia braquial; exaltación generalizada de reflejos osteotendinosos, mayores a derecha, y en el miembro superior derecho; aumento de pasividad y extensividad de los miembros

derechos; ausencia de Meyer y signo de Babinsky a derecha; abolición de reflejos cutáneos abdominales y cremasterianos.

Fondo de ojo: no hay edema de papila. Ausencia de síndrome meníngeo.

Líquido cefalo raquídeo: albumorraquia 0 gr. 90; Pandey +; citología s/p. La arteriografía carotídea izquierda mostró: lesión expansiva frontoparietal izquierda, con descenso del ramillete silviano, desviación anterior de la arteria fronto polar y hernia límbica a derecha de la cerebral anterior izquierda, en A₂; además existía dilatación aneurismática de la arteria cervical anterior izquierda, en el comienzo de A₂.

Hecho el diagnóstico de lesión expansiva, frontoparietal cerebral izquierdo, se estableció la indicación operatoria. El paciente se agravó rápidamente y entró en coma antes de la operación (por la noche) y bruscamente a las 8.15 horas del día 20-XI-72 entró en paro respiratorio por encajamiento de amígdalas cerebelosas.

Se practicó respiración artificial manual de 8.15 a 8.30 horas procediéndose a intubar al paciente y realizando respiración artificial prolongada con oxígeno, completada con medicación antihipertensiva por vía intravenosa, estimulación respiratoria (vanidán 1/v, carbógeno, etc.), anelépticos i/v, etc., etc. Luego de 1 hora y media de tratamiento infructuoso y hallándose el paciente shockado, hipotenso y en gravísimo estado, se decidió operarlo como última tentativa terapéutica de salvación. Existiendo una grave hipertensión craneana a la vez que hernia cerebelosa occipital, con compresión bulbar, se estableció un abordaje quirúrgico que permitiera realizar en caso necesario el tratamiento de ambos procesos: la

* Jefe de Servicio.

Trabajo del Servicio de Neurología y Neurocirugía.
Hospital Maciel, Montevideo.

Presentado el 22 de noviembre de 1972.

hipertensión endocraneana, y la compresión lumbar.

Se efectuó una incisión del cuero cabelludo, longitudinal, mediana, desde la frente a la nuca, (3er. apófisis espinosa cervical). Se reclinó un gran scalp izquierdo de cuero cabelludo y se talló un gran colgajo ostoplastico frontoparieto temporal izquierdo; abierta la duramadre la gran hipertensión determinó prociencia herniaria del cerebro. La decompresión realizada no hizo variar la parálisis respiratoria. Se procedió entonces a efectuar una amplia lebotomía frontal izquierda con resección de un extenso glioma difuso (parcialmente quístico) de situación profunda y topografía frontoparietal inferior. La amplísima decompresión endocraneana no mejoró en absoluto la parálisis respiratoria, produciéndose por el contrario un gigantesco edema cerebral peroperatorio, que ocupó la zona de amplia exéresis e hizo hernia al exterior. Como último recurso se decidió efectuar la decompresión operatoria del bulbo raquídeo. Para ello se efectuó una incisión cervical mediana de los músculos de la nuca, se reseco la escama del occipital, se abrió ampliamente el orificio occipital, se reseco el arco del atlas y se incidió verticalmente la durambre, sin seccionar la aracnoides. Se obtuvo así una decompresión amplia del bulbo, que estaba comprimido por las amígdalas cerebelosas, y de la gran cisterna cerebelomedular (pero sin producir salida de líquido cefaloraquídeo). A pesar de estar en parálisis respiratoria desde hacía 6 horas y media el enfermo comenzó a recobrar la respiración espontánea. Se cerró la herida occipital y se cerró parcialmente el abordaje cerebral. El paciente salió chocado de la sala de operaciones, pero con respiración espontánea restablecida. A las 24 horas: se reabrió el abordaje cerebral y se efectuó la exéresis de la amplia

zona del hemiferio cerebral izquierdo, que se había necrosado, por acción del gran edema y de la hernia.

El paciente continuó con respiración espontánea durante 4 días y medio, no habiéndose podido lamentablemente recuperarlo del shock crónico establecido. Falleció el día 24-XI-72 a las 20 horas.

Esta observación indica que en el paro respiratorio por encajamiento cerebeloso y compresión bulbar, lo primero y fundamental que debiera realizarse es la decompresión quirúrgica del bulbo.

La decompresión cerebral, por sí sola, no actuaría en absoluto sobre la gravísima alteración funcional producida por la compresión del bulbo.

RESUMEN

Hipertensión endocraneana por glioma maligno, que determinó paro respiratorio por enclavamiento de amígdalas y compresión bulbar, tratado en urgencia mediante decompresión quirúrgica del bulbo raquídeo.

RÉSUMÉ

Hypertension de l'endocrâne due à un gliome malin, ayant déterminé un arrêt respiratoire par suite d'amygdales emboîtées et compression bulbaire. Traitement d'urgence consistant en une décompression chirurgicale du bulbe rachidien.

SUMMARY

A case of endocraneal hypertension due to maling glioma resulted in respiratory failure due to lobule tonsil nailing and bulbar compression. The patient received urgency treatment consisting of surgical decompression of spinal bulb.