



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ENCEFALOCELE OCCIPITAL Y RESULTADOS PERINATALES, A PRÓPOSITO DE UN CASO.

Vazquez Molina-Carmen del Rocío¹, Gordillo Gómez-Enrique Alejandro², Coello Coello-Delia Concepción³, Ruiz Than Luis Alberto⁴.

Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia¹, Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia², Neonatóloga del Departamento de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales³, Neurocirujano⁴. Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

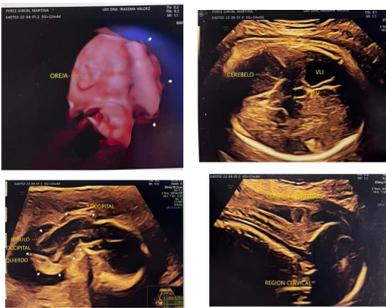
INTRODUCCION

Un tercio de las malformaciones del sistema nervioso central son diagnosticadas en la etapa prenatal. Durante el período embrionario pueden ocurrir defectos en el desarrollo del cráneo y el cerebro, que en los casos muy graves no son compatibles con la vida.² El encefalocele suele ser un tipo congénito de defecto del tubo neural (NTD), en el que se forma un saco que contiene cerebro/meninges/líquido cefalorraquídeo (LCR) fuera del cráneo a través de un defecto óseo. En ocasiones, los encefaloceles adquiridos pueden deberse a traumatismos, tumores o lesiones iatrogénicas. Si el saco está formado por la protrusión de las meninges y el LCR, se denomina meningocele, pero se denomina encefalocele cuando contiene tejido cerebral. Sin embargo, ambos se denominan comúnmente encefaloceles. La reparación del encefalocele no es una emergencia, y solo aquellos con ulceración de la piel o fugas de LCR necesitan una cirugía rápida para evitar la meningitis.⁴

CASO CLINICO

Se presenta el caso clínico de una mujer embarazada de 36 años de edad, con antecedente obstétrico de 6 gestaciones, 5 partos. En su cuarto embarazo presentó muerte neonatal por patología cardíaca y pulmonar. En el embarazo actual acude a las 32.2 semanas de gestación por fecha de última menstruación con diagnóstico de encefalocele occipital y recién diagnóstico de colestasis intrahepática; teniendo en cuenta la edad y los antecedentes se clasifica como riesgo genético incrementado.

Ecografía 1. Embarazo de 18 semanas de gestación con peso de 220 gramos, placenta corporal anterior con datos de encefalocele parietal probable malformación de BUDD- CHIARI asociada (en la región postero lateral del cráneo se advierte ausencia de hueso del cráneo con defecto a través del cual se protruye contenido cerebral en un saco de 2.2 X 1.4 cm, en la que se observa la presencia del ventrículo lateral y del plexo coroideo, condicionando alteración de la morfología cerebral a nivel de ganglios basales) no se observa cerebelo y la cisterna magna esta reducida de amplitud, FCF 152 latidos por minuto. líquido amniótico normal.



Ecografía 2. Embarazo de 35.1 semanas de gestación. Encefalocele occipital con protrusión de lóbulo occipital izquierdo, parcial del lóbulo parietal y ventrículo lateral ipsilateral que condiciona microcefalia, con asimetría de las estructuras intracraneales y desplazamiento izquierdo del cerebelo, existe dilatación del asta anterior del ventrículo lateral izquierdo, macroglosia, placenta corporal anterior grado II, ILA phelan de 8, Flujiometría de la arteria umbilical y cerebral media normal.



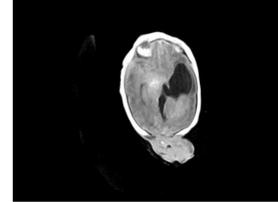
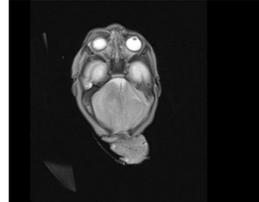
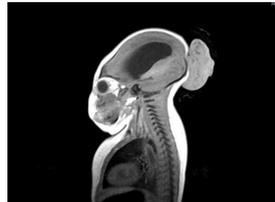
Se brindó asesoramiento multidisciplinario a la pareja quienes optaron por continuar con estado de gravidez. Realizando seguimiento del embarazo e interrupción a las 37 SDG por presentar colestasis intrahepática; Hallazgos: Recién nacido masculino con datos de encefalocele occipital, peso: 4.015 gramos, talla 47 cm, Apgar 6/8, Silverman Anderson 2 Capurro de 38 semanas de gestación, meconio ++.

Exploración Física del RN: masculino activo, buena coloración, fontanela anterior normotensa, la posterior con presencia masa encefálica con membranas integra, ojos simétricos, pupilas normorreflécticas, orejas con buena implantación de pabellón auricular, coanas y esófago permeable, labios y paladar íntegros, aleteo nasal y tiraje intercostal leve, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos aparentes, abdomen con peristalsis presente, sin visceromegalias, muñón umbilical normal, genitales masculinos con criptorquidia bilateral, ano permeable, Barlow y Ortolani negativo, extremidades íntegras, móviles, pulsos periféricos palpables, llenado capilar de 2 segundos.

ABORDAJE

Inicial:

Resonancia magnética de cráneo simple: encefalocele occipital, disgenesia del cuerpo calloso, sistema ventricular asimétrico con ventriculomegalia lateral izquierda asociado a edema transependimario, herniación de las amígdalas cerebelosas, tallo encefálico de aspecto adelgazado. cultivo de catéter positivo a staphylococcus epidermidis.



TRATAMIENTO

Valorado por neurocirugía quien decide resección quirúrgica de masa encefálica necrótica, llevado a cabo sin complicaciones, obteniendo masa encefálica necrótica de 5 x 4 cm.

Paciente postoperado por encefalocele occipital, se mantiene despierto, sin reporte de eventos convulsivos. Herida quirúrgica sin alteraciones, con adecuada cicatrización. Sin apoyo de oxígeno suplementario. Con adecuada tolerancia a la alimentación enteral con 70ml c/3hrs, Con uresis y excretas presentes. Paciente durante su estancia con evolución hacia la mejoría. Valorado por Neurocirugía quien indica egreso posterior a retiro de sutura. Al alta, cita a la consulta externa de seguimiento.



Figura 4. Paciente previo a cirugía.



Figura 5. masa encefálica necrótica de 5 * 4 cm.



Figura 4. Paciente posterior a cirugía.

DISCUSION

El encefalocele es una protrusión de contenido endocraneano a través de un defecto óseo del cráneo. Por sus localizaciones se clasifica en occipital, parietal, sincipital. La causa del defecto está dada por la separación temprana de la superficie del neuroectodermo en el desarrollo del embrión. Los encefaloceles occipitales son más frecuentes en fetos del sexo femenino que en los del masculino; en cambio, los parietales y sincipitales predominan en los varones. El desarrollo de los encefaloceles más graves tienen lugar antes del día 26 después de la concepción, momento en el que cierra el neuroporo.⁵ El encefalocele puede presentarse de forma aislada o asociado a otras anomalías del sistema nervioso central: hidrocefalia, mielomeningocele, ausencia del cuerpo calloso, displasia frontonasal y síndrome de bandas amnióticas; también se ha descrito en algunas cromosomopatías: trisomías 13, 18 y 20, deleción 13q, q21 al q24, monosomía X y duplicación q21. Entre los síndromes cromosómicos no asociados se encuentran: Apert, displasia craneotelencefálica, Meckel-Gruber, Walker-Warburg, embriopatía por Warfarina y displasia frontonasal.² El diagnóstico de encefalocele puede ser realizado antes del nacimiento mediante la ultrasonografía que constituye un método útil para la evaluación del sistema nervioso central del feto que permite un diagnóstico prenatal temprano de los defectos del tubo neural, contribuyendo de esta manera a determinar en forma precoz el pronóstico perinatal y la conducta correspondiente. En etapas tardías del embarazo su importancia radica en que permite al equipo perinatal planificar el parto en un centro que tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales, logrando de esta manera mejorar el pronóstico perinatal.³

El tratamiento del encefalocele es quirúrgico. Los objetivos son reparar el defecto óseo con un cierre hermético de la duramadre, eliminar el exceso de piel y extirpar el tejido cerebral no funcional.⁴

CONCLUSIONES

Este caso es de suma importancia ya que por medio del control prenatal de forma oportuna o en el primer trimestre nos permite diagnosticar malformaciones fetales las cuales ayudan a tomar decisiones y así de forma conjunta otorgar el abordaje multidisciplinario para brindar el mejor manejo perinatal y tratamiento; como es el caso en las nuevas tendencias de tecnología en neurocirugía para el abordaje de tratamiento fetal o neonatal, todo esto para el bienestar del binomio; así como manejo multidisciplinario perinatal; para tener así los mejores resultado para los pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Sadler Thomas W. Sistema esquelético: cráneo, extremidades, columna vertebral. En: Langman. Embriología médica. 15 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; Wolters Kluwer, 2019. p.495-550.
- 2.-Dra. Graciela Jardinez Paz, I MsC. Yanoris Sorribe Laborde II y Lic. Wilfredo Alejandro Fonseca Montejo. Ultrasonic diagnosis of the encephalocele. revisión 2013: 17/5:851.
- 3.-Juan José Peñaloza Valenzuela1,a, William Alexander Torrico Aponte2,a, Mario Luis Torrico Aponte3,b, Micaela Peñaloza Flores4,c. Neonatal Giant occipital encephalocele, a purpose of a case, Gac Med Bol 2011; 34 (2): 99-101.
- 4.-Alejandro J. Matos Cruz; Orlando De Jesús. Encephalocele. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. 13 Septiembre 2021 Tirumandas M, Sharma A, Gbenimacho I, Shoja MM, Tubbs RS, Oakes WJ, Loukas M. Nasal encephaloceles: a review of etiology, pathophysiology, clinical presentations, diagnosis, treatment, and complications. Childs Nerv Syst. 2013 May;29(5):739-44. [PubMed].
- 5.- Alfonso I. Lesiones focales del sistema nervioso central [citado 28 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.pediatricneuro.com/alfonso/esppg258.htm>.