

Signo del Monte Fuji

Raúl Carrillo-Esper* Sahira Salinas-Ruiz** Antonio Hernández-Rayón**

Recepción versión modificada: 26 de junio de 2000

aceptación: 5 de septiembre de 2000

Enferma de 51 años a la que se resecó meningioma petroclival derecho. En el posoperatorio presentó cefalea intensa, vómito en proyectil y deterioro rostrocaudal. Se practicó tomografía axial computada de cráneo (TAC), en la que se observó acúmulo de aire en región frontal, el cual ejercía efecto de masa, con compresión y acuminación de los lóbulos frontales, ensanchando el espacio interhemisférico, con edema perilesional y con la presencia de burbujas aéreas en las cisternas de la base. (Figura 1)

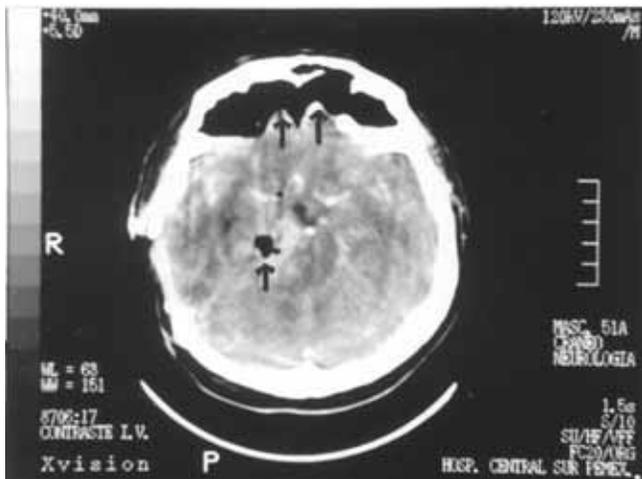


Figura 1: Tomografía axial computada de cráneo en donde se observa neumoencéfalo a tensión (flecha) con el signo del Monte Fuji.

Se realizó microtrepano evacuador frontal, obteniendo salida de aire a presión. Posterior a este procedimiento la enferma se recuperó ad integrum.

El neumoencéfalo es una complicación neuroquirúrgica que de acuerdo a la serie reportada tiene incidencia de 2.5 a 16%. Se ha descrito asociado a evacuación de hematomas subdurales, resección de tumores, cirugía de fosa posterior, colocación de válvula ventrículo peritoneal y trauma craneofacial. Cuando el contenido de aire del neumoencéfalo es menor de 20 ml cursa asintomático y se resuelve sin requerir de ningún procedimiento invasivo. Cuando éste es mayor y sobretodo cuando rebasa los 60 ml puede asociarse a cráneo hipertensivo, efecto de masa y requiere de drenaje quirúrgico.¹⁻³

El signo de Monte Fuji es un hallazgo tomográfico, relacionado a neumoencéfalo a tensión. La imagen que semeja el perfil del Monte Fuji, es secundaria al acúmulo de aire subdural en la región anterolateral de los lóbulos frontales, los cuales se separan y acuminan por el efecto de tracción de las venas puente que drenan al seno longitudinal superior y por la presión del aire que excede la tensión de superficie del líquido cefalorraquídeo entre los lóbulos frontales. El edema adyacente a la zona del colapso semeja la nieve.⁴⁻⁶

Habitualmente se asocia a la presencia de burbujas aéreas en las cisternas de la base. El paso de

*Jefe del Servicio de Medicina del Enfermo en Estado Crítico del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX. Profesor titular del curso de posgrado de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, UNAM.

** Residente de Medicina del Enfermo en estado Crítico.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Raúl Carrillo-Esper, Periférico Sur 4091, Col. Fuentes del Pedregal. Tlalpan, 14140 México, D.F. Tel. 56 45 16 84 (51155, 51557).

aire al espacio subaracnoideo es secundario al desgarro de la aracnoides por efecto de la presión que ejerce el aire acumulado.(Figura 2)

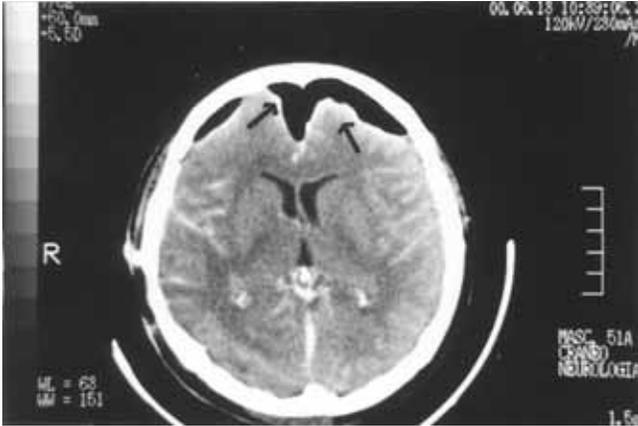


Figura 2: Tomografía axial computada de cráneo en donde se observa Neumoencéfalo a tensión, signo del Monte Fuji y burbujas aéreas en Cisternas de la base.(flecha)

Referencias

1. **Osborn AG, Daines JH, Wing SD.** Intracranial air in computerized tomography. *J Neurosurg* 1978;48:3;355-359.
2. **Bret P, Kzaiz M, Guyotat J.** Intracranial pneumocephalus under pressure. A possible cause of postoperative deterioration in neurosurgery. *Neurochirurgie* 1987;33:3; 209-215.
3. **Scherer R, Van Aken H, Lawin P.** Tension pneumocephalus. A frequently misconstrued complication following neurosurgical operations. *Neurochirurgia (Stuttg)* 1984;27:3;59-61.
4. **Ishiwata Y, Fujino H, Kubokura T.** Subdural tension pneumocephalus following surgery of chronic subdural. *No Shinkei Geka* 1987;15:4;419-424.
5. **Pop PM, Thompson JR.** Tension pneumocephalus. *J Comput Assist Tomogr* 1982;6:5;894-901.
6. **Yusuke I, Kazuhiko F.** Subdural tension pneumocephalus following surgery for chronic subdural hematoma. *J Neurosurg* 1988;68:58;661-663.