

Juan José	Nombre:
Delgado Moraleda	Apellido:
J Carreres-Polo, J Salvador-García, N Nersesyan, A Pérez-Girbés, YM Ochoa-Santiago	Otros Autores:
<a href="mailto:juandelgadomoraleda@gmail.com">juandelgadomoraleda@gmail.com</a>	E-mail:
Hospital La Fe	Hospital:
Valencia	Ciudad:
Craniectomía descompresiva: ¿siempre la mejor opción?	Título:
<p>Varón de 41 años traído a urgencias tras traumatismo occipital. Presenta disminución del nivel de conciencia, anisocoria y otorragia ipsilateral. Se realiza intubación traqueal y TC, observando hemorragia subdural y subaracnoidea, con desplazamiento de línea media por hernia subfalciana y un inicio de herniación uncal izquierda (1). Posteriormente se realiza craniectomía descompresiva, tras la que presenta mejoría clínica inicial. Aproximadamente un mes después tiene empeoramiento clínico. Se realiza nueva TC, observando reaparición de las herniaciones (2). Se diagnostica al paciente de síndrome del colgajo hundido y se repone el fragmento de craniectomía. El paciente experimenta mejoría (3).</p>	Presentación:
<p>El síndrome del colgajo hundido o síndrome del trépano (sinking skin flap syndrome o syndrome of the trephined) es una complicación que aparece en el 13% de los pacientes craniectomizados.</p> <p>Debido la presión prolongada ejercida por la atmósfera sobre el parénquima cerebral desprotegido por la craniectomía, se produce disminución en la circulación microarterial en la corteza cerebral y dificultad al drenaje venoso.</p> <p>Esto condiciona cambios metabólicos en las neuronas corticales de las regiones afectas, que resultan en disfunción cortical.</p> <p>Además, la presión atmosférica puede producir herniaciones cerebrales que también conllevan empeoramiento neurológico y riesgo vital.</p> <p>El tratamiento consiste en la reposición del fragmento.</p>	Discusión :
<p>Existen situaciones en que la resolución de una Urgencia puede desembocar, pese a establecer el tratamiento correcto, en la producción de otra.</p> <p>El Radiólogo debe conocer tanto el diagnóstico agudo como las posibles complicaciones que se pueden desencadenar.</p>	Conclusión:
<p>1. Claudia Lindner CO. Sinking Skin Flap Syndrome after Hemicraniectomy and Ventriculo-Peritoneal Shunt Overdrainage. Journal of Neurology &amp; Neurophysiology [Internet]. 2014 [cited 2014];06.</p> <p>2. Schorl M. Sinking skin flap syndrome (SSFS) - clinical spectrum and impact on rehabilitation. Central European neurosurgery [Internet]. 2009 May 25 [cited 2009 May 25];70:68–72.</p>	Bibliografía:

<p>3. Annan M, De Toffol B, Hommet C, Mondon K. Sinking skin flap syndrome (or Syndrome of the trephined): A review. British journal of neurosurgery [Internet]. 2015 Jun 27 [cited 2015 Jun 27];29:314–8.</p> <p>4. Jeyaraj P. Importance of Early Cranioplasty in Reversing the “Syndrome of the Trephine/Motor Trephine Syndrome/Sinking Skin Flap Syndrome”. Journal of maxillofacial and oral surgery [Internet]. 2015 Sep 12 [cited 2015 Sep 12];14:666–73.</p>	
<p>1.- Hemorragia subdural y subaracnoidea, con desplazamiento de línea medía por hernia subfalciana y un inicio de herniación uncal izquierda. 2.- Reparación de las herniaciones pese a craniectomía descompresiva y mejoría inicial. 3.- Mejoría de las herniaciones tras reposición del fragmento de craniectomía.</p>	<p>Pie de foto:</p>