

# Neumorraquis

Los términos 'neumorraquis', 'aerorraquia' y 'neumatosis espinal' hacen referencia a la presencia de aire en el interior del canal raquídeo. Habitualmente esta entidad se acompaña de neumomediastino, neumotórax o enfisema subcutáneo. Las infrecuentes referencias bibliográficas que mencionan la existencia de un neumorraquis se limitan a describir su aparición en sujetos aislados, por lo que es difícil extraer conclusiones acerca de su posible tratamiento.

La bibliografía indica que el pronóstico de un paciente con neumorraquis puede variar notablemente en función del mecanismo de creación de éste.

El neumorraquis subaracnoideo ocurre habitualmente por traumatismos directos o por exposición al aire de los nervios espinales en una cirugía extensa. Es el caso de toracotomías, toracoscopias, neumotórax traumáticos y traumatismos o intervenciones quirúrgicas de columna torácica, entre otros. Sin embargo, en determinadas ocasiones, el aire penetra en el espacio subaracnoideo cervical desde un neumocéfalo inicial.

El aire raramente penetra en el canal raquídeo. Cuando esto ocurre, puede alojarse en el espacio epidural, en cuyo caso habitualmente no se acompaña de neumocéfalo, o en el subaracnoideo, en el que sí puede hacerlo.

El neumorraquis epidural tiene lugar por dos mecanismos posibles: por medio de la introducción de aire atmosférico a través de una aguja espinal en una punción lumbar o durante la analgesia epidural, o bien por difusión del gas desde el mediastino posterior.

Por este motivo no sorprende comprobar la relación existente entre neumorraquis y neumomediastino; cualquier causa que incremente de forma violenta la presión intraalveolar (como en el caso de inhalación de drogas, crisis asmáticas y la ventilación con presión positiva) o que ocasione un cambio brusco del gradiente de presión alveolar transmural (como los vómitos y la maniobra de Valsalva) puede provocar la ruptura de los alvéolos con el consiguiente enfisema intersticial pulmonar. Seguidamente, el aire que entra en el intersticio pulmonar pasa al mediastino a través de fugas en las capas del árbol bronquiovascular.

Cuando el aire está presente en el mediastino, puede seguir el recorrido de los nervios intercostales y penetrar en el canal raquídeo, ya que no hay restricciones fasciales entre el mediastino posterior y el espacio epidural.

Típicamente, el aire accede a la porción posterior del espacio epidural debido a la relativamente baja resistencia del tejido conectivo en esa localización comparada con la parte anterior, más vascularizada.

El neumorraquis subaracnoideo ocurre habitualmente por traumatismos directos o por exposición al aire de los nervios espinales en una cirugía extensa.

Es el caso de toracotomías, toracoscopias, neumotórax traumáticos y traumatismos o intervenciones quirúrgicas de columna torácica, entre otros.

Sin embargo, en determinadas ocasiones, el aire penetra en el espacio subaracnoideo cervical desde un neumocéfalo inicial.

Es preciso habilitar herramientas útiles en el diagnóstico de un neumorraquis. En estos casos, la TC se

ha demostrado más rentable que la resonancia magnética, ya que puede esclarecer con mayor definición la localización anatómica exacta del gas y, por tanto, ayudar a clarificar el pronóstico y a establecer las medidas terapéuticas más adecuada.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**  
**ISSN 1988-2661**

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=neumorraquis>

Last update: **2025/05/04 00:03**

