



FENÓMENO DE KERNOHAN

Abelleira Bárbara G.; Raimondo Sofía M.; Ismail Alderete R. Eliseo; Licantica Fernando G.

Hospital Ángel Cruz Padilla

Tucumán - Argentina

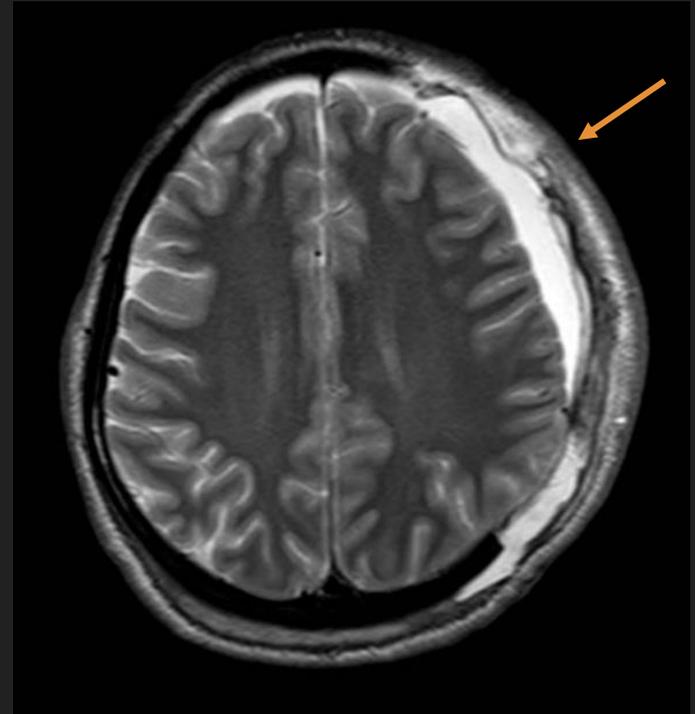
bgabelleira@gmail.com

Objetivo de aprendizaje

Revisar los hallazgos de este fenómeno en RM y conocer su importancia diagnóstica.

Revisión del tema

El fenómeno de Kernohan (FK) es un signo de falsa localización neurológica en pacientes con lesión ocupante de espacio supratentorial, más frecuentemente tras episodios de TEC.

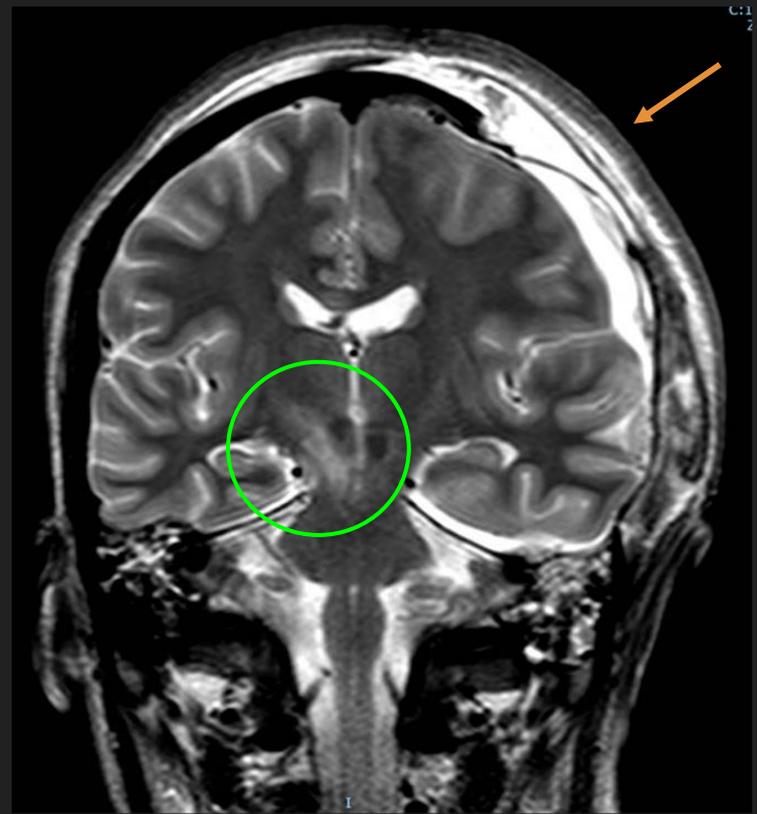


RM cerebral, corte axial, T2: craneotomía fronto-temporo-parietal izquierda, por debajo de la misma se observa hematoma subdural fronto-temporal.

Revisión del tema

La lesión supratentorial en expansión produce un efecto de masa que termina por herniar el lóbulo temporal a través del tentorio, lo que genera una compresión del pedúnculo cerebral homolateral que se manifiesta por un compromiso del tercer par craneal con dilatación pupilar homolateral a la lesión supratentorial.

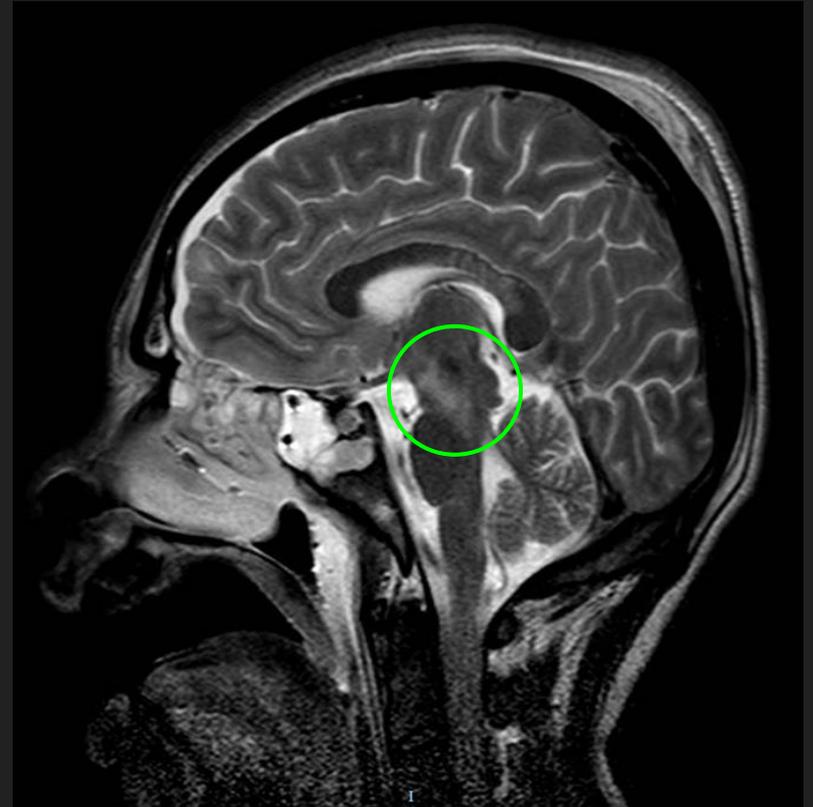
El pedúnculo contralateral es desplazado contra el borde del tentorio que resulta esculpiendo en él lo que se conoce como muesca de Kernohan.



RM cerebral, corte coronal, T2: craneotomía fronto-temporo-parietal izquierda, por debajo de la misma se observa hematoma subdural fronto-temporal (flecha naranja). Se visualiza hiperintensidad a nivel del pedúnculo cerebral derecho (círculo verde)

Revisión del tema

Con el tiempo, se altera la integridad de las fibras del tracto corticoespinal contralateral a la herniación y se produce el déficit motor homolateral a la lesión supratentorial, con un deterioro del nivel de conciencia.



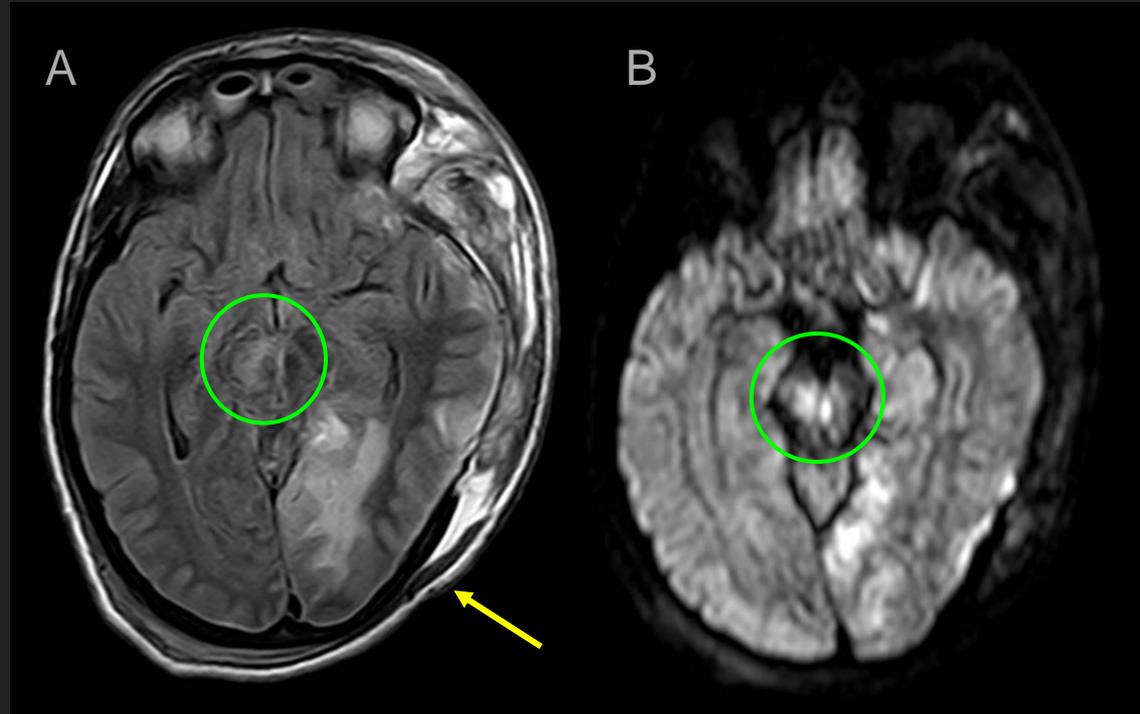
RM cerebral, corte sagital, T2: Se visualiza hiperintensidad en pedúnculo cerebral derecho (muesca de Kernohan) (círculo verde).

Revisión del tema

La RM se emplea para caracterizar el daño de la vía piramidal.

El protocolo debe incluir secuencias T1, T2/FLAIR, DWI y SWI.

Se observa una alteración de la señal peduncular, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2/FLAIR. En la difusión se observa una hiperintensidad focal con restricción del ADC.



A- RM cerebral, corte axial, FLAIR / B- RM cerebral, corte axial, DWI: hiperintensidad en territorio de la arteria cerebral posterior izquierda (flecha amarilla), que restringe en difusión (B). Se visualiza además hiperintensidad a nivel del pedúnculo cerebral derecho (círculo verde) con restricción a la difusión (muesca de Kernohan).

Conclusión

Todo paciente con lesión supratentorial ocupante de espacio y hemiparesia paradójica debe ser estudiado con RM para la demostración de la muesca de Kernohan y/o daño en la vía piramidal.

El FK es de presentación infrecuente, motivo por el cual la correlación clínico-imagenológica cumple un papel primordial, y el imagenólogo lo debe tener en cuenta en casos paradójicos de déficit motor homolateral a la lesión supratentorial, además de descartar otras causas que lo justifiquen, ya que con el tratamiento descompresivo, los pacientes presentan una notable mejoría clínica.

Bibliografía

- PARENTE, Alba Salgado, et al. FENÓMENO DE KERNOHAN: CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA Y HALLAZGOS EN IMAGEN. *Seram*, 2022, vol. 1, no 1.
- SHAHIN, M., et al. Fenómeno de Kernohan: que es? importancia de la RM en su diagnóstico.
- JUAN, David F.; INSIGNARES, Juan; ACEVEDO, J. Fenómeno de la escotadura de Kernohan: Revisión histórica y reporte de caso. *Neurociencias Journal*, 2017, vol. 24, no 1, p. 29-36.
- SUÁREZ, Gladys Mendoza; RAMÍREZ, Luis Torres; ORTIZ, Alejandro Rosell. Fenómeno de Kernohan-Woltman: Un caso de hematoma subdural agudo.