

# RESÚMENES DE TRABAJOS PRESENTADO A LAS JORNADAS DE NEUROLOGÍA XL ANIVERSARIO

## 1. PRESENTACIONES ORALES

### Complicación no traumática de quiste aracnoidal

E. Pelleriti, R. Vidal, E. Medina Sosa,  
y G. Nasisi,

**Introducción.** Los quistes aracnoideos (QA) son lesiones congénitas que se desarrollan en relación a los hemisferios cerebrales. Constituyen el 1% de las lesiones atraumáticas intracraneales siendo los más frecuentes los localizados en fosa temporal (50%).

Estos quistes son usualmente asintomáticos pero pueden provocar síntomas por hidrocefalia secundaria o en asociación a hemorragia intracística o del espacio subdural, generalmente asociados a un antecedente traumático.

**Método.** Se describe un caso clínico de ruptura espontánea de quiste aracnoidal de fosa temporal (QAFT), produciendo un higroma subdural. Se trata de un varón de 10 años sin antecedente traumático tratado por migraña durante 2 meses. Se realizan estudios de neuroimagen pre y postratamiento inmediato y a los 6 meses de evolución.

**Resultado.** Es intervenido quirúrgicamente realizando una craniectomía parietal con evacuación y drenaje continuo de la colección subdural por 48 hs., logrando la remisión clínica en 24 hs. e imagenológica al cabo de 6 meses.

**Discusión.** Destacamos la importancia de sospechar esta infrecuente complicación en pacientes portadores de un QA aún sin el antecedente traumático. Se discute la utilización de una técnica simple de tratamiento: la evacuación y drenaje vs la instalación de un shunt derivativo.

### Nuestra experiencia en técnicas de reanimación facial extracraneas

P. Ajler, D. Pavón, E. Vecchi, E. Busto,  
F. Knezevich y R. Tramontano

La parálisis facial postquirúrgica en procesos otoneurológicos es una eventualidad cada vez

menos frecuente, debido al desarrollo de las técnicas microquirúrgicas y del monitoreo intraoperatorio de la función VII par. No obstante es una complicación que aún se presenta.

Desde principios de siglo se han desarrollado numerosas variantes técnicas de anastomosis con nervios craneales, a fin de recuperar la función del nervio facial con la menor morbilidad asociada. Analizamos nuestra experiencia con diferentes técnicas de reanimación facial y sus ventajas y desventajas comparativas.

Hemos utilizado y describimos los detalles técnicos de:

- anastomosis hipogloso facial término-terminal;
- anastomosis hipogloso facial utilizando el ramo descendente del XII.
- anastomosis espino facial

### Abordaje de lesiones cerebrales pequeñas mediante la neuronavegación

D. Pavón, P. Ajler, E. Vecchi,  
F. Knezevich y R. Tramontano

En el abordaje de lesiones cerebrales pequeñas, en especial en áreas elocuentes y profundas, es fundamental la preservación del parénquima circundante.

El aporte de los sistemas de neuronavegación ha sido de gran utilidad.

Se presentan 7 casos de lesiones pequeñas:

- 1 malformación arteriovenosa en área elocuente;
- 2 cavernomas;
- 2 metástasis de melanomas;
- 1 metástasis de méduloblastoma;
- 1 tumor primitivo.

El uso de la neuronavegación permitió:

- incisiones pequeñas;
- craneotomías mínimas centradas;
- abordaje directo de las lesiones y control de los límites de la misma;
- reducción del tiempo de internación;
- mínima morbilidad asociada.

### Fístulas arteriovenosas durales espinales

D. Pavón, E. Vecchi, P. Ajler,  
R. García Mónaco, F. Knezevich, R. Tramontano

**Introducción.** Las malformaciones arteriovenosas espinales representan el 4% de los tumores espinales.

Se clasifican en cuatro tipos. Las tipo I son conocidas como fistulas durales y son la forma más frecuente.

Se presentan con un cuadro de mielopatía progresiva y excepcionalmente en forma aguda (síndrome de Foix-Alajouanine).

El conocimiento en años recientes de la fisiopatología y anatomía de la fistula dural, permite realizar un tratamiento quirúrgico racional y mejorar los resultados terapéuticos.

**Desarrollo.** Presentamos nuestra experiencia en tres casos tratados en forma combinada, mediante técnicas de angiografía superselectiva, tratamientos endovasculares y microquirúrgicos.

**Conclusiones.** El tratamiento microquirúrgico apropiado con escisión del nido fistuloso en la duramadre de la raíz posterior es el tratamiento de elección.

### Tratamiento quirúrgico en la siringomielia y el síndrome de Arnold-Chiari. Resultados y revisión de la fisiopatología

J. Vivé, M. Jaikin, P. Pico y H. Dillon

El tratamiento quirúrgico en la siringomielia y el síndrome de Arnold-Chiari incluye a numerosas y diversas opciones fundamentadas en las diferentes teorías propuestas para explicar la progresión de los hallazgos patológicos. Sin embargo, dado lo controversial de las mismas y la falta de correlación de los fenómenos clínicos observables en la evolución de estos pacientes, hemos descripto y comparado con otras series los resultados obtenidos en veinte pacientes, adultos y pediátricos operados en la División de Neurocirugía del Hospital Ricardo Gutiérrez y el equipo Neuroquirúrgico de Alta Complejidad (ENAC).

Complementariamente a lo clínico quirúrgico hemos observado también preparados anatómicos correspondientes a embriones humanos en diferentes etapas del desarrollo y a modelos animales y comparado los hallazgos con los descriptos en otras series similares. Las técnicas quirúrgicas utilizadas incluyeron: derivaciones ventrículo peritoneales, craniectomías descompresivas de fosa

posterior, derivaciones siringocisternales y/o aracnoidales. Los protocolos utilizados en la observación de modelos anatómicos incluyeron cortes anatómohistológicos con tinciones específicas tanto en embriones humanos como en ratas en las cuales se efectuaron inyecciones vasculares/ependimarias con tinta china.

Las observaciones obtenidas encuentran similitudes en los resultados quirúrgicos de otras series y diferencias en la progresión clínica previa como posterior a las intervenciones. Lo constatado en las observaciones anatómicas aportan una lectura diferente de lo consignado por otros autores.

### Epilepsia del lóbulo temporal en adultos. Tratamiento quirúrgico

H. Pomata, C. Petre, C. Ciruolo,  
A. Rabinowicz, S. Stelles, C. D'Giano,  
C. Medina, H. Waisburg, G. Sevlever, A. Taratuto

Se presentan 36 pacientes: 25 varones y 11 mujeres. Edad: X = 30,02 años (21-53). Evolución de la epilepsia: X = 18,22 años (1 y 44). **Clínica:** CPC: 36, con generalización secundaria en 3 y CPS en 1. **Estudios neurofisiológicos:** videotelemetría: 35/36. En 32/36 hubo adecuado correlato clínico-EEG-imágenes. Test de Wada: 35/36. Cirugías en 2 tiempos: 4 pacientes (electrodos profundos en 3 y subdurales en 1). EcoG intra-op en 8/36. **Anatomía patológica.** EMT, 26 y de cada uno de los siguientes: ganglioglioma, DNT, MAV, cavernoma, displasia mesial y s/patología aún y 4 gliosis. **Procedimientos quirúrgicos:** LATS 30 (en 3 + transección subpial múltiple), resección anteromesial (Spencer) 4, amígdalo hipocampectomía 1, corticectomía 1. **Complicaciones:** 5 hemiparesias, recuperadas a los 3 meses, excepto 1. Disnomias transitorias. **Secuelas:** cuadrantopsias homónimas superiores (69%). Una leve paresia distal en miembro inferior derecho. **Resultados:** Clase I (83,3%) y II (26,7%) de Engel (seguimiento mayor de 12 meses); uno falleció (suicidio) y sin clasificar aún, 5 pacientes. Se mostrarán imágenes pre y postoperatorias (IRM) relacionando la técnica utilizada y los resultados.

**Conclusiones. a)** Experimentaron franca mejoría en su conducta 28/30. Aplicando los conceptos de Engel, la cirugía "valió la pena" ya que todos están en clases I y II. **b)** La L.A.T.S. fue el procedimiento de elección: 1. Es convicción de los autores que los procedimientos de resección más selectivos tienen un menor índice de efectividad.

2. el constante perfeccionamiento de la RM hace cada vez más notoria la existencia de doble patología en el mismo lóbulo temporal (esclerosis mesial + patología neocortical). Es obvio que las resecciones selectivas no tratan esta eventualidad hasta ahora subdiagnosticada en nuestro medio.

**c)** El desarrollo de la neuroimagen y la videotelemedría no invalidó, sin embargo, la necesidad de utilizar electrodos intracraneanos para el diagnóstico de lateralidad y/o de epilepsia temporal vs. frontal.

### Mielopatía cervical: tratamiento quirúrgico por vía posterior

J. Lambre, W. Isasi, M. Platas y N. Fiore.

Una de las complicaciones más serias de la espondiloartrosis cervical es la mielopatía. Las técnicas quirúrgicas buscan restablecer el diámetro del conducto raquídeo por vía anterior o por vía posterior. Los abordajes posteriores pueden ser laminectomías o laminoplastias, de las que se describen tres tipos: Zetaplastia (Hattori), apertura lateral (Hiraboshihayi) y apertura central (Iwasaki).

**Objetivo:** analizar los resultados obtenidos con laminoplastia con apertura lateral.

**Material y métodos.** La serie incluye 28 pacientes operados entre los años 1986 y 1997. Once del sexo femenino y diecisiete del masculino. La edad promedio de 64.6 años.

Se discute cuadro clínico, técnica y resultados de esta serie quirúrgica.

El seguimiento promedio fue de 38.6 meses.

### Malformaciones vasculares espinales. Clasificación, patogenia y terapéutica

C. Gioino, E. Benitez, J.C. Viano,  
J. Suárez y G. Gioino.

**Introducción.** Las malformaciones vasculares espinales tienen una incidencia baja. A pesar de ello el advenimiento de las técnicas endovasculares ha permitido un mejor entendimiento de la fisiopatogenia, presentación clínica, historia natural y pronóstico de estas malformaciones. Los grandes aportes de la escuela francesa (Djindjan-Merland-Casasco) en los años 80 hicieron posible una clasificación que facilita el manejo de estas lesiones.

**Objetivos.** Poder entender cada vez más la historia natural y pronóstico de estas lesiones para poder determinar el mejor tratamiento. Cada una

de ellos tiene una patogenia distinta por lo tanto su abordaje terapéutico también es distinto.

Se ejemplifican tres distintos tipos de malformaciones vasculares espinales mediante la presentación de tres (3) casos diagnosticados y tratados en nuestro instituto.

**Material y método.** Tres pacientes fueron remitidos a nuestro instituto con diagnóstico de malformación espinal. Se utilizó la Clasificación de Djindjan-Merland para identificar la angioarquitectura de cada lesión.

**Caso 1:** Mujer de 31 años con paraparesia de instalación brusca con nuchalgia. Antecedentes de haber sufrido previamente nuchalgias. IRM de región cervicodorsal con signos de sangrado e imagen compatible con MAV. intramedular cervical que se confirma por angiografía medular.

**Caso 2:** Joven varón de 11 años con monoparesia crural izquierda con IRM que muestra aparente malformación vascular espinal. La angiografía medular confirma una fistula arteriovenosa perimedular cervical tipo III multipediculada de alto flujo y con drenaje venoso ascendente y descendente.

**Caso 3:** Hombre de 45 años con paraparesia progresiva de larga evolución asociada a síndrome de cono medular por lo cual se realiza IRM espinal con imagen de edema centromedular vs. isquemia. Angiografía medular que muestra fistula arteriovenosa meníngea o dural espinal con drenaje venoso perimedular ascendente.

Todos los casos fueron embolizados menos la FAV dural a drenaje venoso perimedular que fue tapada quirúrgicamente.

**Resultados.** En los tres casos se decidió algún tipo de tratamiento ya que la historia natural de todas estas lesiones conlleva un alto riesgo de déficit neurológico permanente a pesar de poseer distintas patogenias. En cada caso se utilizó distinto abordaje terapéutico endovascular con diferentes arsenales en cuanto a materiales de embolización y el último caso se decidió la intervención microquirúrgica.

No hubo déficit neurológico mayores a los ya existentes a los pre tratamiento en ningún paciente. En dos casos se consiguió la curación y en el caso de la MAV intramedular embolizada con partículas se cambió la hemodinamia y la historia natural de la enfermedad.

**Conclusión.** La baja incidencia de este tipo de lesiones no nos permite presentar una mayor experiencia pero las enseñanzas de la Escuela Francesa en el manejo de este tipo de patología nos permitió tomar actitudes terapéuticas distintas en cada caso particular logrando la curación sin déficit en dos de los casos mientras que en otro

solo cambiar, al menos transitoriamente, la historia natural de la enfermedad.

La neurocirugía endovascular es el tratamiento de elección en MAV intramedulares y FAV perimedulares, mientras que el tratamiento quirúrgico fundamentalmente se utiliza en las FAV durales espinales a drenaje perimedular o en FAV perimedulares de localización posterior.

### **Fracturas toracolumbares: nueva clasificación. Protocolos.**

G. Figallo y R. Saisi.

**Historia.** Las fracturas torácicas y toracolumbares son patologías frecuentes en todo centro de columnas del mundo, siendo éstas una entidad que hasta hace 3 décadas eran consideradas intocables, son desde el advenimiento de los avances neuroquirúrgicos y ortopédicos un desafío para todos los centros, para devolver al paciente a una vida laboral, social y familiar activa. Son muchos los autores que se han abocado al estudio biodinámico y terapéutico de la columna dorsolumbar desde Holdsworth, pasando por Robers, Denis, Panjabi llegando a últimos días con Gertzbein en 1995 y últimamente en Miami 1999 en donde se estableció un mecanismo de fractura y su manera de tratarlo, empezando a clarificar las viejas antinomias de que si es mejor una vía anterior o posterior.

**Objetivo.** El motivo de la presentación de este trabajo es la de exponer una metodología de trabajo para las fracturas toracolumbares el algoritmo de estudio, el protocolo terapéutico adaptado a la nueva clasificación y el follow up.

**Material y métodos.** Para la realización de este trabajo se realiza una comparación entre la serie presentada por Gertzbein de 1445 casos y la propia de 102 en un periodo de 10 años, como sintéticamente las fracturas que ahora deben ser consideradas dentro de 3 grupos: 1) fracturas por compresión. 2) fracturas por distracción. 3) fracturas por rotación; cuales son las que se presentan con más asiduidad, las que presentan mayor deterioro neurológico e inestabilidad y por cual vía quirúrgica deberíamos optar (anterior, posterior o combinada).

**Conclusión.** Este trabajo apunta a estandarizar los protocolos terapéuticos.

### **Indicaciones de la fusión intervertebral lumbar**

G. Figallo y S. Quilici

**Introducción.** La patología discal lumbar ya sea

por herniaciones o degeneración son causa de lumbalgias y/o ciáticas en la población entre 20 y 65 años quizás más frecuente y de posible tratamiento quirúrgico. El disco intervertebral es esencial como centro del movimiento de la columna y como receptor, amortiguador y transmisor del peso corporal, magnificándose su función a nivel lumbar. Considerando en el disco la placa cartilaginosa, el núcleo pulposo y el anillo fibroso y que producto de los años o traumatismos, dicho núcleo pulposo pierde su capacidad de amortiguar transmitiéndose el anillo fibroso que tiende a efraccionarse y condicionar extrusiones del núcleo, o bien degenerarse, deshidratarse y artrodearse con la posibilidad de estenosis foraminales o de conducto.

Ralph Cloward desarrolla en 1940 esta técnica llamada PLIF -posterior lumbar interbody fusion- la que cayó en desuso por muchas décadas, retornando en la actualidad para algunas indicaciones específicas.

**Objetivos.** El motivo de la realización de este trabajo es la de exponer nuestra experiencia en esta técnica para la cirugía discal lumbar y su seguimiento.

**Material y métodos.** Para este trabajo se seleccionan 16 pacientes intervenidos quirúrgicamente en los dos últimos años, siendo éstos 10 varones y 6 mujeres con una vida media de 43,5 años, con patologías en III-IV y V espacio únicas o múltiples, uni y bilaterales, 5 de ellos intervenidos previamente. Se constataron prequirúrgicamente colapso de espacio, foraminopatías groseras, microinestabilidades, espíndilolistesis. Se permitió una descompresión, distracción, alineación y estabilización del segmento móvil, utilizando pequeños cilindros roscados de titanio o cage en interespacio.

**Conclusión.** Este trabajo apunta a demostrar una técnica alternativa para cierta patología discal, sus indicaciones, sus contraindicaciones y las perspectivas futuras.

### **Tratamiento combinado endovascular y microquirúrgico de angiomas cerebrales de alto grado**

J.C. Chiaradio, A. March,  
G. Kohan y C. Rica

El tratamiento de los angiomas cerebrales es conveniente que sea realizado por un equipo interdisciplinario donde convergen neurocirujanos con experiencia en cirugía vascular y terapistas endovasculares, con una infraestructura acorde con el gran desafío terapéutico que esta grave patología implica.

Traemos en este trabajo la experiencia lograda por este equipo interdisciplinario en la asistencia de 35 pacientes portadores de angiomas cerebrales, 7 de los cuales efectuaron solo consultas o procedimientos paliativos de embolización. Los 26 pacientes restantes portadores de angiomas cerebrales de alto grado (III, IV de la clasificación de Spetzler) fueron tratados con procedimientos combinados.

En ellos se efectuaron procedimientos de embolización preoperatorios y posteriormente fueron intervenidos quirúrgicamente y resecaos. La resección fue monitoreada en tiempo real con angiografía digital intraoperatoria.

Se resecaron en forma completa 24 de los 26 angiomas tratados.

La mortalidad de la serie fue del 4% y secuelas se presentaron en el 17% de los pacientes, 10% de secuela significativa aunque todas mostraron buena recuperación en los 4 a 6 meses que siguen a la cirugía.

Coincidiendo con los principales autores del mundo pensamos que los procedimientos de embolización aislados no son curativos, no evitan el riesgo de sangrado y debieran ser procedimientos de excepción.

#### **Shunt intraluminal en la reconstrucción vascular de vasos de pequeño calibre**

J.C. Chiaradio, Ma.P. Chiaradio,  
A. Otero y C. M. Rica

La cirugía neurovascular tiene hoy un amplio desarrollo pudiendo solucionarse casos que anteriormente se presentaban como de muy difícil resolución.

Durante estos procedimientos, utilizados para el clipado de un aneurisma o la realización de un by pass, es necesario interrumpir el flujo sanguíneo a veces por periodos de tiempo que superan los márgenes de seguridad.

Ante esta eventualidad los neurocirujanos han recurrido a la protección cerebral incluida la hipotermia profunda y paro cardiocirculatorio en procedimientos realizados con circulación extracorpórea. Sin embargo aún en estos casos el límite de seguridad no puede vulnerarse pues si bien el metabolismo cerebral está disminuido pero no ha cesado, el aporte de oxígeno está eliminado y la isquemia puede igualmente sobrevenir.

El auge de las técnicas invasivas mínimas en procedimientos de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea actualizó el tema de la isquemia intraoperatoria, resuelta por los car-

diocirujanos con la utilización de shunts intraluminales.

Dado que el calibre de las arterias coronarias y cerebrales son similares realizamos un trabajo experimental en arteria femoral del conejo con el objeto de observar el comportamiento del shunt intraluminal en vasos de calibres menores a 2 mm.

El shunt fue utilizado para aportar sangre a territorios distales a una zona de clampeo transitorio, realización de by pass arterio-arterial directo y realización de by pass con interposición de vena.

Se detallan los resultados y se muestra la técnica utilizada.

#### **Tumores bulbomedulares**

V. Cuccia, F. Sosa, G. Zúccaro y J. Monges

Los tumores bulbomedulares (TBM) se originan cercanos a la unión bulbomedular constituyendo un grupo pequeño, no bien estudiado y considerado habitualmente como un subgrupo dentro de los tumores de tronco cerebral.

Analizamos 7 casos sobre un total de 97 tumores espinales intradurales y 1044 tumores del SNC intracraneanos, todos operados entre el 1-1-88 y el 1-1-99. Clínicamente se han presentado como tumores de larga evolución al diagnóstico y lenta progresión posterior. Se ubican en la región bulbomedular y no se extienden más allá del bulbo ni de D1.

La IRM muestra una imagen característica: tumor sólido, heterogéneo, que contrasta en forma heterogénea y que muy frecuentemente presenta cavidades en su extremo craneal, caudal o en ambos. Histológicamente son tumores benignos. Presentan signos motores en todos los casos y frecuentemente compromiso de pares craneanos bajos y dolor cervical. La exéresis ha sido más conservadora en la región bulbar que en la médula cervical y lo habitual es una exéresis subtotal pero mayor de lo que uno supone al ver imágenes. El deterioro es lento pero paulatino y la sobrevida es prolongada.

En nuestra opinión, contrariamente a lo propuesto, se trata de un grupo de tumores de origen medular que en su progresión comprometen al tronco y no de verdaderos tumores de tronco. Avalarían esta opinión los siguientes hechos: a) clínica predominante de vías largas sobre pares craneanos, con frecuente presencia de dolor cervical, b) extensión mayor sobre la médula que sobre bulbo y c) histología más cercana a los tumores de médula (la mayoría de bajo grado y

larga evolución) que a los de tronco (la mayoría anaplásicos y de muy rápida evolución).

### **Tumores del sistema nervioso en neurofibromatosis tipo 2**

Dres. G. Zúccaro, F. Sosa, V. Cuccia y J. Monges

La neurofibromatosis tipo 2 (NF-2), previamente conocida como neurofibromatosis central, es un desorden autosómico dominante infrecuente, en el cual los pacientes están predispuestos a padecer lesiones neoplásicas displásicas de las células de Schwann (Schwannomas y schwanosis), de células meníngeas (meningiomas y meningiomatosis) y de células gliales (gliomas y hamartomas).

Entre 1989 y 1998, siete pacientes con evidencia de NF-2 de acuerdo a los criterios diagnósticos, fueron tratados quirúrgicamente en nuestro servicio.

Fueron 5 varones y 2 mujeres, cuyo rango de edad fue de 7 a 15 años, con una media de 12 años. En todos los pacientes se realizaron TAC y IRM con y sin contraste, pre y postquirúrgicas.

En los 7 pacientes se detectaron 35 tumores y en tres de ellos se diagnosticaron, además múltiples Schwannomas de las raíces nerviosas.

Se operaron 19 tumores (9 espinales, 8 intracraneales y 1 bulbomedular) y 16 tumores permanecen asintomáticos bajo estricto control clínico y neurorradiológico.

Los hallazgos histológicos revelaron 10 Schwannomas (1 anaplásico), 6 meningiomas, 2 astrocitomas pilocíticos y 1 ependimoma.

Dos pacientes murieron por progresión de su enfermedad y los cinco restantes tienen buena evolución con un seguimiento promedio de 4,5 años.

Coincidimos con otros autores que comparando pacientes sin NF-2, con aquellos que si la tienen, (especialmente los que presentan Schwannomas vestibulares) estos últimos, son más jóvenes, tienen lesiones más grandes y mayores posibilidades de deterioro de las funciones auditiva y facial durante el intento de resección total, debido a su patrón histológico específico.

Concluimos que la indicación quirúrgica debe ser hecha en lesiones sintomáticas o en aquellas que producen compresión del tronco encefálico.

Los pacientes con tumores asintomáticos deben ser controlados clínica y radiológicamente, en forma periódica, pudiéndose además detectar nuevos tumores o recidivas de tumores ya conocidos.

### **Angiomas cavernosos: análisis de 23 casos**

Dres. F.R. Papalini, H.S. Bezier y R.V. Olocco

Presentamos 23 pacientes con cavernomas tratados desde julio del 91 a la fecha. La edad promedio fue de 32 años, no hubo prevalencia de la patología con respecto al sexo (10 hombres, 13 mujeres). La localización de los cavernomas fue dividida en: cerebrales (14 casos); cerebelosos (3 casos); del tronco (4 casos) y medulares (2 casos). Cuatro pacientes presentaron cavernomas múltiples. No tuvimos en nuestra serie casos familiares. La presentación clínica se analizó según la localización de los cavernomas siendo las crisis convulsivas el cuadro clínico más frecuente entre los cerebrales.

El déficit neurológico provocado por sangrado del cavernoma se presentó en todos los del cerebelo y tronco. Los medulares se manifestaron por déficit motriz progresivo. A todos los casos se le realizó IRM; fueron hechas once TAC de cerebro y diez angiografías cerebrales, tan solo un caso mostró asociación con angioma venoso; 21 casos fueron operados (12 cerebrales, 3 cerebelo, 4 tronco cerebral y 2 medulares).

No tuvimos mortalidad operatoria. Analizamos los resultados según su localización.

### **Malformaciones vasculares espinales**

F.R. Papalini, H.S. Bezier, R.V. Olocco

Presentamos seis casos de pacientes portadores de MAV medulares que fueron atendidos desde marzo de 1995 a la fecha. La edad promedio de la serie fue de 35 años. Hubo un franco predominio de los pacientes masculinos (5 hombres, 1 mujer). El sangrado de la MAV ya sea intramedular o subaracnoideo fue el cuadro de presentación más frecuente; en el paciente de sexo femenino la MAV sangró en el octavo mes de embarazo. Las malformaciones fueron clasificadas según Anson y Spetzler. Tuvimos dos casos del tipo 1 (fistula A-V durales), dos casos de MAV intramedular (tipo 2), uno cervical y otro del cono medular. Las dos restantes fueron del tipo 4 (fistula A-V perimedular) del cono.

De la presente serie cuatro pacientes (80%) fueron tratados. Tres fueron intervenidos quirúrgicamente (1 pacientes del tipo 1, 2 pacientes del tipo 2). Otro paciente recibió tratamiento endovascular (tipo 4-C). Del resto de la serie a un paciente se le trombosó espontáneamente su MAV y el otro no fue

tratado. La franca mejoría de los pacientes tratados ya sea quirúrgicamente o endovascularmente nos permite recomendar el tratamiento agresivo de esta patología tan poco frecuente.

### Neuroprevención 2000

E.R. Benítez

Quienes hemos transitado por nuestra especialidad casi 30 años, vemos con orgullo y satisfacción el progreso alcanzado en nuestra especialidad tanto en el diagnóstico y tratamiento como en técnicas neuroquirúrgicas.

Para le próximo milenio y a través de vuestra Asociación, como homenaje a los Novel Neurocirujanos, queremos iniciar el próximo siglo con una campaña de "**Neuroprevención 2000**" en todo el país, con Legislación Nacional y Provincial en todas las provincias argentinas y del Cono Sur Americano. Para comenzar a difundir los aspectos de la prevención primaria y secundaria de nuestra especialidad; con trabajos de estadísticas, que nos permitan datos demográficos serios, para elaborar una estrategia integradora.

Propongo conformar una Comisión de "**Neuroprevención 2000**" en el marco del Congreso Argentino de Neurocirugía y como Comisión Permanente en nuestra sociedad.

### Quiste aracnoideo temporal con debut clínico atípico: "diplopia". A propósito de un caso

G. Estefan, V. Chávez, R. Hernández,  
M. Daffra, G. Campolongo, D. Zuin, R. Neme,  
A. Giménez

Los quistes aracnoideos intracraneales son patologías con una incidencia del 5 por mil en autopsias, pudiendo permanecer asintomáticos toda la vida o debutar con diversos síntomas neurológicos según su localización, tamaño y comportamiento hidrodinámico.

Se clasifican por su origen en congénitos y adquiridos, por su relación con el espacio subaracnoideo en comunicantes y no comunicantes, por su histología en simples y complejos y por su ubicación en supratentoriales, tentoriales e infratentoriales.

Los autores comunican un caso de presentación sumamente atípica, se trata de una paciente de 44 años, que consultó por diplopía horizontal

homónima en la mirada conjugada hacia la izquierda, con síntoma aislado.

Al examen neurológico se constató paresia del músculo recto externo izquierdo, los estudios neurorradiólogos, TAC y IRM evidenciaron una imagen compatible con quiste aracnoideal de polo temporal izquierdo, tipo I de la clasificación de Galassi. La imagen de TAC demostró además la notable particularidad de haber erosionado el ala mayor del esfenoides, poniendo en contacto directo al quiste con el músculo recto externo izquierdo. Durante el tiempo de realización de los estudios, la paciente agregó episodios de disartria transitoria. El tratamiento neuroquirúrgico consistió en la colocación de un catéter intraquistico con ingreso por el pterion y conexión a un reservorio de Ommaya subcutáneo. En el postoperatorio inmediato se constató la normalización total de la motricidad ocular desapareciendo la diplopía instalada en el preoperatorio y no se han repetido episodios de disartria en 5 meses de evolución hasta la fecha. Se discute el atípico comportamiento hidrodinámico de este caso con una ausencia de la habitual expansión del quiste hacia la cisura silviana que lo hubiera transformado en un tipo II o III y sin embargo comprometió al hueso esfenoides e ingresó a la órbita desplazando y comprimiendo un músculo extrínseco del ojo. También se pone en consideración, la elección de la técnica quirúrgica utilizada en relación a las diversas opciones propuestas en la literatura.

### Manejo multidisciplinario de los tumores medulares

L. Cardentey, J.C. Salaberry, S. Condomí Alcor-  
ta, F. Piedimonte, E. Tenca, R. Nazar, J.M.  
Salvat

Los tumores medulares representan el 2,4% de las neoplasias primarias del SNC del adulto y el 10% en el niño. Estas lesiones constituyen un desafío para el equipo multidisciplinario encargado de su tratamiento.

La sintomatología de presentación es de inicio gradual y está dada por dolor en el eje espinal, déficit motor variable de comienzo asimétrico, disestesias y trastornos esfinterianos precoces si se localizan en el cono medular. El estudio diagnóstico de elección es la IRM contrastada.

En el período comprendido entre noviembre de 1994 y noviembre de 1998 fueron diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente 40 pacientes portadores de tumores intramedulares, de los cuales

más del 60% fueron de la serie glial. El abordaje neuroquirúrgico se realizó con localización por intensificador de imágenes para reducir la laminectomía a los niveles necesarios y se utilizaron técnicas microquirúrgica, incluyendo aspiración ultrasónica. Durante todo el procedimiento se efectuó monitoreo neurofisiológico mediante potenciales evocados somatosensitivos.

El objetivo de esta presentación es recalcar la importancia del abordaje multidisciplinario de los tumores medulares en la obtención de mejores resultados e incremento en la capacidad funcional y sobrevida de estos pacientes.

### **Radiocirugía de las malformaciones arteriovenosas**

O. Betti

**Introducción.** La experiencia que se presenta corresponde al período 1982-1994, en el tratamiento de malformaciones arteriovenosas cerebrales. Este período es seguido de otro que se excluye de éste que hoy tratamos en razón de los cambios impuestos a la metodología empleada. Desde la presentación en 1981, del primer sistema

de radiocirugía con acelerador lineal de alta energía, se utilizó una metodología creada para ese fin, ya que sólo existía hasta ese entonces la de la Gamma Unit.

**Material y método.** Se realizaron así 395 tratamientos. Hubo 15 fallecidos y sólo 8 vinculados a las MAV. La morbilidad es analizada. Las variaciones en las dosis se debieron a varios factores: 1) que se inició con las premisas del equipo del Karolinska, las que se cambiaron luego en razón de complicaciones, 2) se modificó en razón de las áreas involucradas, 3) en razón del diámetro del colimador utilizado.

Se agrega a este primer grupo presentado, la metodología actual de la radiocirugía con acelerador en su última versión, la del único equipo que puede emplear 6 formas geométricas diferentes de hacerlo y posibilita la radiocirugía extracerebral (Sur).

**Resultados.** De los estudios de control realizados mediante angiografías, se obtuvo un promedio del 84% de obliteraciones, consideradas clínicamente curadas, lo que incluye todo tipo de malformaciones, desde menores al centímetro hasta gigantes. La nueva metodología sur, está orientada a resolver las dificultades de los abordajes cénito-caudales propios de todos los medios empleados hasta el presente.