

Resúmenes de los trabajos presentados en Neuropinamar 2016

E-POSTERS

RAQUIMEDULAR

Presentación de caso. Estadificación del trauma raquimedular período 2010-2015, nuestra experiencia

Emiliano Altieri, Daniel Crocitto, Adriana García, Juan Emilio Gini, Miung Hee Kang, Humberto Perata
H.I.G.A. y c. Dr. A. Korn, m. Romero, la plata, prov. Bs. As.
eraltieri@hotmail.com

Objetivo: Estadificar el manejo, tratamiento y evolución del Trauma Raquimedular [TRM] en el HIGA y C Dr. A. Korn, período 2010-2015.

Introducción: Se realizó análisis retrospectivo de 28 pacientes con TRM quirúrgico durante el período 2010-2015 en nuestra institución. Se tomó como referencia lo sucedido en 28 pacientes (18 masculinos; 10 femeninos) de los cuales se recabó información del mecanismo de producción del TRM, rango etario, Nurick de ingreso, detalles de la información obtenida de las imágenes realizadas, tipo de cirugía realizada, días de estadía, complicaciones y Nurick Outcome.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo de casos, estudio retrospectivo.

Discusión: Se realizó una estadística retrospectiva de los TRM durante el período 2010-2015 que arrojó, rango etario más frecuente: 18-35 años, sexo masculino 2:1, esto genera que el rango etario más activo de la sociedad quede con discapacidades variadas, dependencia de terceros y alto costo económico.

Conclusiones: Los TRM representan 2,5% de los ingresos, mortalidad del 21% en los primeros 3 meses y 62% de secuelas graves. La solución está en darle importancia a la prevención haciendo énfasis en la educación, reforzar las medidas de control antes de que ocurran los hechos.

Palabras Claves: TRM; Mecanismo de Producción del TRM; Nurick; Prevención; Costos

Presentación Pseudo Tumoral de Aracnoiditis Adhesiva Espinal en Columna Lumbar

Quintana Corvalan C., Calatroni M., Linguido D., Luna F., Russo G., Ghilini P.
HIGA San Martin La Plata - Servicio de Neurocirugía

Introducción: La aracnoiditis espinal es un proceso inflamatorio inespecífico de la aracnoides de la medula espinal y sus raíces. Se describen 3 fases clínico imagenológicas.

Objetivo: Presentar un caso de aracnoiditis adhesiva es-

pinal lumbar con presentación pseudo tumoral tratada en nuestro centro hospitalario.

Material y métodos: Paciente masculino de 44 años de edad nefrectomizado por cáncer renal con posterior radioterapia local, sin antecedente de trauma raquimedular. Consulta por lumbalgia de 3 meses de evolución con posterior irradiación a miembros inferiores. Al examen presento paraparesia (3/5) a predominio izquierdo, dolor radicular de territorio L5 bilateral (escala visual analógica 10/10) que empeoraba con la actividad, anestesia en silla de montar, reflejos conservados y compromiso esfinteriano.

RNM en la que se evidencia lesión ocupante de espacio L4 intradural de 33 mm de diámetro máximo isointensa en T1, hiperintensa en T2 y FLAIR, que realza de forma heterogénea a la administración de contraste endovenoso. Resultados: Debido a la falta de eficacia clínica del tratamiento farmacológico escalonado para manejo del dolor, se realizó abordaje microquirúrgico de la región lumbar identificando la presencia de aracnoides engrosada y adherida a la dura madre, de color rojo violáceo y múltiples adherencias de raíces nerviosas con formación de quistes aracnoidales. Se realiza liberación de las mismas. El paciente presento mejoría sintomática transitoria. En anatomía patológica se constató resultado compatible con aracnoiditis espinal.

Conclusión: La aracnoiditis adhesiva espinal es una patología infrecuente de difícil manejo sintomático, que puede presentarse como una lesión pseudo tumoral que en determinadas ocasiones requiere un manejo quirúrgico.

Palabras claves: Aracnoiditis Espinal; Columna Lumbar; Liberación Microquirúrgica

Hematoma epidural dorsal espontaneo: reporte de un caso

Reyes Cano, Rocío, Agüero J., Paíz M., Salinas M., Rivadeneira C., Campero A.
Servicio Neurocirugía, Hospital Ángel C Padilla, Tucumán.

Objetivos: Describir y analizar un caso de hematoma epidural dorsal.

Descripción: Paciente sexo masculino de 61 años, consulta por presentar paraparesia y retención urinaria de 24 hs de evolución, antecedente de dolor lumbar de 48 hs de evolución. Al examen físico presenta nivel sensitivo D2, paraparesia 3/5, parestesias en ambos miembros inferiores, compromiso de esfínteres. RMN colección epidural a nivel D5, 6 y 7 (hematoma). Se interviene quirúrgicamen-

te de urgencia para evacuación y laminectomía D5, 6 y 7. Paciente evoluciona con mejoría de los síntomas, se da de alta con paresia 4/5 sin compromiso de esfínteres.

Conclusión: Los hematomas epidurales espinales espontáneos son una causa poco frecuente de compresión medular y constituyen aproximadamente la mitad de todos los casos de hematomas extradurales raquídeos. Se trata de una patología de los cuales solo hay descritos 350 casos en todas las bibliografías. Más comunes en el segmento bajo de la columna cervical y región toraco-lumbar. Los síntomas suelen iniciarse con dolor con irradiación radicular en aproximadamente el 50% de los pacientes seguida, de síntomas medulares motores y sensitivos, dependientes del nivel de la compresión. El tratamiento es quirúrgico, mediante laminectomía y la evacuación del hematoma. El pronóstico del paciente depende de: localización y tamaño del hematoma, edad, la instauración de los síntomas y gravedad del cuadro y tiempo entre aparición y cirugía.

Palabras claves: Hematoma Eextradural; Espinal; Laminectomía; Evacuación

Tratamiento Quirúrgico del Canal Estrecho Cervical por Vía Anterior, Nuestra Experiencia.

Gorina Santiago, Carpinelli Julieta, Dipietrantonio Andrés, Peralta María Belén, Alberione Federico, Asmus Humberto.

Servicio de Neurocirugía del Hospital de Trauma y E. F Abete

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del canal estrecho cervical y evaluar los resultados a través de la escala de la A.J.O.

Introducción: el canal estrecho cervical (CEC) es un proceso degenerativo relacionado con la edad. A pesar de la falta de evidencia bibliográfica, al día de hoy, muchos autores acreditan que los pacientes con CEC y signos neurológicos deben ser tratados quirúrgicamente. Esto consiste en la descompresión de la medula y raíces que puede ser por vía anterior, posterior o mixta.

Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas de 34 pacientes, con diagnóstico de CEC, tratados de forma quirúrgica durante el periodo comprendido entre el 2011-2015, por el servicio de Neurocirugía del Hospital de Trauma y E. F Abete, evaluando su compromiso neurológico pre y postquirúrgico con la escala de la Asociación Japonesa de Ortopedia (modificada).

Discusión: De los pacientes evaluados, la edad promedio fue de 62 años (rango de 34 a 78), la técnica utilizada fue la descompresión por vía anterior con artrodesis con o sin corporectomía. El tiempo de seguimiento posoperatorio medio fue de 14 meses. La mejoría neurológica en el posoperatorio fue en promedio de 2 puntos en la escala de la A.J.O. (modificada).

Conclusiones: La descompresión por vía anterior con ins-

trumentación demostró ser una técnica quirúrgica útil para aliviar la sintomatología neurológica en pacientes con CEC.

Palabras clave: Canal Estrecho Cervical; Artrodesis; Corporectomía

Hematoma Subdural Espinal Dorso-Lumbar Postraumático

Vasquez V, Chipolini P, Giambiagi C, Santivañez R, Gimenez E, Montaña M.

Servicio de neurocirugía Sanatorio Dupuytren, Trinidad de Quilmes.

vicvr2003@hotmail.com

Objetivo: reportar un caso de HSD espinal dorso-lumbar traumático, conducta quirúrgica y revisión bibliográfica.

Material y Métodos: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de insuficiencia renal, anticoagulado secundario a FA.

Ingresa por TEC con posterior deterioro sensorio, TAC: contusión cerebral frontal y hematoma intraventricular, se realiza ARM y monitoreo de PIC de los cuales progresa favorablemente, luego de la extubación se constata paraparesia, lumbalgia e incontinencia esfinteriana, RMN dorsolumbar se observa a nivel D12, L1, L2, hematoma subdural.

Intervención: Se realiza laminectomía Dorso-Lumbar descompresiva, evacuación de HSD con instrumentación pedicular a dicho nivel.

Evoluciona favorablemente con disminución de la sintomatología.

Conclusión: el Hematoma subdural espinal postraumático es una entidad de baja frecuencia con riesgo de daño grave neurológico si no es tratado. La celeridad del diagnóstico bajo RMN e intervención quirúrgica temprana son fundamentales para lograr una buena recuperación ante déficit neurológico.

Palabra clave: Hematoma; Espinal; Anticoagulado; Trauma

Compresión Medular en Enfermedad Relacionada a IgG4: Reporte de un Caso

Teyssandier, Mariano; Vega, María Belén; Ziraldo, Mariano; Cavagnaro, María José; Guevara, Martín; Gardella, Javier.

División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

m.teyssandier91@gmail.com

Objetivo: Describir un caso de compresión medular subaguda y posterior diagnóstico de enfermedad relacionada a IgG4, y revisar la bibliografía.

Descripción del caso: Paciente masculino de 31 años de edad, con antecedentes de diabetes insulino-requiriente e

hipertensión arterial, que ingresa por debilidad progresiva en miembros inferiores de un mes de evolución. Al examen neurológico presenta paraparesia severa, hiperreflexia y reflejos de liberación piramidal, y nivel sensitivo T4. Se realiza IRM que evidencia lesión epidural hipointensa a nivel T3-T4 con compresión medular posterior. Presenta mejoría tras la corticoterapia inicial.

Intervención: Se realiza abordaje posterior, laminectomía T3-T4 y resección total de lesión epidural fibrosa con compromiso de ligamento amarillo. La anatomía patológica evidencia fibrosis peridural e infiltrado linfoplasmocitario con inmunomarcación positiva para IgG4.

Discusión: La enfermedad relacionada a IgG4 es una entidad de reciente descripción, poco frecuente, que se caracteriza por inflamación con infiltrados linfoplasmocitarios IgG4 (+) y posterior fibrosis, con compromiso multiorgánico, siendo el órgano más frecuentemente comprometido el páncreas. En la bibliografía actual hay escasos reportes sobre compromiso de sistema nervioso central. Se presenta como una compresión medular subaguda/crónica, con IRM que evidencian lesiones epidurales pseudotumorales, de predominio a nivel dorsal. El diagnóstico es anatomopatológico, posterior a la resección quirúrgica. Se describe también la recurrencia de las lesiones en pacientes que no se les indicó corticoterapia.

Conclusión: La fibrosis peridural por enfermedad asociada a IgG4 es una patología a considerar dentro de los diagnósticos diferenciales en síndrome de compresión medular subaguda/crónica, siendo fundamental la anatomía patológica para el diagnóstico, y la corticoterapia el tratamiento indicado.

Palabras claves: Compresión Medular; IgG4; Fibrosis Peridural

BASE DE CRÁNEO Y TUMORES

Hipo persistente como manifestación de tumor frontal. Reporte de caso

Santiago Formaggin, Rubén Correa, Tomás Gondra, Jimena Figoni, Federico Alberione, José Cascarino
Servicio de Neurocirugía. Hospital General de Agudos D. F. Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
santiformaggin@gmail.com

Introducción: El hipo es considerado un fenómeno común, benigno y que afecta a casi todo el mundo durante su vida. El hipo persistente o intratable puede estar relacionado con enfermedades graves. La mayoría de los casos de hipo crónico relacionados a trastornos del sistema nervioso central son causados por lesiones del tronco del encéfalo. El objetivo de este trabajo es presentar un paciente con una lesión frontal e hipo persistente.

Caso: Paciente masculino de 55 años, consulta por dete-

riorio del sensorio, inestabilidad en la marcha, incontinencia de esfínteres, convulsiones, abulia e hipo persistente. TAC y RMN de encéfalo que evidencian lesión expansiva a nivel de ambos lóbulos frontales de mayor volumen en lóbulo frontal izquierdo, con compromiso del cuerpo calloso. Se realiza craneotomía frontal izquierda con exéresis subtotal de la lesión. La anatomía patológica informa glioblastoma multiforme. Buena evolución postoperatoria con desaparición del hipo.

Discusión: El hipo se genera por un arco reflejo siendo su fisiopatología no enteramente clara. Se cree que estructuras temporales, del hipotálamo y la formación reticular modularían este reflejo. La asociación entre convulsiones secundariamente generalizadas y el hipo persistente sugiere que los ataques de hipo representan episodios epilépticos. Existen reportes de casos en donde lesiones temporales generan hipo persistente, no encontrándose descrita esta manifestación en lesiones frontales.

Conclusión: Es una manifestación infrecuente de lesiones supratentoriales, no siendo clara su fisiopatología. Lesiones temporales o frontales pueden generar como manifestación clínica hipo persistente.

Palabras Claves: Hipo; Tumores Frontales; Hipo Persistente; Glioblastoma

Casuística de Tumores Cerebrales Período 2010-2015, Nuestra Experiencia.

Emiliano Altieri, Héctor Barrionuevo, Celeste Flores, Juan Emilio Gini, Mariano Urrutia, Humberto Perata
H.I.G.A. y C. Dr. A. Korn, M. Romero, La Plata, Prov. Bs. As.
eraltieri@hotmail.com

Objetivo: Estadificar el manejo, tratamiento y evolución de Tumores cerebrales [TC] en el HIGA y C Dr. A. Korn, período 2010-2015.

Introducción: Se realizó análisis retrospectivo de 43 pacientes con TC durante el período 2010-2015 en nuestra institución. Se tomó como referencia lo sucedido en 43 pacientes (25 masculinos; 18 femeninos) de los cuales se recabó información de la localización, rango etario, presentación, Karnofsky, detalles de la información obtenida de las imágenes realizadas, tipo de cirugía realizada, días de estadía y complicaciones.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo de casos, estudio retrospectivo.

Discusión: Se realizó una estadística retrospectiva de los TC durante el período 2010-2015 que arrojó, rango etario más frecuente: 35-55 años, sexo masculino 1,4:1, 70% primarios (18,5% meningiomas), 11% infratentoriales; siendo la localización más frecuente el lóbulo frontal, esto genera que el rango etario activo de la sociedad quede con discapacidades variadas, dependencia de terceros y alto

costo económico.

Conclusiones: Los TC representan 2% de los tumores en el adulto y son responsables del 2.5% de las muertes por cáncer, representando la tercera causa de muerte por cáncer entre los 15-34 años. La solución está en darle importancia a la prevención haciendo énfasis en los factores de riesgo.

Palabras Claves: TC; Presentación; Karnofsky; Prevención; Costos

Granulomas de colesterol del apice petroso: abordaje endoscópico andonasal

Ana Melgarejo,^{1,3} Laila Pérez de San Román,^{2,3} Daniel Prevedello,³ Ricardo Carrau⁴

¹ División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

² Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

³ Departments of Neurosurgery and ⁴ Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Wexner Medical Center, The Ohio State University, Columbus, Ohio
abmelgarejo@hotmail.com

Objetivo: Describir el abordaje endoscópico endonasal (AEE) de los granulomas de colesterol del ápice petroso (GCAP).

Introducción: Los GCAP representan las lesiones benignas más frecuentes del ápice petroso (AP). Entre los síntomas de presentación se encuentran pérdida de la audición, vértigo, tinnitus, otalgia, neuralgia trigeminal y diplopia.

Material y métodos: Se presenta la técnica utilizada para el tratamiento endoscópico endonasal de los GCAP y casos ejemplo. Los AEE al AP pueden dividirse en tres tipos: 1. Medial transesfenoidal, 2. Medial con lateralización carotídea, 3. Transpterigoideo infrapetroso.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de los GCAP está indicado en pacientes sintomáticos, con déficit de pares craneales, lesiones de gran volumen o crecimiento en imágenes. Han sido utilizados diversos tipos de abordajes transcraneales y endoscópicos, dependiendo del grado de audición, tamaño y ubicación de la lesión. El objetivo de la cirugía es el drenaje adecuado y permanente de la lesión.

Conclusiones: El AEE de GCAP es seguro y efectivo en pacientes seleccionados, la elección del abordaje depende de la extensión medial de la lesión y su relación con la carótida paraclival. Presenta la ventaja de evitar el riesgo de daño auditivo y facial, que podrían involucrar los abordajes transtemporales/transcraneales y permite la posibilidad de reestablecer la vía natural de drenaje hacia los senos paranasales.

Palabras clave: Granuloma de Colesterol; Apice Petroso; Abordaje Endoscópico

FUNCIONAL Y RADIOCIRUGÍA

Tratamiento del síndrome Klippel Trenaunay por medio de neuromodulación eléctrica

Beatriz Mantese,³ Noemi Rosenfeld,¹ Silvia Bevilacqua,³ Romina Argañaraz,³ Dario Teplisky,⁴ Juan M. Liñares,⁴ Eduardo Baroni.⁴

¹ Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Unidad Dolor.

² Hospital Juan P. Garrahan. Servicio de Neurocirugía y Cuidados Paliativos.

³ Neurocirugía.

⁴ Cuidados Paliativos. Ortopedia Pediátrica. Radiología Intervencionista. CABA, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Presentar un algoritmo de tratamiento del dolor crónico severo: Test de Bloqueo con bupivacaina; en segundo tiempo Neurotomía Percutánea por radiofrecuencia e implante definitivo de Neuroestimulador Espinal en el Síndrome de Klippel Trenaunay.

Introducción: Es una enfermedad vascular (displasia angiectasia congénita) de causa desconocida. Presenta en la infancia desórdenes vasculares y de tejidos blandos y óseos en miembros inferiores. Complicaciones ulcerosas; sensación de quemazón; dolor; fatiga; infección de piel y hemorragias.

Material y método: Paciente de 13 años de edad ingresa al hospital público con 5 años por dolor. Se solicita arteriografía que informa: malformación arterio-venosa del tercio distal de la pierna y retropié derechos.

Se realiza embolización de todas las aferencias de la arteria peronea. El ecodoppler revela presencia de fístulas en dorso y planta de pie.

Ante la falta de respuesta a la morfina oral se rota a Metadona 5 mg c/ 8 horas y luego 7,5 mg c/ 8 horas. Al ser escaso el alivio con analgésicos se realiza bloqueo analgésico y neurotomía percutánea por radiofrecuencia en nervio safeno interno. El consenso en CP es amputación.

Discusión: El implante definitivo para neuromodulación eléctrica con lo cual se obtiene alivio del dolor, es la decisión terapéutica que permite reducción de síntomas vasculares y caminar.

Conclusiones: Este algoritmo de tratamiento intervencionista resulta efectivo para el alivio del dolor. El test de bloqueo sensitivo y la radiofrecuencia son paliativos. La neuromodulación se logra a partir del implante. Deberá seguir investigándose en este síndrome.

INFECCIONES

Pseudoquistes Peritoneal en Paciente Adulto: Presentación de un Caso

Guido Carlomagno, Alexis Tovar, Joaquín Pérez Zabala, Sebastian Buratti, Florencia Beldi, Héctor Belziti

Servicio de Neurocirugía Hospital Central de San Isidro

Objetivo: Presentación de paciente adulto con pseudoquistes peritoneales, como manifestación infrecuente de disfunción valvular de derivación ventrículo peritoneal (DVP) en ausencia de patología infecciosa.

Introducción: El desarrollo de pseudoquistes abdominal es una complicación infrecuente de las DVP. Afecta de 0,7 al 4,5% en las distintas series reportadas.

Material y método: Paciente de 34 años, antecedentes de hidrocefalia secundaria a meningitis tuberculosa en infancia, tratada mediante DVP, con múltiples recambios. Ingresó por dolor y distensión abdominal. Se realizó Rx de sistema, TC encéfalo/abdomen que evidencian hidrocefalia y colección abdominal. Previa punción negativa de reservorio, se realizó evacuación y reposicionamiento de catéter distal, con progresión de quiste residual. Se recambió el sistema mediante colocación de válvula ventrículo atrial con favorable evolución.

Discusión: Las DVP son ampliamente utilizadas para la hidrocefalia, mas no se encuentran exentas de complicaciones. El pseudoquiste peritoneal es de las menos frecuentes con fisiopatología indefinida, pero con factores predisponentes como ser adherencias peritoneales, múltiples recambios y procesos inflamatorios o infecciosos del peritoneo. El tratamiento propuesto es evacuación con reposicionamiento del catéter distal. En este caso se descartaron procesos infecciosos agudos o crónicos y se logró resolución definitiva modificando el sitio de drenaje (ventrículo atrial).

Conclusiones: A pesar de escasa casuística el pseudoquiste es una causa de disfunción a considerar en pacientes con DVP con cuadro abdominal.

Palabras clave: Pseudoquiste Peritoneal; Derivación Ventrículo Peritoneal; Derivación Ventrículo-Atrial

NERVIOS PERIFÉRICOS

Lesiones traumáticas de nervios de los miembros y del plexo braquial. Nuestra experiencia

Luis Mariano Cuello, Guillermo Ariel Escalada, Leonardo Guidobono, Carlos Gagliardi
HIGA Rodolfo Rossi

Introducción: El trauma implica una fracción importante de la patología que afecta al sistema nervioso periférico, siendo especialmente frecuentes en las extremidades.

La técnica quirúrgica aplicada para estas patologías son variables incluyendo, exploración sencilla y liberación perineurolisis microquirúrgica, el microendoneurolisis, a las neurorrafias primarias y neurorrafias con interposición de cirugías de puente nerviosas neurotización con intercostal, accesorios y otros nervios.

Objetivos: Mostrar la utilidad de diferentes procedimientos quirúrgicos en los nervios periféricos o plexo braquial. Informar de la casuística local de las lesiones traumáticas de SNP a nivel de extremidades en función del tipo de estructura comprometida y la etiología.

Mostrar los diversos procedimientos realizados.

Presentar los resultados y analizar los factores pronósticos.
Material y métodos: Se realizó una revisión de nuestra experiencia en cirugías de nervios periféricos y plexos braquiales (152 Pacientes) de los últimos 15 años en nuestro servicio.

Discusión: Las lesiones distales tenían mejor evolución, la sección proximal del plexo braquial, ofrecen resultados satisfactorios, pero cuando el análisis involucra sólo el territorio distal la funcionalidad final es pobre.

Por otra parte, preferimos los puentes nerviosos cuando la sutura primaria está a tensión y microendoneurolisis cuando hay fibrosis intraneural severa.

Conclusión: Examen neurológico: de suma importancia para definir el nervio afectado y el tratamiento quirúrgico. La indicación correcta es la clave para un buen resultado. La capacidad de recuperación es inversamente proporcional a la longitud de segmento de nervio distal a la lesión. La utilidad de la ampliación óptica es indiscutible.

Palabras clave: Plexo Braquial; Nervio Periférico

Anatomía Cervical Aplicada a la Anastomosis Hipogloso – Facial

Feldman, S. Targa Garcia, A. Seclen D, M. Salas, E. Mural M, P. Lambre, J.

Servicio de Neurocirugía, Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Realizar una descripción de la anatomía del VII par extraforaminal, el XII par y de los reparos anatómicos más relevantes para llevar a cabo la anastomosis.

Material y método: Se realizó un estudio anatómico con disecciones cadavéricas en el Laboratorio de Microcirugía de la Universidad de Florida (Dr. Albert Rother). Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que fueron intervenidos para una Anastomosis Hipogloso Facial entre marzo de 2013 y agosto de 2016, habiéndose analizado historias clínicas e imágenes tanto diagnósticas como de hallazgos intraquirúrgicos.

Resultados: El segmento extrapetroso del VII par, cuya dirección es ascendente y superficial, fue reparado en algún punto entre su emergencia a través del Foramen Estilomastoideo y el borde posterior de la glándula Parótida. Los reparos anatómicos más utilizados para hallar el XII par fueron el vientre posterior del digástrico, donde el Hipogloso se ubica por dentro y por debajo, la bifurcación carotídea y la carótida externa, donde se encuentra por encima y por fuera respectivamente.

Conclusiones: Reconocer la anatomía de la región para poder aplicar a la técnica quirúrgica. Se destaca la importancia del conocimiento de los reparos anatómicos al momento de realizar este tipo de procedimientos.

Palabras clave: Anastomosis Hipogloso-Facial; Anatomía; Parálisis Facial

NEUROTRAUMA

Presentación de un caso: Hematoma Epidural Tardío

María Rita Infante, Gaela Esper Romero, Federico Coppola, Cesar Magallanes, Juan Pablo Casasco
Hospital Interzonal de Agudos Prof. Dr. Ramón Carrillo
infantemrita@gmail.com

Objetivos: Describir la presentación de un hematoma epidural tardío, analizar los factores involucrados, hallazgos radiológicos y realizar una revisión bibliográfica.

Introducción: El hematoma epidural tardío (HEDT) es aquel insignificante o ausente en la tomografía (TC) inicial, que se evidencia en imágenes subsiguientes. Comprende el 9-10% de los hematomas epidurales postraumáticos. Factores relacionados: disminución de la PIC, corrección de hipotensión, y coagulopatías. La fractura de cráneo es una característica común.

Descripción del caso: Masculino de 39 años de edad, ingresó por caída de 9 metros de altura. Examen neurológico: GCS13/15, sin déficits neurológicos, bajo excitación psicomotriz, sin otra lesión de órgano blanco. TC de ingreso hemorragia subaracnoidea. A las 8 horas en contexto de apnea e hipotensión se realiza reanimación. TC que evidencia HED de fosa posterior evolucionando a midriasis arreactiva bilateral y PCR.

Discusión: El HEDT es una entidad infrecuente, se presenta entre las 24-96 horas. Con la introducción de la TC su frecuencia ha aumentado. La remoción del "efecto tamponading" fue postulada como factor causante. Ocurren en TEC grave con lesiones sistémicas, siendo reportados en TEC moderado y leve. Es confiable la observación neurológica en TEC leve y moderado, debido al uso de sedoanalgesia en traumas severos se recomienda repetición de la TC a las 8-12 horas de la injuria inicial.

Conclusión: El HEDT es más frecuente a lo reportado, impredecible con difícil detección precoz. La clave diagnóstica es la sospecha clínica aun con TC inicial negativa. Es recomendable repetir la TC a las 8-12 horas de la injuria inicial.

Palabras clave: Hematoma Epidural Tardío; Traumatismo Encefalocraneal

PEDIATRÍA

Craneosinostosis no sindrómicas no clasificadas: presentación de casos

Bustamante JL, Sosa F, Targa García A, Rodríguez F, Argañaraz R, Lambre J
Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" SAMIC

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica de dos casos de craneosinostosis no sindrómicas no clasificadas y evaluar su resultado.

Introducción: Las craneosinostosis son afecciones congénitas del cráneo en la que se observa el cierre prematuro de una o más suturas craneales. Pueden observarse dentro de síndromes o de manera aislada, siendo estas últimas las más frecuentes. Raramente las craneosinostosis no sindrómicas afectan a más de una sutura.

Material y Métodos: Se evalúan dos casos de craneosinostosis, las cuales poseen en común el cierre prematuro de la sutura sagital y difieren en la afección de la segunda sutura comprometida. Mientras que un caso presenta una estenosis asociada de una sutura coronal, el otro paciente posee la sinostosis de la sutura metópica, siendo este último denominado por algunos autores como leptocefalía.

Resultados: Se analizó detalladamente ambos casos y se realizó la corrección quirúrgica de la deformidad craneal con las técnicas quirúrgicas habituales. Los pacientes evolucionaron con un postoperatorio sin complicaciones, evidenciando en el seguimiento alejado un buen resultado estético.

Conclusiones: Las craneosinostosis no sindrómicas no clasificadas son afecciones en las cuales las técnicas quirúrgicas habituales, empleadas en las variantes monosinostóticas, son adecuadas para su resolución, logrando un buen resultado estético.

Palabras clave: Craneosinostosis; Suturas Craneales; Leptocefalía

Fístula Carotideo-Cavernosa, Post Traumática en un Paciente Pediátrico

Colombo G; Tello Brogiolo N; Gomez Ávalos M; Hinojosa L Tejado E; Leyes P; D'Agustini M
Servicio de neurocirugía del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata.
colombogonzalo27@gmail.com

Objetivo: Describir un caso de fístula carotideo-cavernosa post traumática en un paciente pediátrico, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Introducción: La fístula carotideo-cavernosa post traumática, es una complicación rara, del traumatismo de cráneo en pediatría. Su diagnóstico y tratamiento oportuno, evita la pérdida de la función visual.

Materiales y método: Estudio descriptivo tipo reporte de caso. Se presenta un paciente masculino de 12 años, con antecedente de traumatismo craneoencefálico grave, con

fractura de base de cráneo por accidente de tránsito 3 meses previos a la consulta. Se constata proptosis, quemosis, frémito y soplo en ojo derecho. Se solicita resonancia magnética de encéfalo con angiografía, en la cual se observa dilatación tortuosa de la vena oftálmica superior y congestión a nivel del seno cavernoso derecho. Con el diagnóstico de fístula carotídeo cavernosa se realiza tratamiento endovascular, con buena evolución post tratamiento.

Discusión: La fístula carótido-cavernosa es una comunicación anómala que se establece entre la arteria carótida o sus ramas y el seno cavernoso, la cual genera un flujo retrógrado a través de la vena orbitaria superior y sus tributarias, capaz de producir un compromiso ocular severo. Las fístulas de alto flujo son las más frecuentes, normalmente están relacionadas a traumatismos severos con fractura de base de cráneo, y deben recibir tratamiento endovascular.

Conclusión: Es una entidad rara en la edad pediátrica. Debe ser resuelta a la máxima brevedad posible, ya que una pronta resolución de esta complicación preserva la visión del paciente.

Palabras clave: Fístula Carotídeo Cavernosa; Pediatría; Seno Cavernoso; Traumatismo de Cráneo Grave; Fractura de Base de Cráneo

VASCULAR CEREBRAL

Tortuosidad, Kinking y Coiling carotídeos. Implicancias técnicas y clínicas

Leyes, MP; Sein, ME; Calatroni, ML; Tejado, E; Hernández, A.

Servicio de Neurocirugía, Departamento de Neurocirugía Vascular. HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Reportar la incidencia de anomalías del segmento carotídeo cervical en pacientes sometidos a procedimientos endovasculares. Asimismo, se realiza una revisión de los resultados publicados en la actualidad acerca del desafío del cateterismo carotídeo dificultoso y las implicancias clínicas en los pacientes.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente angiografías cerebrales de 250 pacientes estudiados durante el período entre Mayo de 2013 y Junio de 2016 tratados por diferentes patologías. Se clasificó a las anomalías del segmento carotídeo cervical en: "Tortuosidad" (alargamiento en forma "S" o "C"); "Coiling" (alargamiento con configuración circular); y "Kinking" (angulación con estenosis arterial).

Resultados: Se observó que el 14 % presentó anomalías en las carótidas extracraneales. El trayecto carotídeo presentó gran variabilidad. La configuración tipo Kinking se asoció a un grupo etario de mayor edad.

Conclusiones: Las variaciones del curso y la angulación de las arterias producen cambios en el flujo laminar con implicancias en la circulación cerebral que suman dificultad

al abordaje hacia los vasos intracraneales. El análisis de la anatomía carotídea y de peligros planteados por estas anomalías morfológicas simplifica los procedimientos y ayuda a lograr un acceso libre de embolia en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Arterias Carótidas; Kinking; Coiling; Anomalías Anatómicas

ENDOSCOPIA

Granulomas de colesterol del apice petroso: abordaje endoscópico endonasal

Ana Melgarejo^{1,3}, Laila Pérez de San Román^{2,3}, Daniel Prevedello³, Ricardo Carrau⁴

¹ *División Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

² *Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España*

³ *Departments of Neurosurgery and 4 Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Wexner Medical Center, The Ohio State University, Columbus, Ohio*
 abmelgarejo@hotmail.com

Objetivo: Describir el abordaje endoscópico endonasal (AEE) de los granulomas de colesterol del ápice petroso (GCAP).

Introducción: Los GCAP representan las lesiones benignas más frecuentes del ápice petroso (AP). Entre los síntomas de presentación se encuentran pérdida de la audición, vértigo, tinnitus, otalgia, neuralgia trigeminal y diplopia.

Material y métodos: Se presenta la técnica utilizada para el tratamiento endoscópico endonasal de los GCAP y casos ejemplo. Los AEE al AP pueden dividirse en tres tipos: 1. Medial transesfenoidal, 2. Medial con lateralización carotídea, 3. Transpterigoideo infrapetroso.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de los GCAP está indicado en pacientes sintomáticos, con déficit de pares craneales, lesiones de gran volumen o crecimiento en imágenes. Han sido utilizados diversos tipos de abordajes transcraneales y endoscópicos, dependiendo del grado de audición, tamaño y ubicación de la lesión. El objetivo de la cirugía es el drenaje adecuado y permanente de la lesión.

Conclusiones: El AEE de GCAP es seguro y efectivo en pacientes seleccionados, la elección del abordaje depende de la extensión medial de la lesión y su relación con la carótida paraclival. Presenta la ventaja de evitar el riesgo de daño auditivo y facial, que podrían involucrar los abordajes transtemporales/transcraneales y permite la posibilidad de reestablecer la vía natural de drenaje hacia los senos paranasales.

Palabras clave: Granuloma de Colesterol; Apice Petroso; Abordaje Endoscópico