

Resúmenes de trabajos de presentación oral

Patología vascular

Hemorragias cerebrales - Parte I: Malformaciones arteriovenosas análisis sobre 41 casos

M. JAIKIN, J. LEDESMA, D. PAVÓN, P. PICCO Y E. OLIVELLA

Durante el período de diciembre de 1990 a diciembre de 2001 fueron operados en nuestro Servicio 41 pacientes portadores de malformaciones arteriovenosas cerebrales (diagnosticadas con angiografía digital, salvo en dos casos de diagnóstico intraoperatorio). Aquellos pacientes no candidatos para la cirugía por el grado de Spetzler-Martin o que recibieron tratamiento endovascular único o combinado con radioterapia o por negativa al tratamiento serán considerados en otro reporte.

La edad promedio fue de: 9,39 años (rango 7 días a 18 años). El debut fue hemorrágico en 32/41, diagnosticadas en el estudio de convulsiones 4/41; 4/41 presentaron cefaleas como única manifestación previa y 1/41 fue un hallazgo asintomático debido a un traumatismo craneoencefálico.

Seis pacientes requirieron manejo de su hidrocefalia aguda con ventriculostomía transitoria y de ellos 4 necesitaron derivación permanente.

La embolización preoperatoria se realizó en 4 pacientes; 20 pacientes portaban MAV grado 1 de Spetzler-Martin, 17 grado II y 3 grado III. Dos pacientes de hallazgo intraoperatorio no pueden ser categorizados.

La exéresis completa se obtuvo en todos los casos menos uno, 3 pacientes con dos procedimientos, uno con tres y un paciente presentó "recidiva" de una MAV pericallosa luego de 3 años del control angiográfico postoperatorio sin evidencia de malformación.

La aparición de nuevo déficit postoperatorio se constató en 4 pacientes.

El espacio perforado anterior y sus zonas aledañas

H. FONTANA, H. BELZITI Y F. REQUEJO

Material y métodos. Analizar la anatomía del espacio perforado anterior (EPA) a la luz de una revisión bibliográfica y material de disección propio.

Se estudiaron 12 hemisferios cerebrales. Diez para la anatomía vascular, cuatro de los cuales, ilustran este trabajo y dos para realizar una disección de la zona con el método de Klingler.

La revisión bibliográfica incluye autores clásicos y actuales y fue utilizada para esclarecer y enriquecer

nuestros hallazgos.

Límites: adelante, las cintillas olfatorias externa e interna unidas en el trigono olfatorio, atrás, la cintilla óptica y el gyrus lunatus del uncus del temporal, correspondiente al núcleo cortical de la amígdala.

Bordes: banda diagonal y cisura entorrinal.

Estructuras nerviosas: es un espesor de sustancia gris (S. innominata) surcado por la comisura anterior y el asa peduncular en dirección transversal y fibras longitudinales, orbitofrontales. Su exposición mediante disección se compara notablemente con cortes de atlas clásicos.

Perforantes: provienen de la carótida, cerebral anterior y media y coroidea anterior. Tienen zonas de penetración típicas pero parcialmente superpuestas y su distribución obedece a razones topográficas generadas por la estructura del EPA y condicionadas filogenéticamente.

Aunque no correcta, la denominación lenticulo estriadas para los ramos silvianos, ha sido impuesta por el uso.

Funcionalmente: se distinguen tres sistemas no separables anatómicamente, el pálido ventral, el núcleo basal y la amígdala-séptum, que confieren al EPA su actividad relevante en procesos de memoria, atención, conducta y personalidad.

Tratamiento de los aneurismas grandes y gigantes

E. ECHEVERRÍA, E. GUERRA, R. MENDEZ Y A. HERNÁNDEZ

Se analizaron 34 pacientes portadores de 39 aneurismas cerebrales, categorizados por su tamaño fueron 17 grandes, 17 gigantes y 5 pequeños (no considerados en el presente estudio), atendidos en el periodo comprendido entre marzo 1988 y marzo 2002.

Cuatro enfermos presentaron aneurismas múltiples y uno asociado a MAV. Veintisiete se localizan en el circuito arterial anterior y siete en el circuito posterior.

Diez enfermos fueron sometidos a clipado y cuatro a tratamiento endovascular; uno recibió tratamiento combinado, endovascular y directo.

Veinte pacientes no fueron sometidos a tratamiento definitivo por su pobre grado neurológico, por negativa decisión de los mismos o familiares.

En este trabajo se discute la correlación del tamaño de los aneurismas con la presentación clínica, analizando los métodos de tratamiento y sus resultados, así como el aporte de los avances en la terapia endovascular, neurointensivismo y neuroanestesia.

Tratamiento combinado en mav cerebrales y medulares

J.C. CHIARADIO, A. MARCH, G. KOHAN Y M.P. CHIARADIO

El tratamiento de las malformaciones arteriovenosas cerebrales y medulares a lo que se agregó posteriormente el de las fistulas durales representa un desafío superior a los esfuerzos individuales del neurocirujano.

Por esta razón fue necesario la creación de equipos interdisciplinarios donde fundamentalmente neurocirujanos y terapistas endovasculares colaboraron mutuamente en instituciones equipadas acorde la jerarquía de la patología a tratar.

Describimos aquí la experiencia lograda en el tratamiento combinado de 8 malformaciones arteriovenosas y durales medulares, 7 fistulas arteriovenosas durales craneanas y 44 malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Patología traumática

Lesiones vertebromedulares por proyectiles de arma de fuego en la población civil: experiencia chaqueña

P. MANZONA, V. DOMENENCH, D. FORLINO, E. MARIÑO, S. MANZONE, E. SOSA Y M. KUM

Se presentan 20 pacientes (17 hombres y 3 mujeres) con lesiones por proyectil de arma de fuego en el raquis, atendidos entre 1994 y 2002 en la Unidad Espinal del Chaco, con una edad promedio de 25 años.

La incidencia media fue de 2.5 casos nuevos/año. El seguimiento promedio fue de 18 meses.

Las localizaciones fueron: torácicas y toracolumbares: 13 (65%); cervicales: 6 (30%); lumbar: 1 (5%). Las causas fueron en su mayoría (15/20) hechos de violencia.

Nueve pacientes presentaron al ingreso lesión neurológica completa (Frankel A), 6 tuvieron lesiones incompletas y 5 fueron neurológicamente íntegros. Los 20 pacientes fueron estudiados con Rx simples y 15 lo fueron además con resonancia magnética (RM). No se encontró en la RM ningún patrón de lesión medular que se correlacione con buena evolución del déficit a excepción de la médula espinal (ME) normal.

Nuestras indicaciones quirúrgicas fueron: presencia de compresión, perforación de viscera hueca con cuerpo extraño retenido vecino o fistula de LCR. Se efectuaron cirugías descompresivas en 6 casos (30%). No se requirieron procedimientos de estabilización vertebral, puesto que no hubo lesiones inestables.

Siete (7) pacientes (35%) presentaron lesiones asociadas severas, pero el porcentaje de óbito fue menor al previamente descripto: un óbito (5% versus 19,23%).

El nivel funcional final de los 19 sobrevivientes fue: normal o deambulador comunitario en 9; deambulador

funcional y no deambulador en 10. Ninguno de los 9 pacientes Frankel A mostró al seguimiento mejoría neurológica, independientemente del tratamiento realizado.

Esquirra ósea migrante

J. FERNÁNDEZ, C. DE BONIS, G. GALARZA, G. KUPERMAN, R. MENENDEZ, N. PICARD, S. SALAVERRIA, M. SANNA Y H. PLOT

Las heridas por arma de fuego craneoencefálicas, constituyen uno de los problemas más graves en trauma, debido al daño primario del parénquima cerebral, sumado al alto riesgo de complicaciones posteriores como hipertensión endocraneal, fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR), infección.

El movimiento espontáneo de un proyectil o esquirra metálica es raramente observado e intervienen en éste diversos factores.

Se presenta un caso de migración de esquirra ósea en un paciente de sexo masculino quien ingresó con una herida de arma de fuego frontal izquierda. En las tomografías practicadas se vieron en un principio dos esquirras óseas en atrio ventricular izquierdo y pocos días después se observaron hematoma extradural bilateral y migración de las esquirras en sentido posterior. En el postoperatorio tardío tuvo como intercurencia, fistula de LCR, neumoencefalo y migración de una esquirra hacia el asta temporal izquierda.

El primer desplazamiento podría explicarse por el decúbito bajo efecto de la gravedad. La migración hacia el asta temporal pudo ser facilitada por la dilatación ventricular en condiciones de ortostatismo.

Patología tumoral

Complicaciones del tratamiento quirúrgico en 99 pacientes con tumores malignos intraaxiales

J. M. ZALOFF DAKOFF, D. A. HERNÁNDEZ, C. A. GONZALVO, M. M. BACCANELLI, S. CHRISTIANSEN, L. CAMPUTARO Y A. T. RABADÁN

Objetivo. Evaluar la morbimortalidad dentro de los 30 días del postoperatorio, en una serie de 99 pacientes con tumores malignos intraaxiales intervenidos quirúrgicamente mediante craneotomía y exéresis tumoral.

Material y métodos. En una serie consecutiva de 99 pacientes tratados quirúrgicamente mediante craneotomía y exéresis tumoral, se evaluaron en un periodo de 36 meses complicaciones y mortalidad dentro de los 30 días del postoperatorio. De esta serie, 36 casos correspondieron a gliomas grado IV, 18 casos a gliomas grado III, 10 casos a gliomas grado I y II, 32 casos correspondieron a metástasis y 3 casos a linfomas primarios de sistema nervioso; 14 casos correspondieron a recurren-

cia de gliomas sometidos a reoperaciones por recidiva tumoral. Las complicaciones fueron clasificadas en dos grupos: neuroquirúrgicas y sistémicas y a su vez en mayores y menores.

Resultados. La tasa general de morbilidad para esta serie fue de 13,1% y la tasa de mortalidad del 4%. El índice general de complicaciones fue del 13,1%. Las complicaciones más frecuentemente observadas fueron las neuroquirúrgicas y correspondieron a un 8%. Las complicaciones sistémicas fueron del orden del 5%. Las complicaciones mayores se produjeron en el 8% y las menores en un 5%. La estadía postoperatoria media fue de 6,5 días.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la morbimortalidad del tratamiento quirúrgico de tumores malignos intraaxiales es aceptable y avala la cirugía en el contexto del manejo multimodal, independientemente del tipo tumoral.

Teratoma espinal intradural: revisión y comunicación de un caso

A. CARRANZA ALIAGA, C. CENTURIÓN, F. GARCÍA COLMENA,
M. HERNÁNDEZ, I. MARENGO

Los teratomas espinales intradurales (TEI) son tumores de rara observación derivados de las tres capas germinales embrionarias. El objetivo del presente trabajo es analizar los aspectos clínicos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos de estos tumores. Se reporta un caso de una niña de tres meses de edad, con paraplejía fláccida que en IRM de raquis presentó un voluminoso proceso expansivo intradural-extramedular de T11 a S2, con evidencia de sangrado intratumoral. Fue intervenida quirúrgicamente de urgencia realizándose laminotomía y exéresis tumoral macroscópicamente completa. Anatomía patológica: teratoma inmadura. Evolución con franca mejoría de su déficit neurológico. A los 2 meses se repitió IRM demostrándose recidiva tumoral. Alfetoproteínas sin modificación. Se realizó tratamiento quimioterápico con drogas de primera línea. Posteriormente la niña presentó empeoramiento neurológico. Una nueva IRM evidenció importante aumento del tamaño tumoral, proponiéndose cirugía rechazada por los padres. Se reinició quimioterapia con drogas de segunda línea, seguida de aplasia medular. La paciente padeció un cuadro de sepsis que determinó su óbito. Los antecedentes literarios consisten en publicaciones de casos aislados. En general es aceptado que los TEI inmaduros presentan una conducta biológica difícil de predecir aconsejándose el manejo agresivo, que incluye la cirugía, la quimioterapia y la reoperación de las recurrencias. Sin embargo el valor de la quimioterapia no ha sido totalmente definida y la toxicidad de la radioterapia no es aceptable en niños. Estas formas siguen teniendo un pronóstico reservado a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. En relación a este reporte y a la revisión bibliográfica

realizada podemos concluir que la variabilidad clínico-biológica de los TEI inmaduros, como así también la escasa cantidad de casos reportados, hacen difícil establecer protocolos de estrategia terapéutica definitivos.

Quistes epidermoides. Nuestra experiencia

F. PAPALINI, R. OLOCCO, H. BEZIER, A. CARRANZA, D. CEJAS,
M. BERRA, P. BARBEITO Y M. ARNEODO

Introducción. Los quistes epidermoides son lesiones congénitas de crecimiento lento poco frecuentes que constituyen aproximadamente el 1% de todos los tumores primarios del SNC.

Material y métodos. Entre los años 1996 y junio de 2002 fueron tratados en nuestros Servicios 13 pacientes con quistes epidermoides. El promedio de edad de los mismos fue de 31,6 años; hubo un franco predominio del sexo femenino con 8 casos (61,5%). En nuestra serie fue notable el tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento (7,7 años).

La sintomatología más frecuente fue cefalea en 8 casos (61,5%); trastornos de pares craneanos en 7 casos (53%); crisis convulsiva en 4 (30,7%); se objetivó hidrocefalia y hemiparesia en 3 casos respectivamente. Todos los pacientes fueron estudiados con TAC e IRM. La localización de los tumores fue en la fosa posterior en 7 casos (53,8%); siendo 5 del ángulo pontocerebeloso, 1 lesión en vermis y otra a nivel de la región pineal; 2 casos de esta localización tenían extensión supratentorial hacia la fosa media; 6 pacientes tenían tumores localizados a nivel supratentorial (46%), 4 en la región temporal y 2 frontales.

Resultados. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente con exéresis de la lesión. No hubo mortalidad operatoria. La evolución fue muy buena (recuperación franca de la sintomatología preoperatoria) en 10 pacientes (77% de los casos) y buena en 3 casos (23%).

La anatomía patológica fue diagnóstica de quiste epidermoide en el 100% de los casos.

Discusión. Los quistes epidermoides son una patología de origen congénito poco frecuente. En nuestros casos el tiempo transcurrido desde la aparición de la sintomatología hasta el diagnóstico y tratamiento fue muy prolongado. Cuatro fueron mal diagnosticados como quistes aracnoideos y habían sido operados (derivaciones quístico-peritoneales) con persistencia de los síntomas. Se hace hincapié en dichos casos de la necesidad de realizar la densidad protónica en IRM, único método eficaz para el diagnóstico diferencial entre estas patologías. En la serie hubo una correlación directa entre el tiempo de evolución de la aparición de síntomas y signos al resultado final obtenido.

Nuestra experiencia en el manejo de tumores del III ventrículo

A. MELCHIOR, F. FLORES, F. DÍAZ, J. CELIS, G. OLMEDO Y V. ODDO

Objetivo. Se presentan 23 pacientes portadores de tumores de III ventrículo, a través de una revisión de la casuística entre los años 1986 y 2001. Evaluamos el comportamiento clínico, neurorradiológico, abordajes quirúrgicos y resultados.

Material y métodos. Entre los años 1986 y 2001 sobre un total de 1980 tumores intracraneos fueron tratados 23 casos de lesiones intraaxiales del III ventrículo. Se excluyeron de esta serie las neoplasias extrínsecas, compresivas o invasivas al III ventrículo y las lesiones de la región pineal, correspondiendo al 1,1% de todos los tumores operados. Se analizan la clínica de ingreso, diagnósticos neurorradiológicos y el abordaje quirúrgico con su confirmación histopatológica.

Diecinueve pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, 2 continúan bajo observación con imágenes y 1 fallece posterior al ingreso. La vía transcallosa interfornicial fue la más frecuente (8), le sigue la transcortical transforaminal (7), translamina terminalis (2) y shunt derivativos (2). Son calificados el resultado quirúrgico a 6 y 12 meses del procedimiento mediante la escala de Glasgow Outcome Score (GOS).

Resultados y conclusión. La confirmación histopatológica correspondió a: quiste neuroepitelial 7, astrocitoma 3, papiloma, 2 craneofaringioma 2, meningioma 1, colesteatoma 1 y neurocitoma 1. Tres pacientes requirieron shunt derivativo V/P.

De 3 pacientes no operados, 2 corresponden a hallazgo incidental de quiste coloideo y 1 a presuntivo cavernoma, que continúan con seguimiento radiológico. El paciente restante de la serie operativa fue sometido sólo a shunt V/P, en estado vegetativo, falleciendo a los 40 días. La mortalidad operatoria es del 5,2%.

Las lesiones intraaxiales del III ventrículo continúan siendo un gran desafío, aún para neurocirujanos de gran experiencia.

Utilidad de la Neurocirugía endoscópica en el diagnóstico y tratamiento de 53 tumores intracraneos

G. FERNÁNDEZ MOLINA, R. JAIMIVICH Y C. YAMPOLSKY

Introducción. El crecimiento de la neuroendoscopia en la última década ha permitido que ésta se incorpore como una técnica que ha contribuido significativamente en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías, fundamentalmente a las que afectan el sistema ventricular. Presentamos las utilidades de este método utilizado en 53 pacientes portadores de tumores intracraneos.

Material y métodos. Operamos con metodología

endoscópica a 53 pacientes con tumores de diferente estirpe histológica. En 45 pacientes utilizamos un neuroendoscopio rígido con el equipamiento e instrumental correspondientes. En los 8 casos restantes se utilizó un endoscopio flexible con canal de trabajo.

Resultados. Se realizó resección total del tumor en 18 casos, en 8 pacientes la exéresis fue parcial y se obtuvo material suficiente para biopsia en 27 enfermos. Se realizó tratamiento neuroendoscópico concomitante de la hidrocefalia en 47 pacientes. Se realizaron 7 comunicaciones cistoventriculares y/o cistocisternales. En todos los pacientes retrogradaron los síntomas de hipertensión endocraneana. En 17 enfermos se completó la exéresis tumoral con microcirugía. Se registraron 2 meningitis que respondieron favorablemente al tratamiento médico y 3 personas fallecieron por causas ajenas al método.

Conclusiones. El resultado de la técnica neuroendoscópica en el tratamiento de los tumores que comprometen el sistema ventricular o cisternal puede ser comparado con la técnica microquirúrgica. Sin embargo, la menor retracción cerebral que produce la endoscopia la vuelve menos invasiva pudiendo además resolver la hidrocefalia sin prótesis y en el mismo tiempo quirúrgico si es necesario.

Ganglioneurocitoma cerebeloso

M. CONOCENTE, F. CASTRO Y A. L. TARATUTO

Las neoplasias neuronales del sistema nervioso central son sumamente infrecuentes, en especial este es el caso del ganglioneurocitoma.

Este tipo tumoral tiene aspectos histológicos similares a los gliomas, especialmente astrocitomas, lo cual puede prestarse a error diagnóstico; más aún considerando que el pronóstico es absolutamente distinto.

Se expone el caso de un paciente de 28 años de edad en la actualidad, operado por primera vez en julio de 1983, a los 11 años de edad, con diagnóstico histopatológico de astrocitoma anaplásico y por segunda vez en marzo de 2001, es decir, 18 años después, con diagnóstico final de ganglioneurocitoma.

En la actualidad el paciente realiza actividad en forma autónoma sin déficit neurológico secular de relevancia y conociéndose con precisión el buen pronóstico de su lesión en función de expectativa de vida.

Braquiterapia intersticial estereotáctica con iodo 125, en tumores de bajo grado en pediatría

E. J. HERRERA, J. C. VIANO, J. GÓMEZ Y J. C. SUÁREZ

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento de tumores de bajo grado tratados con braquiterapia intersticial con iodo 125, en pacientes de edad pediátrica.

Material y métodos. Ocho pacientes, 6 femeninos

y 2 masculinos, con edades entre 8 meses a 12 años, con una mediana de 3 años. Todos los pacientes tuvieron confirmación histológica por biopsia cerebral estereotáctica previa al implante. El mismo se efectuó con semillas de iodo 125 con técnica de Afterloading en forma transitoria, con técnica estereotáctica.

Resultados. El tipo tumoral más frecuente fue el astrocitoma pilocítico G I (n = 6; 75%). La mediana del diámetro tumoral de los 8 casos fue de 28 mm (RIC 23-38 mm), con un rango de 20-61 mm, con desaparición completa del tumor en 6 de los 8 casos. Se observó mediante controles con IRM postoperatorias seriadas, dos tipos de respuestas: reducción rápida del volumen al 50% en 4 meses y otro más lento con reducción del 50% del volumen a 10 meses, siendo de 19 meses la mediana para evidenciar una imagen de resolución tumoral total. Morbilidad transitoria se observó en 2 pacientes, con 0% de mortalidad quirúrgica.

Conclusiones. La braquiterapia intersticial con I 125 es un método eficaz en el tratamiento de tumores de bajo grado situados en áreas elocuentes, con tamaño menor a 4 cm de diámetro y con bajo índice de morbimortalidad.

Experiencia estereotáctica en biopsia y cirugía guiada por TAC

F. DÍAZ, A. MELCHIOR, F. FLORES, G. OLMEDO, V. ODDO

Objetivo. Evaluar la utilización del arco centrado estereotáctico (MICROMAR) en 22 casos de biopsias y cirugías guiadas en pacientes con procesos expansivos intracraniales. Valorar morbimortalidad, resultado quirúrgico y confirmación histopatológica.

Material y métodos. Entre enero de 2000 a diciembre de 2001, se realizaron 22 procedimientos en 22 pacientes, con indicación de biopsia en 17 y cirugía guiada en 5, en lesiones profundas o áreas elocuentes. El 80% corresponden a lesiones del hemisferio cerebral izquierdo, siendo este lado el dominante en toda la muestra y el 20% restante corresponden al hemisferio cerebral derecho y fosa posterior, 17 pacientes fueron de sexo masculino y 8 femeninos con un rango de edad entre los 19 y 72 años. Se utilizó TAC en todos los casos, realizando el cálculo de las coordenadas y del blanco quirúrgico con el procedimiento manual y con el software del sistema computarizado MSA Micromar. Se analizaron las complicaciones y los resultados clínicos e histopatológicos correspondiendo la gran mayoría a extirpe glial, metástasis y linfomas.

Conclusión. El tratamiento utilizado, no presentó mortalidad con mínima morbilidad en un caso que tuvo disfasia y paresia con buena recuperación posterior. Demostrándose que la utilización de la estereotaxia es un método seguro, especialmente en los casos en que la cirugía tiene altos riesgos de morbilidad para lograr el mismo objetivo fundamentalmente en lesiones pequeñas, en áreas profundas o en áreas de alta elocuencia.

La cirugía guiada nos impresiona tener una alta precisión similar a la del neuronavegador. Además el tiempo de internación fue notablemente reducido lo cual se refleja en los costos.

Condroma condroide de base de cráneo

E.J. HERRERA, J.C. VIANO, N. ALAMO, G. MONTIN Y J.C. SUÁREZ

Objetivo. Presentar un caso clínico de una paciente afectada de condroma condroide de base de cráneo, patología muy poco frecuente que plantea particular interés el tipo de abordaje transfacial.

Paciente. Sexo femenino, 20 años; MC: obstrucción nasal bilateral. IRM: tumor de base de cráneo en relación al seno maxilar derecho e invasión del etmoides, seno cavernoso y peñasco derecho. Arteriografía cerebral: lesión avascular, con importante desplazamiento hacia fuera de la carótida intrapetrosa.

Tratamiento. Exéresis subtotal, por vía transfacial derecha y radioterapia conformada 3D a nivel del resto tumoral en seno cavernoso y peñasco.

Resultado. Examen neurológico normal, desobstrucción nasal completa, con 2 años de seguimiento, con IRM de control que muestra pequeño resto a nivel del seno cavernoso y peñasco.

Conclusión. El condroma condroide de base de cráneo es un tumor benigno, en relación a los senos paranasales, localmente invasor, que debe ser extirpado totalmente en caso de ser posible, para prevenir una posible recidiva y/o transformación maligna.

El abordaje transfacial da un muy buen campo operatorio, con una excelente recuperación cosmética.

Quiste enterógeno. Presentación de dos casos y discusión de esta rara entidad

V. ODDO, G. PAULETTI, H. PARES, J. CELIS, F. DIAZ, F. FLORES, G. OLMEDO, A. MELCHIOR

Objetivo. Se presentan dos pacientes portadores de quiste enterógeno o neuroentérico. Se discutirá su etiopatogenia, histología, inmunohistología, diagnósticos diferenciales, terapéutica y evolución. Se mostrarán videos de su cirugía e iconografía, y de esta manera ilustrar sobre esta rara patología.

Material y métodos. Caso 1: mujer de 40 años, con clínica de dolor local y radicular bilateral a nivel D4-D5, con nivel sensitivo D6, asociada a paraparesia progresiva y disuria. La IRM muestra una imagen quística hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, intradural, extramedular, D4 D5. Intervenido quirúrgicamente por una laminectomía D3-D6, encontrándose una lesión quística a gran tensión ventrolateral derecha. Evoluciona favorablemente con leve déficit crural derecho.

Caso 2: varón de 8 años, que consultó por dolor local D11-D12-L1 que aumenta con los esfuerzos físicos, con

examen neurológico normal. IRM con una imagen quística de similares características respecto al caso 1, situada a nivel D12-L1. Fue operado por una laminotomía D11-L2, encontrándose lesión quística dorsal a la médula en relación a un surco dorsomedular en línea media. Evolucionó favorablemente con recuperación ad-integrum. En el control con IRM no se evidencia lesión quística, observándose diplomielia, la cual no fue evidenciada en la IRM preparatoria por la compresión causada por el quiste enterógeno.

Conclusiones. Se sostiene el origen embriológico de estas formaciones quísticas, basándonos en la teoría del síndrome de la notocorda hendida. La histología se caracteriza por tener paredes con epitelio similar al tracto digestivo, aseverando la importancia del antígeno carcinoembrionario para su confirmación diagnóstica y seguimiento postoperatorio. El dolor es el síntoma principal y común. Se jararquiza la importancia de un tratamiento quirúrgico precoz así como los detalles técnicos de dicha cirugía teniendo presente que estas lesiones pueden recidivar.

Pediatría

Distintas alternativas en el tratamiento neuroendoscópico de la hidrocefalia

G. FERNÁNDEZ MOLINA

Introducción. La tercerventriculostomía endoscópica ha demostrado ser de indicación precisa en el tratamiento de la hidrocefalia obstructiva con espacios subaracnoideos funcionantes. Otras formas de hidrocefalia complicada no convencional también son beneficiadas con el aporte de la neuroendoscopia resolviéndose en algunos casos en forma sencilla situaciones sumamente complicadas para la neurocirugía estándar. En estos pacientes podemos recurrir a la septostomía, monoplastía, acueductoplastia, perforación de tabiques, coagulación de plexos coroideos, extirpación o colocación de catéteres, etc. como variantes técnicas de la tercer ventriculostomía.

Material y métodos. Sobre un total de 280 procedimientos neuroendoscópicos realizados entre julio de 1995 y julio de 2002, realizamos 98 tercerventriculostomías, 36 septostomías, 4 acueductoplastías, 14 monoplastías, perforación de tabiques en 21 pacientes, extracción de catéteres en 8 pacientes y recolocación de catéteres en 12 pacientes.

Resultados. Se realizaron 193 procedimientos neuroendoscópicos en 132 pacientes. Se registraron 8 meningitis que respondieron al tratamiento médico en pacientes con historias previas de meningitis y catéteres o sistemas que fueron retirados; 4 pacientes sufrieron hemiparesias transitorias y en 12 pacientes a los que se les realizó III ventriculostomía se les debió colocar una válvula. No se registraron óbitos.

Conclusiones. El tratamiento neuroendoscópico

de la hidrocefalia ha demostrado ser no solamente útil en la hidrocefalia obstructiva sino también en otros casos de hidrocefalias complicadas provocadas por diferentes causas y en ocasiones con repetidas intervenciones quirúrgicas previas. Esta técnica ofrece un abanico de posibilidades para la resolución de esta patología con alta efectividad y bajo riesgo.

Seno dérmico occipital presentación de 3 casos y revisión de la bibliografía

J. C. VIANO, E. J. HERRERA, J. C. SUÁREZ

El seno dérmico es un trayecto sinusoide congénito de 1 a 2 mm de diámetro, tapizado por epitelio escamoso estratificado, que se extiende desde las capas superficiales de la piel hasta las estructuras profundas del raquis o cráneo. La localización más frecuente es la región lumbar, encontrándose esporádicamente en la región occipital, donde el diagnóstico puede ser demorado y el paciente desarrollar episodios recurrentes de meningitis. El tratamiento consiste en la extirpación total del defecto. En nuestro Servicio, en el período comprendido entre enero de 1971 y diciembre de 2001, fueron tratados 3 pacientes con este defecto. Esta baja incidencia motiva la presentación de los casos y la revisión bibliográfica referida a esta anomalía congénita.

Funcional

Neuroendoscopia esterotáctica

C. YAMPOLSKY Y G. FERNÁNDEZ MOLINA

Introducción. El desarrollo de nueva tecnología y técnicas en neurocirugía en estas dos últimas décadas se ha basado en gran medida en el concepto de cirugía mínimamente invasiva. El objetivo es lograr un óptimo resultado con mínima invasividad y morbilidad. Los principios de "key hole" y la posibilidad de combinar la precisión en la localización brindada por la estereotaxia con la ventaja de la visualización directa y la navegación obtenidas mediante la neuroendoscopia justificaron la utilización de esta metodología. El manejo de lesiones intraventriculares o quísticas situadas profundamente, especialmente en caso de ventrículos pequeños, puede realizarse convenientemente con esta técnica. La estereotaxia nos permite planificar una estrategia quirúrgica tomando en cuenta la posición de la lesión en el espacio y su relación con las estructuras adyacentes, eligiendo el abordaje más seguro. La endoscopia nos agrega la visualización directa y la posibilidad de navegación.

Objetivo. Demostrar la utilidad de la neuroendoscopia asistida por estereotaxia en el manejo de patología

intracraneana.

Material y métodos. Entre mayo de 1998 y mayo de 2002 realizamos 26 intervenciones quirúrgicas de neuroendoscopia estereotáctica en 25 pacientes. En todos los casos se realizó en un primer tiempo una localización estereotomográfica con un marco estereotáctico rígido y posteriormente la planificación mediante un sistema de reconstrucción tridimensional de imágenes.

Posteriormente se transfirieron las coordenadas cartesianas al arco isocéntrico y se accedió al blanco mediante un neuroendoscopio rígido.

Resultados. En todos los casos logramos rédito histológico siendo los resultados los siguientes: a) tumores intraventriculares (18); astrocitomas (5); pineoblastomas (4); glioblastomas (2); pineocitomas (2); ependimomas (2); germinomas (2); craneofaringiomas (1); b) tumores quísticos (7); astrocitomas (4) y craneofaringiomas (3). En ningún caso hemos tenido complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Conclusión. La neuroendoscopia asistida por estereotaxia es una metodología de gran utilidad que puede ser utilizada como método mínimamente invasivo para el diagnóstico y tratamiento de patología intracerebral.

Epilepsia temporal. Cirugía guiada por PET

F. CASTRO Y M. CONOCENTE

Se presenta el caso de un paciente de 14 años de edad con diagnóstico clínico de epilepsia con convulsiones parciales complejas de 9 años de evolución, con refractariedad a múltiples esquemas farmacológicos, con correlación EEG de superficie e ictal de epilepsia de lóbulo temporal izquierdo (ELT).

No se objetivaron lesiones estructurales en la Resonancia Magnética Nuclear (IRM) con FLAIR.

Se completó la evaluación diagnóstica con FDG - PET el cual fue preciso para el diagnóstico de lateralidad (LD) en correlación a EEG de superficie interictal e ictal, mapeo cerebral topográfico dinámico y videotelemedría.

Fue intervenido quirúrgicamente en octubre de 2000 y hasta el presente no ha presentado crisis convulsivas, encontrándose libre de medicación anticonvulsivante (Engel grado I).

Se destaca la utilidad y medición del FDG-PET en la evaluación prequirúrgica de epilepsia de lóbulo temporal, en especial en ausencia de lesiones estructurales en las imágenes de resonancia magnética nuclear.

El rol de la biopsia estereotáctica en el manejo de las lesiones cerebrales asociadas a HIV

C. YAMPOLSKY, G. SEVLEVER, A. COLODRARO, C. RICA, M. CORTI Y J. BENETUCCI

Introducción. El habitual compromiso del sistema nervioso central (SNC) en el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (SIDA) ha llevado a establecer hace algunos años en algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síntomas neurológicos y lesiones intracraneanas. La biopsia cerebral estereotáctica es una indicación precisa cuando otras modalidades diagnósticas no permiten obtener resultados. Analizamos la eficacia de esta metodología en el diagnóstico de lesiones cerebrales.

Material y métodos. Entre mayo de 1995 y junio de 2002 realizamos 93 biopsias estereotácticas en pacientes portadores de SIDA. En los pacientes que en el momento del diagnóstico se encontraban estables neurológicamente se inició un tratamiento empírico antitoxoplasmosis. Si el paciente no respondía clínica y radiológicamente a este tratamiento antiparasitario empírico se le efectuaba una biopsia cerebral estereotáctica.

Resultados. El material cerebral obtenido en 93 biopsias consecutivas de pacientes con SIDA y lesión del SNC fueron analizadas. El diagnóstico histológico definitivo ha sido: leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en 28 casos, linfoma en 23 pacientes, toxoplasmosis en 17 pacientes, Chagas en 7 pacientes, encefalitis asociada al VIH en 7 pacientes, criptococosis en 3 pacientes, vasculitis en 2 pacientes y hallazgos inespecíficos en 6 pacientes. La confirmación histológica o el rédito del procedimiento diagnóstico demostró ser alto 93,5% (87/93).

Discusión y conclusiones. La biopsia estereotáctica seriada cerebral es un procedimiento seguro y efectivo para el diagnóstico de las lesiones cerebrales en pacientes con SIDA. La alta eficacia de este procedimiento está directamente relacionada con la experiencia del neurocirujano, la técnica quirúrgica y el manejo del tejido por el neuropatólogo luego de la biopsia. Es fundamental la planificación estereotáctica preoperatoria para tomar muestras seriadas de las áreas afectadas. El diagnóstico y el tratamiento precoz de puede mejorar el tiempo y la calidad de vida en pacientes con SIDA.

Rol del laboratorio de neurocirugía estereotáctica en la práctica neuroquirúrgica

J. R. ROSLER, J. M. ZLOFF DAKOFF, N. V. SPAHO, P. ARGIBAY Y A. T. RABADÁN

Objetivo. Presentar la experiencia en el laboratorio de neurocirugía estereotáctica desarrollado en nuestro servicio.

Introducción. La cirugía estereotáctica es imprescindible en el armamentario del neurocirujano actual, tanto en las distintas aplicaciones de la medicina experimental como en la actividad asistencial.

Material y métodos. El laboratorio fue creado en el año 2000. Está orientado al entrenamiento quirúrgico y a la investigación. Se compone de una planta física, equipamiento y recursos humanos: neurocirujanos, veterinarios, anestesiólogos, patólogos, expertos en imágenes e informática, biólogos, ingenieros, investigadores y técnicos.

Resultados. Se realizaron: 1- Atlas estereotáctico

del cerebro porcino. 2- Marco estereotáctico para cirugía experimental. 3- Cultivo de tejidos: rescate de material neuronal. 4- Curso práctico de técnicas estereotácticas. 5- MISCE: desarrollo de un simulador para cirugía estereotáctica.

Conclusiones. La incorporación de un laboratorio de cirugía estereotáctica permite realizar tareas de investigación y al mismo tiempo colaborar con el perfeccionamiento técnico y consecuente impacto en la calidad quirúrgica.

Epilepsias extratemporales: electrocorticografía (Ecog) intraquirúrgica

J. C. BULACIO, Z. M. SFAELLO, J. C. SUÁREZ,
J. C. VIANO Y E. J. HERRERA

Introducción. Los límites de la resección según la actividad Ecog intraquirúrgica son discutidos (extensión de la zona irritativa), aunque la postura aceptada es la máxima resección posible del área con descargas intercríticas.

Pacientes y métodos. Se intervinieron tres pacientes con epilepsia frontal refractaria, de 18, 20 y 47 años respectivamente. El caso 1 y 2 tenían cirugías previas, por astrocitoma protoplásmico frontal izquierdo GII y por astrocitoma pilocítico gigante del quiasma óptico. En el primer caso luego de la primera cirugía la paciente estuvo libre de crisis durante 5 años. En el 2º caso, 10 años después de la cirugía comenzó con convulsiones que fueron refractarias al tratamiento médico. El 3 caso correspondió a un tumor frontal derecho cuya histopatología reveló ser un oligodendroglioma GII. En los tres casos los estudios prequirúrgicos neurofisiológicos y neuroimagenológicos mostraban concordancia.

Resultados. Se realizó exéresis de la lesión macroscópicamente identificable. Luego de la evaluación electrocorticográfica se extendieron los límites de la resección en las áreas donde persistía actividad epileptogénica. Los pacientes están libres de crisis con un seguimiento de 3, 1 y 1 año respectivamente. En el 1 caso la histología mostró una gliosis postradioterapia, en el 2 caso una gliosis por atrofia secundaria a lesión vascular (infarto venoso).

Conclusiones. A pesar de las limitaciones de la Ecog intraoperatoria la ausencia de descargas luego de la resección tiene un factor pronóstico favorable como ya lo expresara la escuela de Montreal. La reintervención debe contemplarse en pacientes operados por diferentes causas para lograr un mejor control de las crisis con sus implicancias familiares y sociales.

Epilepsia temporal refractaria en la infancia. Comunicación de 3 casos.

J. C. SUÁREZ, J. C. BULACIO, A. KESSMAN, J. C. VIANO,
E. J. HERRERA Y Z. M. SFAELLO

Introducción. El tratamiento quirúrgico de la epilepsia refractaria en niños ya es relativamente frecuente, pero aún ahora, cuando estos pacientes son reportados, generalmente lo hacen con adolescentes más viejos, incluyendo pacientes de hasta 18 años. Describiremos nuestra experiencia en Córdoba.

Pacientes y métodos. Se intervinieron 3 pacientes de 9, 22 y 13 años respectivamente, incluidos aquí dado que comenzaron con convulsiones al año de edad. Todos se manifestaron por convulsiones parciales complejas. Cuyo foco epileptógeno fue derecho en un caso e izquierdo en los otros dos. Los estudios prequirúrgicos de resonancia magnética mostraron esclerosis mesial en dos casos y patología dual en otro (displasia cortical).

Los estudios neurofisiológicos tuvieron concordancia con las alteraciones estructurales.

En el 1 y 3 caso se realizó amigdalohipocampectomía y en el 2 caso una lobectomía anterior.

Resultados. Con un seguimiento de 7, 4 y 1.5 años todos libres de crisis. Los dos primeros sin medicación desde hace 4 años y 6 meses respectivamente.

Conclusiones. Numerosas series en niños muestran resultados gratificantes en cirugía de epilepsia. Pero muchos pacientes recién son operados en la adultez. Por eso queremos enfatizar la necesidad del diagnóstico y tratamiento temprano para evitar las complicaciones psicológicas y sociales de estos pacientes.

Epilepsia post traumática intratable. A propósito de un caso.

J. C. SUÁREZ, Z. M. SFAELLO, P. ARMELINI, J. C. VIANO,
E. J. HERRERA, J. C. BULACIO, G. FOA TORRES, R. BERGALLO,
M. E. PATIÑO, M. E. SFAELLO Y M. S. SUÁREZ

Introducción. Las crisis convulsivas secundarias a traumatismo craneoencefálico representan el 4,1% de todas las epilepsias. Los niños con lesiones cerebrales traumáticas severas con o sin convulsiones tempranas tienen entre el 7% y el 10% de posibilidades de desarrollar epilepsia.

Paciente y método. Niña de 5 años y 6 meses de edad, que a los 6 meses de vida sufriera un traumatismo craneoencefálico leve, ingresa cinco horas más tarde, con un Glasgow de 9, dificultad respiratoria, repuesta motora en descerebración del lado izquierdo, midriasis parálitica derecha y shock hipovolémico, cuya TAC de cerebro reveló hematoma extradural temporoparietal derecho. Se le efectuó un craneotomía parietotemporal derecha por donde se evacuó el enorme hematoma.

A los 4 años presentó la primera crisis convulsiva de tipo parcial, caracterizada por movimientos tonicoclónicos de brazo y pierna izquierda, que se hicieron recurrentes al tratamiento médico. Era evidente un retraso psicointelectual y una hemiparesia braquiocrural izquierda. El EEG mostró asimetría por disminución del voltaje en hemisferio derecho y elementos de hiperexcitabilidad neuronal en hemisferio izquierdo. La

IRM mostró lesión hipointensa triangular y de base externa homogénea que ejercía retracción sobre cuerno temporal, occipital y cisura de Silvio sobre lado derecho con afinamiento del cuerpo caloso, con hiperseñal en el esplenio y asimetría de hipocampos, pedúnculos cerebrales y pilares posteriores del trígono.

Resultado. En el seguimiento de 8 años la paciente está libre de crisis, con franca mejoría de su hemiparesia y buen rendimiento escolar. La anatomía patológica mostró cicatriz conectivo glial, con signos de necrosis hemorrágica antigua. Gliosis difusa superficial y profunda. El EEG mostró mejor organización de los ritmos de fondo con infrecuentes elementos de hiperexcitabilidad neuronal en hemisferio izquierdo.

Conclusión. Aunque constituye un porcentaje pequeño de los pacientes epilépticos, no debemos subestimar la EPT ya que afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes con actividad laboral.

Las características electroclínicas en esta población joven con frecuencia difieren de las encontradas en años posteriores de la vida, siendo un desafío la identificación de candidatos quirúrgicos apropiados. Los resultados quirúrgicos han sido gratificantes en pacientes cuidadosamente seleccionados.

Columna

Cuerda atada estudio comparativo. Pacientes operados y pacientes no operados

J. ROMÁN, C. TARSIA, S. CRISCI Y J. CIGOL

Se han evaluado en nuestro servicio durante el período (1986-2001). Cuarenta y cinco pacientes con historia y diagnóstico de mielomeningocele que presentaron en su evolución sintomatología de médula anclada.

Del grupo de pacientes estudiados 24 de los mismos fueron operados de su médula anclada.

El resto del grupo 21 pacientes no fueron sometidos a tratamiento neuroquirúrgico por su cuerda atada.

Se evalúa evolución y resultados de tratamiento en los 2 grupos estudiados.

Pott suboccipital e inestabilidad raquídea. Implicancias terapéuticas

J. SHILTON, N. GOLDENBERG Y J. MORALES

Introducción. El mal de Pott constituye 50 a 60% de las formas osteoarticulares de TBC, con una distribución preferencial a nivel del raquis toracolumbar. La participación de la charnela occipitocervical o mal de Pott suboccipital, si bien es excepcional (0,3%), más aún en ausencia de TBC puede alterar significativamente la estabilidad del raquis y ser causa de compresión

bulbomedular. La habitual extensión de la infección desde los cuerpos vertebrales hacia los tejidos blandos vecinos da lugar a la formación de un absceso frío retrofaringeo.

Objetivos. A partir de un caso de tuberculosis suboccipital, plantear los diagnósticos diferenciales y la conducta terapéutica más apropiada.

Caso clínico. Paciente de 38 años, sexo masculino, sin antecedentes personales ni familiares de TBC. A partir de un traumatismo de cráneo banal por caída sobre región occipital, evoluciona con intenso dolor y contractura cervicales. Los estudios radiológicos convencionales son reiteradamente negativos. Cinco meses después, el recrudescimiento del cuadro conduce a una TAC de charnela occipitocervical que evidencia fractura del atlas en tres puntos con desplazamiento de fragmentos y desalineación C1-C2. Un mes y medio más tarde consulta en nuestro servicio, y ante la no correspondencia entre la magnitud del traumatismo y la severidad de la lesión ósea se efectúa una nueva TC que muestra una marcada rarefacción ósea del atlas, particularmente de la masa lateral derecha y del cuerpo del axis, como asimismo una colección inflamatoria retrofaringea. La IRM confirma la existencia de dicha colección, la cual se extiende al espacio pre y retroodontoides. En el mismo acto quirúrgico se procede a la biopsia por vía transoral del presunto absceso, material que es informado como insuficiente para diagnóstico, y a la fijación occípito-C4 previa toma de material a partir de la masa lateral derecha de C1. La anatomía patológica comunica tejido granulomatoso compatible con TBC ósea. En el postoperatorio se verifica la inmediata remisión del dolor y la PPD realizada resulta fuertemente reactiva. Previo al alta, la extirpación de un bultoma subcutáneo paravertebral revela tuberculoma. Bajo tratamiento quimioterápico, el control evolutivo a tres meses comprueba solidez de la fijación, franca mejoría del estado clínico y ausencia de dolor.

Conclusión. La cirugía, de preferencia por vía posterior, está indicada cuando existe compresión medular o inestabilidad craneocervical. La fijación quirúrgica no solo confiere estabilidad sino que determina la inmediata remisión del dolor local. La evacuación del absceso frío retrofaringeo ha sido considerada innecesaria en ausencia de síntomas por compresión sobre estructuras vecinas, ya que la terapéutica antituberculosa permite la resolución del foco sin necesidad de efectuar su debridamiento.

Hematoma espinal epidural agudo no traumático, cervical y dorsal

M. SANDOVAL, E. VERGARA, A. RUIZ Y P. SALADINO

El hematoma espinal no traumático es poco frecuente. Se reportan 2 casos observados desde 1995 a 2000. Los pacientes fueron estudiados con TAC y IRM. En un caso, la etiología fue una malformación vascular y en el otro, no fue determinada. El tratamiento del

hematoma espinal epidural no traumático, es quirúrgico. Sin embargo, algunos casos de resolución espontánea, han sido reportados.

Nuestros pacientes tuvieron seguimiento clínico y por imágenes, durante 5 años.

Dada su baja incidencia, presentamos estos 2 casos y efectuamos una revisión de la bibliografía.

Quistes meníngeos sacros

SAEZ, MONTERO, GÁLVEZ, OLIVELLA, FERNÁNDEZ, MOYANO

No se recibió resumen

Tumores espinales extramedulares primarios: análisis de 22 casos

C. CENTURIÓN, A. CARRANZA ALIAGA, F. GARCÍA COLMENA
Y M. HERNÁNDEZ

La patología tumoral espinal constituye del 15 al 20% de la totalidad de neoplasmas del sistema nervioso. Los tumores de cordón espinal primarios son clasificados en intramedulares (20%) y extramedulares (80%). Los tumores espinales extramedulares primarios (TEEP) del adulto están representados por meningiomas, tumores de vaina neural,ependimomas de filum terminale y otros.

El objetivo de este trabajo es analizar las características epidemiológicas, clínicas, imagenológicas, quirúrgicas y evolutivas de TEEP.

Se analizaron en un estudio longitudinal y retrospectivo a 22 pacientes, 16 de sexo femenino (72,7%) y 6 de sexo masculino (27,3%), con un rango etario de 24 a 81 años y un promedio de edad de 64 años, quienes presentaron un TEEP y fueron intervenidos quirúrgicamente entre 1997 y 2001, por nuestro Servicio.

De los resultados obtenidos podemos concluir que la presentación porcentual de los distintos tipos tumorales, la distribución por sexos y el predominio topográfico fueron comparables a los reportados por otros autores; la manifestación clínica inicial de mayor frecuencia fue el déficit motor; la IRM fue el método diagnóstico de elección; la exéresis tumoral fue total en el 81,8%; el 100% de los pacientes mejoraron su performance neurológica en el examen postoperatorio; no existió morbilidad establecida y la morbilidad transitoria fue baja; el 86,4% de los pacientes presentaron reversión total del déficit motor y el 13,6% presentó reversión parcial al presente se estableció además una relación directa entre el intervalo sintoma-diagnóstico

y el intervalo tratamiento-reversión total, quedando así establecido que el diagnóstico precoz es un objetivo fundamental para mejorar las posibilidades evolutivas del paciente, en este tipo de lesiones.

Quiste sinovial lumbar: nuestra experiencia

H. R. PARES, G. A. PAULETTI, I. AZNAR, F. R. PAPALINI,
M. BERRO, A. H. PAULETTI, E. A. PAULETTI, P. D. PAULETTI
Y G.L. ASCORTI

Presentamos 8 casos admitidos en nuestros servicios, con el diagnóstico de quiste sinovial, desde octubre de 2000 hasta mayo de 2002.

Ellos recibieron dos tipos diferentes de tratamiento: médico y quirúrgico. En el grupo que recibió tratamiento quirúrgico se observó la remisión de la sintomatología, mientras que en el grupo de tratamiento médico los resultados no fueron óptimos.

De esto se concluye que el tratamiento quirúrgico en esta patología es de elección.

Videos

Tratamiento quirúrgico de los craneofaringiomas

R. TRAMONTANO, F. KNEZEVICH, D. HERNÁNDEZ,
A. GONZALVO Y N. SPAHO

Los craneofaringiomas son lesiones de lento crecimiento, de consistencia variable (sólidos o quísticos, con o sin calcificación), que comprometen primeramente la región selar. Crecen por expansión, comprometiendo las estructuras vecinas por compresión. La reacción glial y las proyecciones papilares del tumor pueden dar la impresión de invasión tumoral.

La remoción radical microquirúrgica es, según varios autores, el tratamiento de elección. Sin embargo, la región selar es una zona de confluencia vascular jerárquica, relacionada con pares craneales y sitio estructural de sistemas autonómicos y endocrinológicos centrales. Esto contribuye a que cualquier tipo de abordaje quirúrgico constituya un importante desafío para el neurocirujano que aspire al acceso de esta vulnerable región.

Se presenta en forma demostrativa, con estudios por imágenes pre y postoperatorias, la exéresis tumoral a través del abordaje quirúrgico orbitocigomático.