

TRABAJOS DE PRESENTACIÓN EN PANEL

Patología vascular

Cavernoma del tronco encefálico en un niño: Abordaje subtemporal bajo guía estereotáctica

N. RELLÁN, J. M. ZALOFF DAKOFF, G. PENINI, A. HOUSSAY, R. TORINO

Objetivo. Describir un caso de un cavernoma ubicado en la protuberancia al cual se abordó quirúrgicamente en forma exitosa mediante un abordaje subtemporal guiado estereotácticamente.

Descripción. Se trata de un niño de 6 Años de edad que comienza con cefalea, cuadriparesia, ataxia severa, estupor. Estudios por imágenes demuestran un sangrado protuberancial provocado por un cavernoma. Debido a la magnitud del sangrado inicial, a la baja edad del paciente, y en concordancia con la literatura mundial publicada en el tema, se decide indicar una intervención quirúrgica programada.

Intervención: El paciente fue operado bajo guía estereotáctica. Se realizó abordaje subtemporal derecho, hasta visualizar la cara lateral del tronco encefálico. Se coloca el brazo del sistema de guía estereotáctica, el cual marca con precisión la localización de la lesión. Dado que la misma no poseía expresión pial en la pared lateral del tronco, se diseñó el sitio exacto de corticotomía y su trayectoria en la pared lateral de la protuberancia para acceder al cavernoma, el cual fue resecado en forma completa. Luego de la revisión de la cavidad bajo técnica endoscópica, se concluyó el procedimiento

Conclusión: Los cavernomas de tronco son una patología poco frecuente que genera grandes inquietudes ante un evento hemorrágico en un paciente pediátrico. Si bien se describen diversos abordajes utilizados, el subtemporal transtentorial asociado a guía estereotáctica y técnica endoscópica es una alternativa que ha dado en este caso un resultado exitoso, lográndose la correcta resección de la malformación con preservación de las estructuras nobles adyacentes.

Sangrado de mav, luego de tratamiento endovascular y radiocirugía

J. ELVIRA, A. GOLDFAND, A. MAYER, M. SANNA,
J. FERNÁNDEZ, H. SOLÉ

Objetivo. Llamar la atención acerca de la insuficiencia del tratamiento endovascular y radio cirugía, como únicas opciones del tratamiento para las MAV.

Presentación. Se muestra el caso de una paciente de 64 años que fue sometida a múltiples tratamientos endovasculares y posterior radio cirugía quien no obstante presenta sangrado de su malformación.

Intervención. La misma fue resuelta quirúrgicamente..

Conclusión. El tratamiento endovascular y la radio cirugía se considera insuficiente como únicas opciones terapéuticas, por lo cual el tratamiento debe ser multidisciplinario.

Reporte de un caso de aneurisma gigante P2 P3 derecho con trombosis y oclusión espontánea del cuello

R. CÁRDENAS, N. MAROGNA, R. FERRARI

Objetivo. Reportar un caso de un aneurisma gigante P2 P3 derecho en un paciente de sexo masculino de 48 años de edad que evoluciona autolimitadamente con trombosis y oclusión total del cuello.

Descripción. Paciente masculino de 48 años de edad que consulta al Servicio de Neurocirugía por presentar alteraciones

visuales y cefalea.

Intervención. Se utilizaron técnicas de diagnóstico por imágenes: TAC cerebro simple, IRM sin y con gadolinio de cerebro y angiografía digital superselectiva de vasos cerebrales y polígono de Willis que revelaron aneurisma gigante P2 P3 derecho con trombosis parcial, con luz en su interior de aproximadamente 30 mm en su diámetro máximo y cuello de aproximadamente 4 mm Se decide realizar angiografía diagnóstica y terapéutica durante la cual se aprecia la resolución espontánea de la alteración vascular. El paciente continúa con controles periódicos mediante TAC, IRM y angiografía que evidencian una disminución importante del tamaño total del aneurisma y del trombo con mejoría de la sintomatología.

Conclusión. En virtud del caso presentado podemos concluir que existen aneurismas gigantes con cuello chico los cuales pueden ocluirse espontáneamente.

Patología tumoral

Metástasis cerebrales por mesotelioma pleural

A. HERNÁNDEZ, J. LOVATO, L. CARVAJAL, G. MANDIOLA, M. CESARINI

Objetivo. Presentar un caso de mesotelioma pleural que infrecuentemente ha progresado con metástasis cerebrales

Descripción. Paciente de 59 años procedente del interior de la provincia de buenos aires, con antecedentes de exposición ambiental durante 20 años a una industria de la construcción, desarrollando 35 años después cáncer por mesotelioma pleural que recibió tratamiento oncológico. Posteriormente a los 3 años del inicio de la patología, desarrolló sintomatología neurológica por invasión tumoral encefálica.

Intervención. Se realizó tratamiento inicial pleurocostal con radioterapia y quimioterapia fraccionada en el año 2005. Posteriormente, en el año 2007 progresó con derrame pleural y compromiso abdominal que se trató con radioterapia 3D 6000 cGy y a comienzos del año 2008 consultó por lesión nodular subclavicular que fue resecada. A mediados del presente año, cursó con crisis convulsivas parciales e hipertensión endocraneana, objetivándose la presencia de lesiones nodulares multifocales a nivel frontal lateral derecho con importante edema peritumoral y efecto de masa, que recibieron tratamiento sintomático con esteroides y anticomiciales, completando el manejo con irradiación holocraneal con 5000 cGy, obteniendo una estabilización clínica del cuadro.

Conclusión. Los mesoteliomas pleurales están asociados a la exposición ambiental del asbesto (también denominado amianto) siendo característico el largo periodo de latencia, entre 20 a 40 años, de su presentación clínica. Es infrecuente la complicación metastásica del sistema nervioso central, como se ilustra en el presente trabajo, siendo destacable la sobrevida observada en esta paciente. El enfoque terapéutico de las metástasis encefálicas aquí descritas no difiere de los protocolos empleados en otras entidades oncológicas.

Glioblastoma multiforme en tronco cerebral: a propósito de un caso

A.I. BENITO, M. ABBONA, L. ASTORGA, A. GARCÍA,
J.I. PALEO, O. GONZÁLES, H. PERATA

Objetivo. Evidenciar la baja incidencia de presentación de estos tumores infratentoriales en pacientes masculinos adultos jóvenes.

Descripción. Se presenta el caso de un paciente masculino de

15 años edad en el que se observo por TAC e IRM con contraste, tumor en el tronco del encéfalo.

Intervención. Se realiza diagnóstico histopatológico de glioblastoma multiforme mediante obtención de muestra por cirugía estereotáctica, confirmado por técnicas de inmunomarcación

Conclusión. De la revisión bibliográfica surge la baja incidencia de este tipo de tumor en localización infratentorial

Exéresis completa de lesiones que involucran senos duros, presentación de dos casos

A. HOUSSAY, P. RUBINO, L. GÁLVEZ

Objetivo. Presentar 2 casos de exéresis completa de lesiones que involucran senos duros

Descripción. Caso 1: paciente masculino, de 28 años, quien presenta cefaleas de 3 meses de evolución y trastornos campimétricos (Cuadrantopsia temporal izquierda). Se realizo TAC, RMN y angiografía cerebral que evidencio meningioma falcotentorial de 7 x 8 x 4.5 cm con compromiso de los senos transversos en forma bilateral, longitudinal superior, recto parcialmente, prensa de Herófilo, y tienda del cerebelo; con marcada circulación colateral. También se evidencio compromiso óseo y partes blandas subyacentes a la lesión. **Caso 2:** paciente femenino, de 44 años, con antecedentes de meningioma del seno transversal operado en el 2004 con exéresis Simpson 4, quien presenta recidiva tumoral. Se realizo RMN y angiografía cerebral y oclusión con balón del seno transversal por 30 minutos, dado la permeabilidad del mismo, no presentando déficit neurológicos, por lo que se decidió la remoción completa.

Intervención. En ambos casos se realizó exéresis macroscópica e imagenológicamente Simpson 1 de las lesiones, con remoción de los senos duros involucrados, reconstrucción dural y ósea. No se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento.

Conclusión. Creemos que la remoción completa de estas lesiones es posible disponiendo de información detallada de la permeabilidad de los senos dominancia y circulación colateral, a fin de posibilitar su remoción, permitiendo, la exéresis tumoral total, aumentando la posibilidad de curación, en pacientes jóvenes, con bajo índice de morbilidad.

Ependimoma del III ventrículo

J. ELVIRA, A. GOLDFAND, J. MAYER, H. SOLÉ, J. F. GRUARIN

Objetivo. Describir un caso de ependimoma de tercer ventrículo y revisión bibliográfica del tema.

Descripción. Paciente de 19 años que ingresa por cefalea holocraneana y vómitos de 3 meses de evolución, que agrega diplopia la semana previa a la consulta.

Intervención: Se realiza campo visual, estudio de laboratorio con perfil hormonal, resonancia magnética con y sin gadolinio que evidencia lesión heterogénea con imágenes quísticas hipointensas en T1 hiperintensa en T2 en región supraselar, dilatación del sistema ventricular con compresión de cisternas peritroncales. Se realizó exéresis total de la lesión mediante incisión bicoronal. Abordaje transventricular. El informe anatomopatológico evidencio presencia de ependimoma con índice cinético elevado GFAP y Vimentina + para proliferación neoplásica AE1 AE3 EMA - para proliferación neoplásica y KI67 12% en áreas de mayor actividad.

Conclusión. Los ependimomas en el adulto son tumores que se localizan más frecuentemente a nivel infratentorial (IV ventrículo) siendo baja la incidencia a nivel supratentorial. La sobrevida de los pacientes con dichos tumores depende del grado de resección quirúrgica, del grado tumoral y recidiva es la regla en el 50% de los pacientes.

Linfoma No Hodgkin tipo B de calota con invasión de la base de cráneo anterior. Reporte de un caso

D.F. MARTÍNEZ, J.P. CASASCO, C. DE BONIS,
M.J. CAFFARO, S. BERNER

Objetivo. Presentar un caso de linfoma No Hodgkin de calota a nivel frontal con invasión de la base de cráneo anterior y realizar una reseña bibliográfica sobre esta inusual localización.

Descripción. Paciente de 60 años de edad que consulta por lesión expansiva en la región frontal.

Intervención. Los estudios por imágenes mostraron una lesión de calota a nivel frontal con extensión a la base del cráneo y extensión endocraneana con realce postcontraste. Se realizo la exéresis parcial a fin de preservar el colgajo cutáneo frontal el cual se encontraba infiltrado lográndose reducción de volumen. El diagnóstico AP que se obtiene es el de un linfoma difuso No Hodgkin tipo B de células gigantes. Presentó una buena evolución postoperatoria iniciando el tratamiento quimioterápico. En la evolución a corto plazo se logro la desaparición de la lesión por completo.

Conclusión. El linfoma No Hodgkin tipo B de calota es una forma rara de presentación de esta patología. La cirugía seguida de quimioterapia sistémica y radioterapia local son el tratamiento de elección.

Patología de columna

Epilepsia epidural secundaria a hemoneumotórax traumático

C. PIERONI, F. MARTÍNEZ, M. LAPREBENDE, D. VIVARES,
A. LACAL, J. REGO

Objetivo. El enfisema epidural o neumorraquis es una entidad extremadamente rara, secundaria a diferentes patologías, definido como la presencia de aire intraespinal en el espacio extradural.

Descripción. Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años de edad que ingresa al servicio de emergencias por herida de arma de fuego en región torácica. Al examen físico presentaba paresia severa crural derecha y plejía crural izquierda, hipoestesia a nivel T2 bilateral, hiporreflexia en miembros inferiores y atonía del esfínter anal. Se realiza TAC de tórax y columna cervicodorsal, constatando hemoneumotórax, fractura de láminas laterales de T2 y T3 e imagen de densidad aérea intraespinal.

Intervención. Se realiza hemilaminectomía T1-T3, evidenciando fistula pleurodural, la cual se oblitera. El paciente evoluciona favorablemente, sin déficit motor, con parestesias en miembros inferiores.

Conclusión. Se expone un caso y se realiza una revisión bibliográfica de una entidad poco frecuente, generalmente benigna, cuya importancia radica en el diagnóstico de la causa subyacente y su resolución.

Anatomía del espacio epidural Correlación anatomorradiológica

L. D'ALESSANDRO, M. FERRARO, A. SINAGRA, M. PÉREZ,
M. ACUÑA, H. CONESA

Objetivo. Correlacionar la anatomía cadavérica y la anatomía radiológica del espacio epidural.

Material y método. Se utilizó material cadavérico adulto formolizado y seccionado en diferentes planos del espacio, dos columnas vertebrales, una con secciones axiales y otra con secciones sagitales. Se utilizaron imágenes radiológicas de los

distintos segmentos raquídeos, IRM, TAC y radiología simple. **Resultados.** Los cortes cadavéricos de la columna vertebral en diferentes planos del espacio resultan útiles para la comprensión y visualización de las estructuras del espacio epidural; y se correlacionan ampliamente con la anatomía observada con los métodos complementarios de diagnóstico.

Conclusión. La anatomía del espacio epidural se correlaciona con la anatomía por imágenes. Es factible utilizar la anatomía por imágenes para facilitar la comprensión, enseñanza y aprendizaje del espacio epidural.

Anatomía del nervio sinuvertebral Implicancia en la génesis del dolor lumbar

M. FERRARO, A. FOLGUEIRA, M. PÉREZ, M. ACUÑA,
A. SINAGRA, H. CONESA

Objetivo. Visualizar y describir el origen de los nervios que brindan inervación al disco intervertebral. Detallar una variación anatómica encontrada del nervio sinuvertebral.

Material y método. Se realizó la disección de una columna lumbar formolizada, ingresando por el sector posterior (retirando apófisis espinosas, láminas y articulaciones interapofisarias).

Resultados. El nervio sinuvertebral está formado por la asociación de una rama somática del ramo anterior del nervio raquídeo y una rama autonómica proveniente de la cadena simpática (ramo comunicante gris). Brinda inervación al ligamento longitudinal posterior, a la parte posterior del anillo fibroso y a la duramadre. En esta disección, se encontró el nervio sinuvertebral naciendo del ramo comunicante gris de la cadena simpática (sin asociarse con el ramo anterior del nervio raquídeo), proyectándose posterior a los cuerpos vertebrales y al disco intervertebral para finalmente penetrar el ligamento longitudinal posterior y alcanzar el disco.

Conclusión. El conocimiento de la inervación del disco intervertebral y sus posibles variantes resulta importante en el diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar.

Nuestra experiencia en artroplastia cervical

D.N. RELLAN, J.P. CANTA VERBEKE, S. CERNEAZ, M. NOCERA,
L. FOLLADORM, R.A. MOYA

Objetivo: Evaluar y comunicar los resultados obtenidos en Artroplastia cervical en 12 pacientes, realizadas en el H.I.G.A. Vicente López y Planes y clínica de las Mercedes.

Material y método. Se analizaron retrospectivamente entre marzo de 2007 y agosto de 2008 12 casos de artroplastia cervical con reemplazo discal por disco artificial. Todos abordados vía anterior. La selección de pacientes coincide con lo expuesto en la literatura. Se analizaron causas, signosintomatología, niveles, número de discos afectados, complicaciones y seguimiento.

Resultados. Los 12 casos corresponden a pacientes jóvenes que presentaban discos blandos, ocho femeninos y cuatro masculinos. La signosintomatología presentada fue cervicalgia, parestesias y debilidad muscular en miembros superiores según territorio afectado. Siete pacientes presentaron dos niveles afectados, dos 1 nivel y tres 3 niveles. Los niveles implicados fueron C5- C6 en los doce casos, C6-C7 en nueve casos, C4-C5 en tres casos y C3-C4 en un caso. Complicación posquirúrgica en un paciente que sufrió fistula de LCR, requiriendo drenaje lumbar externo. Todos presentaron mejoría clínica en el postoperatorio y en su seguimiento.

Conclusión. El advenimiento del reemplazo discal cervical representa una nueva y excitante frontera en el tratamiento de la mileopatía y dolor discogénico. La posibilidad de preservar el movimiento del nivel afectado, puede presentar un paso importante para reducir la incidencia de enfermedad del

segmento adyacente afectado. Se requieren de mayores estudios para que estos implantes sean ampliamente aceptados, por el momento nos abren el camino para la resolución definitiva de este tipo de entidades.

Metástasis sacras

F. ALBERIONE, G. DEL GIUDICE, P. ITURRIETA, M. GALÍNDEZ,
G. MASENGA, J. CASCARINO

Objetivo. Describir 3 casos de metástasis sacras.

Descripción. Caso 1: masculino, 63 años, consulta por lumbalgia irradiada a miembros inferiores. IRM: lesión tumoral L5 y S1. Screening oncológico: lesión expansiva renal derecha y metástasis pulmonares. Biopsia percutánea transacra: metástasis de Ca renal. Tratamiento con radioterapia. **Caso 2:** masculino, de 44 años, presento lumbociatalgia bilateral a predominio derecho. IRM: lesión expansiva de S1 y S2. Screening oncológico negativo. Biopsia percutánea transacra: metástasis de Ca renal. Resección tumoral por vía posterior con liberación radicular L5, S1, S2 bilateral. Tratamiento con radioterapia coadyuvante. **Caso 3:** masculino, de 55 años, ingresa por dolor en región anocoxígea, asociado a hipoestesia perineal con incontinencia de esfínter anal y trastorno miccional. IRM: voluminosa lesión expansiva de S1 a S3. Biopsia percutánea transacra: insuficiente. Resección tumoral por vía abdominal. Anatomía patológica: metástasis de Ca de colon.

Discusión. Se presentan con: dolor, déficit neurológico, molestias gastrointestinales y en ocasiones masa palpable. La TAC e IRM son los métodos diagnósticos de elección. El 25 % de los casos se presentan como secundarismo de primario desconocido. El objetivo del tratamiento es el control del dolor, la preservación de la función motora y la estabilidad raquídea. Las vías de abordajes son: anterior (abdominal), posterior y/o ambas. La artrodesis lumbopélvica es una opción en las lesiones inestables. La radio y quimioterapia son también terapéuticas validas.

Conclusión. Los tumores de sacro son de baja incidencia, siendo las metástasis las lesiones más frecuentes. La biopsia determina el diagnóstico anatomopatológico. La cirugía esta indicada en: expectativa de vida mayor a 6 meses; déficit neurológico progresivo y/o dolor intratable. Consideramos que el abordaje de estas lesiones debe realizarse de manera multidisciplinaria.

Hipertrofia selectiva de las raíces nerviosas de la cauda equina. Reporte de un caso

F. LANDRIEL, M. KITROSER, S. HEM, L. PEÑA, E. VECCHI

Objetivo. Presentar un caso de hipertrofia selectiva de las raíces nerviosas de la cauda equina, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados.

Descripción. Presentamos una paciente de sexo femenino de 60 años con lumbociatalgia de 6 meses de evolución, parestesias distales progresivas en miembros inferiores a predominio derecho y dificultad en la marcha.

Intervención. Se realizaron Resonancia magnética electromiograma, examen citológico, cultivos y citometría de flujo en líquido cefalorraquídeo, dosaje de anticuerpos, laminectomía descompresiva L1-L3 y biopsia de raíz nerviosa. En nuestro caso la causa de la HSRC fue probablemente por una infiltración radicular linfomatosa.

Conclusión. En el diagnóstico HSRC se debe tener en cuenta la posibilidad del origen paraneoplásico de la lesión así como la utilización de la laminectomía descompresiva y biopsia nerviosa como alternativa coadyuvante diagnóstica y terapéutica.

Patología traumática

Traumatismo penetrante de cráneo por herida de arma blanca. Presentación de un caso

A. MERCADO, D. DESOLE, S. PALLINI, M. AMAOLO,
P. TRESPIDI, M. PIROZZO

Objetivo. Presentar un caso de traumatismo penetrante de cráneo por herida de arma blanca.

Descripción. Paciente varón, de 43 años, con antecedentes psiquiátricos, que ingresa a sala de emergencias por traumatismo craneoencefálico *penetrante* secundario a herida de arma blanca (autoinflingida) en región temporal derecha, de horas de evolución. Al *examen neurológico*: vigil; sin respuesta verbal; localizando ante estímulo doloroso (Glasgow 10/15). Se realizaron estudios imagenológicos: Rx. de cráneo + TAC de cerebro simple, siendo posteriormente trasladado a la sala de operaciones en la cual se realizó toilette de la herida + remoción del cuerpo extraño (hoja de cuchillo de uso doméstico de 1,5 x 11 cm). El paciente cursó postoperatorio en UTI, con BUENA evolución desde el punto de vista neurológico (PIC normal; Sin déficit agregado), intercurriendo con neumonía asociada al respirador, lo cual le produjo el deceso luego de 14 días.

Intervención. Se realizó Toilette de la Herida a través de una incisión lineal en región temporal derecha, procediéndose luego a la ectomía de plaqueta ósea y removiendo finalmente el objeto lesivo incrustado. Luego se realizó durotomía, con exploración y control de la hemostasia cortical. Finalmente se procedió a la confección de duroplastia con fascia de músculo temporal. No se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento.

Conclusión. Las consecuencias patológicas de las lesiones penetrantes dependen de las propiedades del arma, energía de impacto, localización y características de la trayectoria intracranial; una vez establecido el daño primario aparecen alteraciones bioquímicas (lesión secundaria). Por esto, el diagnóstico precoz de estas lesiones mejora el pronóstico. El tratamiento de estos pacientes depende del estado neurológico y condiciones asociadas. Los pacientes que sobreviven a un TEC penetrante corren el riesgo de sufrir múltiples complicaciones, incluyendo el déficit neurológico persistente, infecciones, epilepsia, fistula de LCR, déficit de nervios craneales, pseudoaneurismas, fistulas arteriovenosas, e hidrocefalia. El manejo agresivo de los cuidados intensivos en combinación con el tratamiento quirúrgico precoz, reduce indiscutiblemente de forma significativa la morbilidad y la mortalidad de los mismos.

Hematoma subdural congénito

B. TORNESELLO, M. D'AGUSTINI, D. DEMARCHI, J. EMMERICH, A.
LONGUINHO, M. FERREIRA

Objetivo. Presentar el caso de un recién nacido (RN) con hematoma subdural (HSD) congénito

Descripción. Presentamos el caso de un RN de término con peso adecuado, de 3 días de vida que ingresa a UTIN por depresión neonatal. El RN es producto de 1º gesta, embarazo controlado y sin complicaciones no factores de riesgo maternos. Durante el trabajo de parto se indica cesárea por falta de progresión y bradicardia fetal. Apgar 3/6. Ingres a UTIN en ARM, vigil con diagnóstico de: depresión neonatal, síndrome de dificultad respiratoria y macrocefalia (PC: 43 cm). Se practican laboratorios de rutina normales. Ecografía cerebral: alteración de ecoestructura del hemisferio cerebral derecho con efecto de masa, desplazamiento de línea media con área de ecoestructura no VLD colapsado. TAC: desplazamiento de línea media por tumoración sólida redondeada frontoparietal derecha que ocasiona colapso del ventrículo lateral homolat-

eral y gran dilatación del contralateral. Se establece el diagnóstico presuntivo de lesión ocupante de espacio supratentorial a descartar: neoplasia, infección, hemorragia.

Intervención. Se evacua gran HSD sólido con áreas licuefactas. No se advierten MAVs y se observa gran hipoplasia del hemisferio cerebral subyacente. Cursa postoperatorio tórpido con insuficiencia renal aguda que requiere diálisis, inotrópicos y ARM. Se realiza: ecocardiografía, descartándose cardiopatía congénita; ecografía renal sin alteraciones y estudio de coagulación dentro de valores normales: [P]: 80%; KPTT: 47"; TP: 17"; Fbg: 693 mg/dl; TTPA: 33; factor VIII: 200%; factor IX: 70%. El paciente fallece al mes debido a insuficiencia renal refractaria al tratamiento.

Conclusión. No existen aún suficientes conocimientos ni experiencia sobre esta rara entidad cuando su causa es idiopática.

Pediatría

Hidromielia idiopática. Aporte de un caso

M. LORENZO, P. JARA, C. FALCO, E. LADAVAZ

Objetivo. Presentar un caso poco frecuente de hidromielia idiopática tratado mediante la colocación de derivación epéndimo subaracnoidea, con buena respuesta al tratamiento

Descripción. Paciente de 48 años, sexo femenino, consulto por pérdida de fuerza progresiva y trastorno de la sensibilidad en ambos miembros inferiores de 90 días de evolución, sin antecedentes de otras patologías.

Intervención. La IRM evidencia dilatación ependimaria a nivel D5-D6, y D10- D11-D12. En los 30 días posteriores la paciente evoluciona a paraparesia espástica severa, alteración de la sensibilidad superficial y profunda con nivel D5-D6, esfínteres conservados, reflejos rotulianos y aquileanos bilaterales aumentados con hipertonía. Se realiza cirugía, colocación de catéter epéndimo subaracnoideo a nivel del cono medular, se envía muestra de tejido periependimario atípico a anatomía patológica. En el postoperatorio inmediato la paciente recuperó sensibilidad superficial, posteriormente mejoró la función motora, actualmente paraparesia leve. Resultado de anatomía patológica: inflamación inespecífica.

Conclusión. En esta paciente con hidromielia idiopática con deterioro de las funciones neurológicas se consideró la colocación de un drenaje epéndimo subaracnoideo obteniéndose como resultado un beneficio para la paciente.

Craneoestenosis. Técnica quirúrgica

A. HOUSSAY, F. RODRÍGUEZ, J. M. ZALOFF DAKOFF, R. TORINO

Objetivo. Describir la experiencia en cirugía de las craneoestenosis con técnica de drilado de suturas.

Material y método. Presentamos una serie de 10 pacientes operados, 9 de los mismos se realizó el únicamente drilado de las suturas y en un caso craneotomía. Técnica quirúrgica: infiltración con lidocaína del plano cutáneo. Incisión en con electrobisturí. Drilado de suturas comprometidas. Se utilizó drill de alta velocidad con fresas de diamantes. La duración del acto quirúrgico fue de dos horas en promedio. Internación postoperatoria inmediata en unidad de cuidados intensivos pediátricos. Los pacientes fueron evaluados con TAC cerebral con reconstrucción craneal 3D pre y postoperatoria.

Resultados. La respuesta Postoperatoria fue muy satisfactoria donde solo dos casos requirieron transfusiones, en un caso por la utilización de fresas tipo comedoras y en otro por hematoma producido en el abordaje de la vía central. Las ventajas que podemos transmitir del tratamiento son: No transfundir al paciente (caída del hematocrito de 2 puntos).

Mejor manejo del dolor, la estancia en cuidados intensivos fue de 24/48 horas y postoperatorio en sala general de 48 / 72 horas. Los resultados funcionales estéticos y han sido satisfactorios en todos los casos.

Conclusión. Esta técnica descrita es un recurso quirúrgico más en el tratamiento de las craneostenosis, brindando beneficios de una cirugía poco agresiva disminuyendo el sangrado intraoperatorio, disminuyendo la morbilidad operatoria y reduciendo la estadía hospitalaria.

Patología infecciosa

Absceso cerebral por faeohifomicosis postransplante renal

J. I. WEINSTEIN, P. GHILINI, J. A. LOVATO

Objetivo. Presentar un caso infrecuente de absceso cerebral micótico asociado a inmunosupresión generado por un agente muy poco frecuente como es la *faeohifomicosis*, efectuando una revisión bibliográfica.

Descripción. Paciente masculino de 55 años con antecedentes de trasplante renal desde hace 7 años por insuficiencia renal crónica secundaria a uropatía obstructiva y en actual tratamiento inmunosupresor, consultando por hemiparesia derecha y disartria de 7 días de evolución.

Intervención. Mediante neuroimágenes se evidenció una lesión ténporoparietal izquierda con características de absceso cerebral. El material obtenido mediante abordaje estereotáctico definió la etiología infecciosa por *Faeohifomicosis*, comenzando el tratamiento antimicótico correspondiente. Posteriormente se realizó la evacuación quirúrgica del absceso cerebral. Evolución postquirúrgica satisfactoria (7 meses de seguimiento) con deambulación independiente y sin disartria, actualmente bajo control clínico-imagenológico con presencia de infección residual, tratamiento inmunosupresor prolongado y complemento antimicótico.

Conclusión. El absceso cerebral por *faeohifomicosis* es una entidad de muy rara presentación y observable en pacientes con trasplante de órganos sólidos, principalmente renal. Estas infecciones poseen altísima mortalidad, requiriendo tratamientos agresivos, médico y quirúrgico combinados. El caso presentado, no obstante la alta mortalidad de la patología, evoluciona con buen estado general superando la expectativa de vida en esta enfermedad.

Tuberculoma cerebral. A propósito de un caso

J. I. PALEO, J. M. BALDOVINO, M. T. URRUTIA, M. GENESIO, I. BENITO, H. PERATA

Objetivo. Actualización, algoritmo diagnóstico y terapéutico, revisión bibliográfica.

Descripción. Paciente de 58 años con cefalea progresiva, deterioro cognitivo y paresia facial central derecha.

Intervención. Se realiza TAC de cerebro con y sin contraste que muestra imagen inespecífica de tumor frontal izquierdo hipercaptante. Se realiza Screenig que no guía al diagnóstico presuntivo por lo que se realiza cirugía de exéresis y análisis histopatológico que informa tejido cerebral con área central con granulomas calcificados. La tinción Ziel Nilsen reveló BAAR en células gigantes multinucleadas, haciéndose diagnóstico de tuberculoma cerebral. Se presentaron complicaciones como trombosis venosa profunda y absceso escrotal, TBC miliar. Se realizó tratamiento tuberculostático con buena evolución al momento.

Conclusión. Los hallazgos radiológicos de tuberculoma son inespecíficos. La probabilidad de secuelas aumenta con el inicio tardío de la terapia. La tuberculosis pulmonar miliar con

lesiones intracraneales es muy rara. El 86% ocurre en pacientes menores de 25 años, mujer 3/1. La TAC no puede diferenciar los tuberculoma de otras lesiones ocupantes de espacio. El diagnóstico definitivo es histopatológico. La cirugía se reserva cuando la terapéutica médica a fallado, ante deterioro del paciente o para diagnóstico etiológico.

Misceláneas

Referencia y contrarreferencia. Desarrollo de un modelo en Neurocirugía

J.L. GARDELLA

Objetivo. Presentar una planilla de un sistema de referencia y contrarreferencia a los fines de mejorar la atención de nuestros pacientes Neuroquirúrgicos.

Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica de materiales de gestión de pacientes con acceso a internet y entrevistas sobre satisfacción del paciente y del médico derivante a nuestro Servicio. Se han efectuado las definiciones de: Referencia y contrarreferencia; Remisión; Interconsulta; Usuario; Orden de servicio; Responsables; Tipos de referencia y contrarreferencia: consulta externa y urgencia evidente. Se determinó cuándo actúa el Neurocirujano Consultor y se establece su accionar. Se planificó el monitoreo y evaluación del sistema. Se desarrollaron dos tipos de documentos a saber: la ficha de referencia y el informe de contrarreferencia con las siguientes características. Se pauta el formato de digitalización de imágenes.

Resultado. El sistema de referencia y contrarreferencia resultó un instrumento superador del concepto de hoja de derivación y epicrisis de historia clínica dado que tiene un carácter formal, personaliza la atención del paciente y rescata el vínculo interprofesional.

Conclusión. De la revisión del ensayo piloto surge que mejoró en el área cualitativa, de manera manifiesta la satisfacción del médico que deriva al paciente y redundó en una mejor comunicación sobre eventos clínicos del paciente referido.

Reporte de una complicación abdominal poco frecuente en un paciente con shunt ventrículo peritoneal

L. BRIVIDORO, G. BURRY, N. EIRAS, E. BRICHETTI, N. CARRIL, F. STRUFFOLINO

Objetivo. Describir una complicación abdominal infrecuente que pueden presentar los pacientes con shunt ventrículo peritoneal, mediante la exposición de un caso clínico y de la revisión de la bibliografía referente al tema.

Descripción. Paciente de 24 años de edad, con sistema de derivación ventrículo peritoneal implantado en la infancia quien ingresa actualmente por presentar meningitis a *Enterococcus faecalis*.

Intervención. Al retirar el sistema de derivación que tenía implantado se evidencia fijación del mismo a nivel torácico, secreción purulenta e imposibilidad de retirar el catéter distal por fragilidad de éste, por lo cual se decide realizar laparotomía. Durante la cirugía se observa que el catéter se encontraba internalizado en un asa yeyunal, quedando su extremo fuera de ésta, drenando líquido cefalorraquídeo al peritoneo.

Conclusión. Dentro de las complicaciones abdominales relacionadas con la colocación de sistemas de derivación ventrículo peritoneal, la internalización del catéter distal en asas intestinales es un evento inusual, principalmente cuando éste persiste funcional, drenando LCR, y no se acompaña clínicamente de signo sintomatología abdominal.