

Resúmenes de los trabajos presentados en las XIII Jornadas Argentina de Neurocirugía

E-POSTERS

FUNCIONAL

La neuromodulación por estimulación magnética antagonista mejora los resultados de la neurotomía periférica selectiva en la espasticidad post accidente cerebro vascular en el miembro superior comparada a un grupo control

Juan Carlos M. Andreani, Vladislav Vasilenko, Fabián César Piedimonte

Sociedad Argentina de Neuromodulación (SANE), Fundación CENIT, Programa Provincial de Neuromodulación (MS – Pcia. de Buenos Aires)

jcmandreani@gmail.com

Objetivo: Mejorar los resultados post operatorios, analizamos los efectos un tratamiento complementario de Estimulación Magnética (EM) sobre la musculatura antagonista post operatoria sobre la mejoría de la espasticidad comparada con un grupo control.

Material y Métodos: Este estudio fue aprobado por el comité de ética “ad hoc” de la Fundación CENIT.

Pacientes con espasticidad intratable Post Accidente Cerebrovascular (ACV) afectando alguno de los miembros superiores (MS), distribuidos en dos muestras seleccionada al azar, una de control, 10 pacientes (6 MS derecho, cuatro MS Izquierdo), y 21(12 MS derecho, 9 MS Izquierdo). El bloqueo anestésico fue considerado positivo en todos los casos seleccionados, cuando el valor promedio de la escala de Ashworth modificada (MAS) disminuyó en 1,5 puntos o más.

Todos los pacientes fueron operados por neurotomía selectiva del nervio mediano o cubital.

Dos de los pacientes del grupo uno y cinco del grupo dos fueron también operados del nervio tibial posterior para tratar espasticidad de miembro inferior.

La evaluación de los pacientes fue hecha por neurólogos independientes que desconocían la existencia del estudio.

Todos los pacientes, en ambos grupos, siguieron un tratamiento intensivo de rehabilitación.

Una semana después del alta de cirugía los pacientes del Segundo grupo fueron tratados con sesiones de estimulación magnética periférica en topografía antagonista a la signología prevalente en cada caso, utilizando un equipo Dipol Zeta D5 (Federación Rusa) a una intensidad de 1.5 tesla.

Todas las estimulaciones fueron realizadas al 80% del um-

bral motor (infra liminar), con 10 trenes de 100 pulsos a 10Hz, completando 1.000 pulsos en total. Cada tren fue de 10 segundos con un intervalo de 50 segundos, durando cada sesión alrededor de 30 minutos. Estas aplicaciones se repitieron dos veces por semana durante 6 meses.

Los pacientes de ambos fueron evaluados mensualmente mediante el promedio de valor de la escala MAS relacionada a los dedos, muñeca, codo y hombro.

Resultados: El promedio (MAS) pre y post bloqueo anestésico fue de 3.15 +- 0.54 DS y de 1.84 +- 0.83 para el grupo tratado por EM y de 3.34 +- 0.85 DS respectivamente, en los 10 casos control.

El promedio pre – operatorio de la MAS del grupo tratado convencionalmente fue de 3.15 +- 0.54 DS y el post – operatorio a 1, 3 y 6 meses fue de 1.94 +- 0.63, DS, 1.67 +- 0.60 DS y 1.57 +- 0,76 SDS respectivamente, en los 10 casos control.

El promedio pre – operatorio de MAS del grupo tratado por EM adicional fue de 3.27 +- 0.74 DS y el post – operatorio a 1, 3 y 6 meses fue de 1.34 +- 1.03, SD, 1.37 +- 0.60 DS y 1.21 +- 0,76 SD, respectivamente.

Conclusión: La EM antagonista demostró ser un complemento terapéutico útil para mejorar la evolución de pacientes en orden de mejorar resultados post – operatorios, sin necesidad de extensas lesiones durante la realización de NSP.

Palabras claves: Neuromodulation; Peripheral Magnetic Stimulation; Stroke

Neuromodulación combinada del ganglio esfenopalatino para cefalea tipo cluster. Experiencia en cinco pacientes

Fabián César Piedimonte, Juan Carlos M Andreani, Nicolás Barboza, Diego Bashkansky

Fundación Cenit

jcmandreani@gmail.com

Objetivo: Este trabajo es la continuación de otro previo, esta vez con una muestra de 5 pacientes con estimulación eléctrica combinada Ganglio Esfenopalatino con el Nervio Occipital mayor (GEP – NOM), con un seguimiento de tres años cada uno, a fin de homogeneizar el tiempo de seguimiento para mejorar la proyección estadística.

Material y métodos: En cinco pacientes afectados de cefalea tipo cluster refractaria episódica, 3 mujeres y dos

hombres, se les realizó una estimulación combinada (GEP – NOM) por implante percutáneo de electrodos, adosados a un estimulador subcutáneo en región subclavicular.

El seguimiento de estos pacientes fue hecho por medio de la escala análoga visual (EAV) y el cuestionario SF-36 en el preoperatorio y a los 3, 6, 9, 12 meses del post operatorio, con dos seguimientos anuales el segundo y tercer año posteriores, a fin de uniformar el tiempo de seguimiento.

Resultados: 4 de los pacientes experimentaron un buen a excelente alivio inicial del dolor con desaparición posterior de las crisis agudas.

En un caso no se requirió estimulación posterior 12 meses después del inicio, lográndose la desaparición total del cuadro durante 20 meses más, volviéndose a estimular al paciente tras reaparecer entonces la sintomatología.

La reducción global del dolor fue de 71,4 % más menos DS 19,1 % de acuerdo a la EAV.

La reducción global de las crisis decreció también de modo significativo de 45,7 más menos DS 21,6 TO 18% más menos DS 7,8, por año.

En dos pacientes hubo migración manifestados por la pérdida súbita de sensación de parestesias faciales, 12 días y 3 meses después del comienzo del tratamiento número, con retorno al beneficio inicial, tras la reposición del electrodo.

Conclusión: Con la aparición de la Neuromodulación, se ha intentado la estimulación del NOM o GEP, ambos de manera aislada. La estimulación Vagal y la Estimulación Cervical Alta, con buenos resultados reportados en un reducido número de enfermos.

Palabras clave: Cluster Headache; Neuromodulation; Peripheral Nerve Stimulation

PEDIATRÍA

Meningocele sacro anterior en paciente con síndrome de regresión caudal: reporte de caso

Buznick Jessica; Palma, Fernando; Bartuluchi, Marcelo – Hospital de pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
jbuznick@hotmail.com

Objetivo: Describir el caso de un paciente con meningocele sacro anterior y su resolución quirúrgica.

Introducción: El meningocele sacro anterior es una forma rara de disrrafismo espinal caracterizado por la herniación del saco meníngeo debido a un defecto óseo del sacro. Se presenta el caso, resolución quirúrgica y resultado postquirúrgico de un paciente de 3 años y 6 meses con síndrome de regresión caudal, meningocele anterior y médula anclada.

Material y método: Se analizaron 523 historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de disrrafismo espinal en el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan entre los años 1988 y 2015. Se hallaron 17 meningoceles espinales, únicamente dos de tipo anterior.

Resultado: Paciente nacido de término por cesárea por falta de progresión de peso. Se diagnosticó malformación anorrectal en las primeras horas de vida por distensión abdominal y falta de eliminación de meconio, por lo que requirió colostomía. Fue evaluado por primera vez en el Servicio de Neurocirugía a los 3 años de vida con RMN compatible con síndrome de regresión caudal, meningocele sacro anterior y médula anclada. A los 3 años y 6 meses se realizó la cirugía de desanclaje medular y reparación de meningocele anterior con buen resultado.

Conclusión: Pese a ser una entidad rara hay que tener en cuenta al meningocele anterior como diagnóstico diferencial en pacientes con historia de constipación, infecciones del tracto urinario, meningitis y masas abdominales. La RMN es el estudio de elección para poder planificar de manera correcta la reparación y cierre del meningocele de manera precoz evitando así futuras complicaciones.

Palabras claves: Meningocele Anterior; Pediatría

Migración pulmonar de catéter distal en paciente con derivación ventrículo peritoneal: reporte de un caso y revisión de la literatura

Ruiz Johnson, Agustín; Buznick, Jessica Yael; Jaimovich, Roberto; Jaimovich, Sebastián; González Ramos, Javier Danilo

Htal. Garrahan
agustinrj@hotmail.com

Objetivo: reportar un caso de complicación secundaria a la derivación ventrículo peritoneal.

Introducción: la colocación de una derivación ventrículo-peritoneal es uno de los procedimientos más comunes en el tratamiento de la hidrocefalia. Complicaciones asociadas al catéter distal son frecuentemente reportadas en la literatura.

Materiales y métodos: presentamos un paciente con mielomeningocele e hidrocefalia operados en el período neonatal, con derivación ventrículo peritoneal, que consulta a nuestra Institución por primera vez con antecedente de neumonías a repetición de 2 años de evolución. Presentaba el pulmón derecho velado y con retracción mediastinal, localizándose el catéter distal migrado a nivel del parénquima pulmonar ipsilateral. Se realizó una búsqueda bibliográfica en pubmed no encontrando casos similares.

Resultados: se intervino quirúrgicamente realizando la revisión valvular con recambio distal. Por presentar gran compromiso parenquimatoso pulmonar con diagnóstico de pulmón destruido requirió neumonectomía derecha.

Conclusiones: las complicaciones asociadas a la colocación de derivaciones ventrículo peritoneales son potencialmente graves, en pacientes con poco seguimiento. Se recomienda el seguimiento por un neurocirujano anualmente, como mínimo, con Tomografía cerebral y Radiografías del sistema completo según criterio.

Quiste hidatídico cerebral en niña de 4 años: a propósito de un caso

Longuinho H A, Tornesello B, Brouckaert D, Demarchi D, Hinojosa L, D'Agustini M

Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata

Objetivo: Reportar un caso de hidatidosis cerebral, sospecha diagnóstica y actualización bibliográfica.

Introducción: Las lesiones quísticas de tamaño considerable en la infancia se deben a menudo a quistes aracnoideos por tratarse de lesiones congénitas, sin embargo es necesario tener en cuenta otras posibles etiologías.

Materiales y métodos: se obtienen datos de la historia clínica y se realiza actualización bibliográfica con PUBMED.

Descripción del caso: paciente de 4 años oriunda de Tandil que consulta por presentar convulsión febril. Tras la derivación ingresa al hospital con deterioro del sensorio por lo que se realiza TC de cerebro simple donde se evidencia gran lesión quística parietal izquierda con desviación de la línea media.

No se registran antecedentes personales ni familiares de importancia. Se realiza punción evacuadora de urgencia, extrayéndose 55 ml de líquido transparente, glucosa: 0,68g/L; proteínas 2 g/L. Con inmediata respuesta favorable. Se solicitó RNM con espectroscopía arrojando datos reveladores para la sospecha diagnóstica. Se realizó resección quirúrgica completa de dicha lesión a cielo abierto. La anatomía patológica confirma la sospecha diagnóstica de Quiste Hidatídico.

Conclusiones: La Hidatidosis cerebral es una rara infección parasitaria del SNC causada por el *Echinococcus granulosus*, donde el hombre es el huésped intermediario. En un 70% la afectación al SNC es primaria. El diagnóstico es clínico y neurorradiológico: lesión quística de límites bien definidos con densidad de LCR, sin edema perilesional ni toma de contraste. Puede confundirse con un quiste aracnoideo o un astrocitoma quístico. La espectroscopía por IRM del contenido de los quistes da una curva patognomónica con resonancia en las frecuen-

cias del piruvato, acetato, alanina y lactato. El tratamiento es quirúrgico con Técnica de Dowling y farmacológico con albendazol.

Palabras Clave: Lesión Quística de Cerebro; Quiste Aracnoideo; Astrocitoma Quístico; Quiste Hidatídico

Lesión cerebral quística en un recién nacido. A propósito de un caso

Tornesello B, Longuinho H A, Tello Brogiolo N, Emmerich JP, Gomez Ávalos M, D'Agustini M, Jones M

Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata

Objetivo: Reportar un caso de lesión quística de cerebro en un recién nacido, establecer diagnósticos de sospecha y actualización bibliográfica.

Introducción: Las lesiones quísticas en la infancia se deben a menudo a quistes aracnoideos por tratarse de lesiones congénitas, sin embargo es necesario tener en cuenta otras etiologías posibles.

Descripción del caso: Paciente recién nacido derivado con diagnóstico de hidrocefalia prenatal. Como antecedentes presenta una EG de 36 semanas y peso de nacimiento 1870 gramos, PC de nacimiento 32 cm, nacido por cesárea electiva por retardo del crecimiento intrauterino; Apgar 8/10. Antecedentes maternos: madre 40 años, hipotiroidea, gesta 6/partos 3/ abortos 2/ cesárea 1. Al ingreso se realiza TC: imagen isodensa al LCR temporoparietooccipital izquierda de 90 mm de diámetro que genera colapso del ventrículo homolateral y dilatación contralateral con desviación de la línea media. Ante la sospecha diagnóstica de quiste aracnoideo, astrocitoma quístico o cavidad porencefálica se decide resolución quirúrgica: se realizó capsulectomía con fenestración del quiste a las cisternas de la base a cielo abierto. La anatomía patológica reveló "fragmento de quiste postnecrótico, secuela de encefalopatía hipóxico-isquémica prenatal". No presentó complicaciones intra ni postquirúrgicas, la ventriculomegalia se resolvió manteniéndose estable tras 7 meses de postoperatorio.

Conclusiones: Un quiste cerebral puede ser una de las formas de presentación de la lesión hipóxico-isquémica perinatal debiendo considerarse como diagnóstico diferencial de los clásicos quistes aracnoideos, astrocitomas quísticos.

Palabras Clave: Lesión Quística de Cerebro; Quiste Aracnoideo; Astrocitoma Quístico; Encefalopatía Hipóxico-Isquémica; Recién Nacido

Cavernomatosis múltiple y aneurisma cerebral en la infancia una asociación inusual

Ariel Bravo, Omar Urquiza, Emilio Pelleriti, Raúl Oyola, Ricardo Vidal Moyano

Servicio de Neurocirugía, Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti

aribravo21@hotmail.com

Introducción: Nuestro objetivo es exponer una rara asociación entre cavernomatosis múltiple y aneurisma cerebral trombosado en un paciente pediátrico.

Material y método: Presentamos una paciente de 2 años de edad con diagnóstico de cavernomatosis múltiple y aneurisma cerebral trombosado. Se realiza una revisión de la literatura de ambas entidades y su rara asociación, mediante una búsqueda exhaustiva en la base de datos de Pubmed y Cochrane utilizando las siguientes palabras clave: cavernous angioma, familiar cavernomatosis, hemorrhagic stroke, múltiple cavernomatosis, cerebral aneurysm, thrombosed aneurysm. Se discute la epidemiología, diagnóstico y manejo quirúrgico de la cavernomatosis múltiple y sus asociaciones, preconizando fundamentalmente la evaluación pre quirúrgica de estos pacientes.

Resultados: No encontramos ningún caso de asociación entre cavernomatosis múltiple y aneurismas en nuestra revisión bibliográfica.

Conclusión: Dado que se pueden presentar como lesiones pseudotumorales, la tomografía computada, resonancia magnética y la angiografía cerebral son métodos fundamentales para llegar a un diagnóstico prequirúrgico correcto. La indicación quirúrgica debe ser evaluada individualmente en cada paciente, y se debe realizar un seguimiento clínico-imagenológico.

Palabras clave: Cavernomatosis Múltiple; Cavernomatosis Familiar; Aneurisma Cerebral Trombosado; Lesiones Pseudotumorales

Quiste dermoide de fontanela anterior

Jorge Luis Bustamante, Romina Argañaraz, Facundo Rodríguez, Fidel Sosa, Jorge Lambre

Servicio de Neurocirugía - Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" SAMIC

jorgeluisbustamante@hotmail.com

Objetivo: El objetivo de este trabajo consiste en presentar casos de quistes dermoides de FA y remarcar su diferenciación de los meningo-encefalocelos.

Material y métodos: Se presentan 5 casos clínico quirúrgicos de quistes dermoides de FA. Se evalúa su diagnósti-

co, la táctica quirúrgica empleada y evolución postquirúrgica.

Resultados: La totalidad de los pacientes fueron de sexo masculino y menores a un año de edad.

En todos los casos se presentó como una tumoración de gran tamaño, de consistencia blanda, localizada en la topografía de FA. Los estudios por imagen evidenciaron masas quísticas sin aparente comunicación con el seno sagital superior, pero sí con el endocráneo y remodelación ósea. La cirugía consistió en disección de la masa de los tejidos suprayacentes, incisión perióstica y legrado roma hacia su centro de implantación. La anatomía patológica confirmó la sospecha diagnóstica.

Conclusión: Se presentan 5 casos de quiste dermoide de FA y se expone su técnica quirúrgica. Se remarcan las diferencias con los meningo-encefalocelos.

Palabras clave: Quiste Dermoide; Fontanela Anterior; Meningo-Encefalocelos

Estenosis del foramen magno y acondroplasia. A propósito de un caso. Revisión de la literatura

Martin Alejandro Lucero, Dimas Mario Ebel Ortiz

Hospital Pediátrico "Dr. Avelino Castelán" Resistencia Chaco.

División Neurocirugía Pediátrica

martinluceroemd@gmail.com

Objetivo: Reporte de un caso de acondroplasia, su resolución quirúrgica y revisión bibliográfica.

Materiales y método: Se presenta un caso clínico de un paciente de 1 año y 6 meses con diagnóstico de acondroplasia que se presentó con ataxia, cefalea, y apnea del sueño.

Resultados: Los pacientes con acondroplasia presentan manifestaciones neurológicas solamente en un 37% al 45% de los casos. La estenosis del foramen magno es un hallazgo radiológico común, pero no siempre se correlaciona con síntomas clínicos. La compresión de la unión craneocervical puede manifestarse mediante mielopatía, hidrocefalia, compromiso respiratorio y muerte súbita, siendo esta última la más temida complicación con riesgo del 7.5% dentro del primer año de vida, y del 2,5% desde el 1er año hasta los 4 años.

Conclusión: Los pacientes con compresión cervicomedular sintomática mejoran de forma inmediata después de una descompresión cervicomedular. A pesar de realizarse tradicionalmente la duroplastía en la descompresión de la fosa posterior no existe consenso alguno que la avale. La ecografía es una herramienta útil que nos pueda ayudar a determinar la necesidad de realizar una duroplastía.

Palabras clave: Acondroplasia; Estenosis Foramen Magno; Descompresión Cervicomedular

RAQUIMEDULAR

Quiste dermoide cervical. Presentación de un caso

Danae Victoria Pietro, Daniel Gustavo Velázquez, Raul Emilio Jalil, Andrés Pizarro
Sanatorio del Salvador
danaevprieto@hotmail.com

Objetivo: Presentación de un caso clínico de un quiste dermoide cervical asociado a seno dérmico.

Caso clínico: Paciente varón de 13 años de edad que comienza con disestesia en miembros superiores, inestabilidad de la marcha y contractura muscular. RMN lesión circunscripta de bordes netos isodensa en T1 y T2 hipocaptante intradural extramedular que compromete segmento C5-C6, acompañada de seno dérmico en la misma región. Se realizó excéresis completa mediante laminoplastia y la anatomía patológica confirmó quiste dérmico.

Conclusión: Los tumores dermoides extramedular intradural pueden presentarse en la región cervical, sobre todo en presencia de un seno dérmico, razón por la cual consideramos conveniente que los pacientes con estos estigmas cutáneos deben ser controlados periódicamente debido a la posible presencia, aparición tardía o progresión de lesión antes mencionada.

Palabras claves: Quiste Dérmico Cervical; Quiste Extramedular; Quiste Cervical; Seno Dérmico

Schwannoma plexiforme de la cauda equina. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Daniela Sol Massa; Beltrame Sofía Ángeles; Jeickson Vergara Martínez; Michael Cruz Bravo, Federico Landriel; Claudio Yampolsky
Hospital Italiano de Buenos Aires
federico.landriel@hospitalitaliano.org.ar

Objetivo: Presentación de un caso de schwannoma plexiforme y revisión de la literatura.

Introducción: Los tumores de las vainas neurales espinales constituyen aproximadamente el 30% de los tumores espinales intradurales extramedulares. Según su histología se clasifican en schwannomas y neurofibromas. Típicamente surgen de la raíz sensitiva posterior del nervio raquídeo cercano al neuroforamen. La presentación

plexiforme es sumamente infrecuente, siendo lesiones que comprometen varios fascículos dentro del nervio raquídeo incluyendo fascículos motores. Se presenta un caso de tumor plexiforme de la cauda equina.

Material y métodos: Mujer de 65 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, consulta por lumbociatalgia derecha de dos años de evolución progresiva en territorio L5. Al examen físico no se evidencia déficit motor o sensitivo. Se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna lumbosacra con gadolinio que informa imagen multinodular sólida quística a nivel de L1 – L2, isointensa en T1, hipointensa en T2, que capta intensamente el contraste en su porción sólida, con alteración de la distribución habitual de las raíces de la cauda equina. Se decide resección de la lesión bajo monitoreo electrofisiológico y estimulación eléctrica directa.

Resultados: Se realiza laminectomía bilateral L1 y L2, visualizándose gran formación tumoral bilobulada y pequeñas lesiones en contigüidad a la misma, dándole a la raíz una apariencia arrosariada. Mediante potenciales intraoperatorios se constata que la raíz comprometida es la raíz L5 derecha. Se reseca la lesión tumoral dejando pequeño remanente íntimamente adherido a dicha raíz, con indemnidad de la misma. La anatomía patológica informa lesión tumoral compatible con schwannoma. La paciente evoluciona favorablemente, con mejoría de los síntomas preoperatorios y sin déficit motor agregado.

Conclusión: Las lesiones radicales plexiformes son sumamente infrecuentes y de comportamiento benigno. En caso de ser sintomáticas deben ser tratadas quirúrgicamente, siendo el monitoreo electrofisiológico fundamental para optimizar la resección y verificar la indemnidad de la raíz afectada. En caso de que la exéresis no sea completa, el debulking con preservación de la raíz alivia los síntomas sin agregar déficit neurológico con baja tasa de recurrencia.

Palabras claves: Tumor Radicular Plexiforme; Schwannoma Lumbar; Schwannoma Espinal Plexiforme

Empiema subdural raquídeo en paciente inmunocomprometido: reporte de caso

Samantha Paganelli; Adrián Peressín; José Atencia; Pablo Zuliani; Fernando Libenson; Eduardo Seoane
Htal. R. Mejía, CABA

Objetivo: Describir un caso de empiema subdural raquídeo (ESR) secundario a absceso del músculo psoas en paciente inmunocomprometido.

Introducción: Los ESR son infrecuentes, pero representan una emergencia neuroquirúrgica. Debido a las altas

tasas de morbimortalidad que conllevan deben ser sospechados tempranamente sobre todo en pacientes inmunocomprometidos.

Materiales y métodos: Se presenta una paciente de 47 años, HIV + que consultó por fiebre, paresia en miembro inferior izquierdo de inicio súbito y lumbalgia de 72 horas de evolución. La RNM evidenció colección a nivel del músculo psoas izquierdo con extensión hacia L1-L2 asociado a fractura aplastamiento e invasión del canal medular. Progresó rápidamente a paraparesia severa, globo vesical y hemihipoestesia con nivel D11.

Se realizó laminectomía L1-L2. Se realizó durotomía y se halló colección purulenta que fue evacuada. Posteriormente se drenó absceso de posas por laparotomía. Inició tratamiento antibiótico empírico. En cultivos de la colección se aisló estafilococos aureus meticilino sensible.

La paciente evolucionó favorablemente: permaneciendo con paraparesia leve luego de los 2 meses postoperatorio.

Conclusión: Los ESR es una emergencia neuroquirúrgica ya que pueden generar daño neurológico irreversible e incluso la muerte. Un pronóstico favorable dependerá de la rapidez en el diagnóstico y el tratamiento.

Resección transdural para extrusión discal lumbar con síndrome agudo de cauda equina. Presentación de un caso

Lorena Gurdzel, Andrés Mayer, Horacio Barea, German Arias

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"

lorena5383@hotmail.com

Objetivo: presentar un caso clínico de un paciente con hernia de disco lumbar L5-S1 y síndrome agudo de cauda equina, cuya resección se realizó mediante un abordaje lumbar posterior transdural.

Material y método: paciente de 31 años, sexo masculino, con antecedente de hernia de disco lumbar L5-S1 diagnosticada por RMN en otra institución por lo cual recibió tratamiento médico, que evoluciona con lumbociatalgia bilateral, imposibilidad a la flexión de ambos pies, retención urinaria y esfínter anal atónico. Se realiza una nueva RMN de columna lumbosacra que evidencia extrusión discal L5-S1. Se decide cirugía mediante abordaje lumbar posterior realizándose laminectomía con exploración de dicho espacio.

Resultado: Intervención: ante la ausencia de protrusión discal evidente, se palpa tumoración medial a través del cilindro dural y se procede a la apertura de la duramadre en sus caras anterior y posterior, y se observa disco intervertebral extruido. Se realiza su exeresis. Se cierra pared posterior de la duramadre solamente, plano aponeurótico, celu-

lar subcutáneo y piel. El paciente evoluciona con mejoría de síntomas esfinterianos y ausencia de lumbociatalgia en el postoperatorio.

Conclusión: la resección transdural de una hernia de disco es una técnica poco usada a considerar en caso de exploración del espacio intervertebral correcto y de no hallarse el disco a ese nivel. Los riesgos asociados a esta técnica son el desarrollo en el postoperatorio de fistula de LCR y de seudomeningocele.

Palabras clave: Hernia de Disco Lumbar; Extrusión Discal; Resección Transdural

Tumor medular benigno infrecuente. Presentación clínica

Esper Romero Gaeta, Casasco Juan Pablo, Debonis Cristian, Berner Silvia.

Servicio de Neurocirugía, Clínica Santa Isabel. CABA. Argentina

Objetivo: Presentar dos casos de una patología tumoral infrecuente a nivel espinal, discutir los diagnósticos diferenciales, el tratamiento y realizar la revisión bibliográfica.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 40 años de edad que consulta por debilidad de 4 mmss de 2 meses de evolución. Examen neurológico presenta cuadriparesia leve y disestesias en mmss. Paciente femenina de 30 años de edad consulta por debilidad. Examen neurológico sin déficits.

En IRM cervical se evidencia lesión nodularhipointensa en T1 que refuerza a la administración de contraste.

Intervención: Se realizó laminectomía cervical por vía posterior, mielotomía y exeresis de lesión nodular cervical. El examen anatomopatológico informó hemangioblastoma. En el postoperatorio los pacientes evolucionaron favorablemente con desaparición de los síntomas iniciales.

Conclusión: El hemangioblastoma es un tumor vascular benigno, infrecuentes a nivel medular 3%. Su diagnóstico es clínico-radiológico e histológico. El tratamiento de elección es el quirúrgico en aquellas sintomáticas recomendándose en algunos casos la embolización preoperatoria y el abordaje depende de la localización de la lesión y el cuadro neurológico del paciente.

Palabras claves: Tumores Vasculares Espinales; Hemorragia Intramedular; Cuadriparesia

Clipado transitorio y monitoreo de potenciales evocados motores en aneurismas espinales

Jorge Ariel Rasmussen, Maximiliano Toscano, Lucas Gategui, Mariana Bendersky, Mateo Baccanelli, Claudio

Yampolsky

Hospital Italiano de Buenos Aires

jorge.rasmussen@hospitalitaliano.org.ar

Objetivo: Los aneurismas espinales (AE) son una causa infrecuente de hemorragia subaracnoidea (HSA), más aun cuando se presentan sin asociarse a otro tipo de alteración vascular. Dado que la oclusión aneurismática generalmente implica la exclusión del vaso de origen, debe intraoperatoriamente asegurarse la integridad del aporte vascular a la médula espinal (ME).

Material y métodos: Describimos una mujer de 53 años, sin antecedentes de relevancia, con cuadro de dorsalgia aguda y meningismos leves. Se realizó inicialmente Resonancia Magnética (RM) y Angiografía Digital (AD) espinal. Finalmente, se abordó por microcirugía con monitoreo de potenciales evocados (PE) motores y somatosensitivos, a fin de determinar la contribución de la arteria afectada a la irrigación de la ME.

Resultados: La RM evidenció una lesión a nivel pial anterolateral izquierdo del segmento D3. La AD reveló un aneurisma fusiforme de la arteria radicular izquierda originada a nivel del foramen radicular D4 de 3x10 mm; sin embargo, el abordaje endovascular fue infructuoso. El abordaje neuroquirúrgico permitió identificar la lesión descripta. Se realizó clipado transitorio del vaso de origen, registrándose alteración de los PE motores a los 3 minutos; se liberó el clipado con recuperación de los PE a niveles basales. Se procedió al wrapping aneurismático con músculo y sellador adhesivo a base de fibrina. Evolucionó sin focalidad neurológica.

Conclusión: Dada la morfología fusiforme de los AE, el tratamiento generalmente se basa en excluir la arteria patológica. Es por ello que la aplicación de oclusión transitoria del vaso afectado junto con monitoreo de los PE, permite evaluar el aporte vascular a la ME antes de llevar a cabo una eventual oclusión definitiva.

Palabras clave: Aneurisma Espinal, Wrapping, Clipado Transitorio, Potenciales Evocados, Hemorragia Subaracnoidea

Sarcoma de ewing - tumor neuroectodérmico primario intradural-extramedular a nivel lumbar. Reporte de un caso

Martin Re, Javier Toledo, María Laura Canullo, Alexis Morell, Juan Manuel Gil, Jose Nallino

Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, Rosario
martynre@hotmail.com

Objetivo: Los SE/PNETs intradurales-extramedulares

son tumores agresivos, infrecuentes, con alta tasa de recurrencia, principalmente en la edad pediátrica y adultos jóvenes de los cuales se encuentra poca literatura y protocolos de tratamiento efectivo disponible.

Material y métodos: Este es el caso de una paciente de 43 años con una masa intradural-extramedular cuyo único síntoma de presentación fue una lumbociatalgia con irradiación S1 izquierda de 2 meses de evolución rebelde a la analgesia. Fue diagnosticada mediante RMI una lesión ocupante de espacio intradural-extramedular L4-L5 con refuerzo heterogéneo al gadolinio endovenoso, que fue parcialmente resecada por microcirugía por encontrarse adherida a más de una raíz nerviosa.

Resultados: La paciente curso un postoperatorio sin complicaciones, mejorando su dolor, llevando al día de hoy 12 meses de sobrevida totalmente asintomática, habiendo cumplido con un ciclo de quimioterapia, con radioterapia en curso y estudios por imágenes que no demuestran metástasis a distancia ni recurrencia a nivel local.

Conclusión: Reportamos un caso infrecuente de buena evolución y sobrevida para este tipo de afección.

Palabras clave: Sarcoma de Ewing; Tumor Neuroectodérmico Primario; SE; PNET; Lesión Intradural-Extramedular

Análisis morfológico de las vértebras torácicas para la colocación de tornillos transpediculares. Nota técnica

Leopoldo Luciano Luque, Ariel Sainz, Maximiliano Núñez, Emanuel Orellana, Marchetti Máximo, Marcos Cuadrelli Andreoli

Servicio de Neurocirugía. Hospital El Cruce. SAMIC

Servicio de Neurocirugía. Hospital Pte. Perón de Avellaneda
Sanatorio Modelo de Lanús. IMAGMED

Laboratorio de Neuroanatomía. Facultad de Medicina de la
Fundación H. A. Barceló.

leopoldoluciano.luque@gmail.com

Objetivo: Los tornillos transpediculares han demostrado superioridad biomecánica con respecto a los otros sistemas de fijación posterior. Desde su utilización se han descrito diferentes técnicas para su colocación en la columna torácica debido a las características morfológicas de los pedículos y su estrecha relación con estructuras vasculonerviosas. El presente trabajo describe como nuevo reparo la utilización de la apófisis transversa para determinar la convergencia pedicular en el plano axial.

Material y métodos: Se realizó el análisis de tomografías de vértebras torácicas en 20 pacientes con el programa Osirix, midiendo el ángulo entre la apófisis transversa y la dirección pedicular en el plano axial. Se utilizaron huesos de verte-

bras torácicas para ejemplificar la orientación de los pedículos con respecto a las apófisis transversas y se analizaron casos clínicos donde la apófisis transversa fue tenida en cuenta para la colocación de tornillos transpediculares.

Resultados: La apófisis transversa conserva un ángulo de 140 grados +/- 2 con respecto al pedículo en el plano axial en las vértebras torácicas

Conclusión: La orientación de la apófisis transversa podría ser un nuevo reparo para determinar la convergencia del tornillo en el plano axial en las vértebras torácicas.

Palabras clave: Tornillos Transpediculares; Columna Torácica; Apófisis Transversa; Convergencia Pedicular

Dificultad diagnóstica en los tumores de cola de caballo.

Presentación de un caso

Magallanes Cesar, Casasco Juan Pablo, Mayer Andrés, Ali Viviana, Infante María, Masaragian Diego.

Higa Prof. Dr. Ramón Carrillo

docmagallanes@hotmail.com

Introducción: Las lesiones de cola de caballo pueden conllevar dificultades en el diagnóstico y su eventual tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente que ingresa por presentar imágenes compatibles con un tumor de cola de caballo.

Presentación del caso: Paciente de 42 años de edad que ingresa por guardia por padecer lumbociatalgia izquierda severa acompañada de déficit motor en miotoma S1. Se realizaron estudios imagenológicos (TC y RMN) que evidenciaron LOE espinal con importantes vasos peritumorales.

Se decide conducta quirúrgica. Durante la intervención, se evidencia múltiples vasos tortuosos y arterialización venosa rodeando una masa rojo-violácea que impresionó malformación espinal con aneurisma venoso. Se decide completar estudios mediante angiografía espinal de alta resolución, resultando la misma negativa. Se procede a la re exploración de la lesión realizando exéresis total de LOE espinal.

Inmediatamente posterior a la exéresis de la lesión, se evidencia en forma intraquirúrgica la disminución del tamaño de los vasos perilesionales, arribando al diagnóstico anatomopatológico diferido de paraganglioma espinal.

Discusión: El paraganglioma es un tumor benigno (WHO I) e infrecuente. Se presenta en un rango etario de 9-76 años, con una media de 46 años. Prevalencia en hombres (1.4-1). Su localización más frecuente es en la cola de caballo. Son intradurales y extramedulares. Su diagnóstico diferencial hay que realizarlo con ependimomas y neurinomas.

Conclusión: No es posible hacer diagnóstico por imágenes

de paraganglioma en la cola de caballo. Es un sitio de localización inusual, pero cuando se presenta, genera hipertensión vascular local emulando malformaciones vasculares de ese segmento.

Las alteraciones vasculares en niveles superiores a la lesión tumoral deben hacer pensar en paraganglioma.

Palabras clave: Paraganglioma; Malformación Vascular; Tumor Cola de Caballo; Tumores Intradurales Extramedulares

Evolución de fractura-acuñada lumbar a fractura-estallada

Gustavo Tróccoli

Servicio de Neurocirugía, Hospital Interzonal "Dr J. Penna", Bahía Blanca

gustavo_troccoli@yahoo.com.ar

Objetivo: Las fracturas acuñadas por osteopenia de cuerpos vertebrales pueden ser tratadas inicialmente en forma conservadora. Presentamos un caso inusual de evolución a fractura estallada.

Material y métodos: Se revisó la historia clínica y los estudios complementarios de un paciente con fractura acuñada del cuerpo vertebral de L3.

Resultados: Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de osteopenia, que sufre por caída desde su altura fractura acuñada de L3. Inicialmente tenía sólo dolor local moderado, indicándose ortesis dorso-lumbar y reposo. A los 14 días, sin que mediara otro traumatismo, refiere intenso dolor lumbar y parestesias en miembros inferiores. Los nuevos estudios demostraron la transformación en estallido de la vértebra implicada. Fue operado en forma inmediata, realizándose fusión póstero-lateral e instrumentación pedicular con desaparición de la sintomatología.

Conclusión: La transformación espontánea en estallido de una fractura acuñada de vértebra lumbar es una rara complicación que debe tenerse en cuenta cuando se indica tratamiento conservador inicial.

Palabras clave: Fractura Vertebral Acuñada; Fractura Vertebral Estallada, Fusión Vertebral

Hematoma cerebeloso remoto posterior a cirugía espinal

Luis Fernando Zapata Mansilla, Fernando Caif, Jorge Atencio, Fernando Castro

Sociedad Española de Socorros Mutuos, Mendoza, Argentina
luisfernando.zapata@gmail.com

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de hematoma cerebeloso remoto asociado a cirugía espinal.

Material y método: Paciente de 32 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos que consulta por dorsolumbalgia severa, parestesia en ambos miembros inferiores seguido de hipoestesia T11 a L3 y acompañándose con paresia crural izquierda leve (4/5) de 1 año de evolución. En RMN dorsolumbar se observa imagen intradural-extramedular de T11 a L1 hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 siendo compatible con quiste aracnoideo dorsolumbar. Por lo que se decide realizar resección del mismo seguido de artrodesis dorsolumbar. Durante las primeras 24hs del posoperatorio la paciente presenta cefalea intensa y vómitos incoercibles que concluye con trastorno de conciencia y coma.

Resultados: Se realiza craneotomía suboccipital paramediana derecha y evacuación de urgencia del hematoma cerebeloso. Evoluciona favorablemente.

Conclusiones: Si bien los hematomas cerebelosos remotos son una rara complicación posterior a una craneotomía supratentorial (0.2-4.9%), más aun lo son a una cirugía espinal. Debido a que esta complicación puede ser asintomática o manifestarse con cefalea intensa, déficit neurológico o trastorno de conciencia asociado o no a fistula de LCR, la presencia de estos signos en el contexto de una cirugía espinal nos debiera alertar la potencialidad de un hematoma intracraneal.

Palabras clave: Hemorragia Intracraneal; Hematoma Cerebeloso Remoto; Cirugía Espinal; Fistula de LCR

NEUROTRAUMA

Trauma penetrante ocular sin compromiso encefálico aparente

M. Cobos¹, M. L. Nuzzolesse², A. Rousselot³, S. Miron¹, L. Galosi¹.

¹Servicio de Neurocirugía de Guardia. Hospital Oftalmológico Santa Lucía C.A.B.A.

²Servicio de Oftalmología de Guardia. Hospital Oftalmológico Santa Lucía C.A.B.A.

³Servicio de Oftalmología de Guardia. Hospital Oftalmológico Santa Lucía C.A.B.A.

Objetivo: presentar un caso de trauma penetrante cráneo orbitario.

Descripción: paciente de sexo femenino de 15 años de edad, con antecedentes de sífilis sin tratamiento, que ingreso por guardia, derivada desde hospital provincial para evaluación oftalmológica por herida penetrante ocular. Presentaba en ángulo interno de ojo izquierdo, heri-

da de arma blanca por cuchilla de gran porte, sin compromiso encefálico aparente, por estudios complementarios. El compromiso de la cavidad encefálica se evidenció durante el examen neurológico en guardia, presentando fistula de LCR (signo de escarapela positivo). La paciente fue sometida a procedimiento quirúrgico multidisciplinario de urgencia (abordaje frontal anterior izquierdo y oftalmológico) para remoción del cuerpo extraño, y sellado de base anterior craneal. Se comprobó por TAC post operatoria inmediata la presencia de HSA post traumática. La paciente presentó recuperación ad integrum desde el punto de vista neurológico y oftalmológico.

Discusión y conclusiones: si bien las lesiones penetrantes orbitarias son frecuentes, estas en su gran mayoría no comprometen estructuras encefálicas. El diagnóstico del compromiso encefálico por traumas de este tipo exige un alto índice de sospecha. Debe siempre tenerse en cuenta cinética del trauma y objeto que lo causa, más allá del estado clínico del paciente y de los estudios complementarios.

Palabras claves: Trauma Orbitario Penetrante; Hemorragia Subaracnoidea Traumática; Trauma Craneal Penetrante

Parálisis del sexto par craneal traumático bilateral: reporte de caso

Eric Valdez, Mauro Medina, Ontivero Jorge, Ortiz Facundo, Estrada Matías, Ortiz Gustavo

Servicio de Neurocirugía, Hospital Dr. Guillermo Rawson. San Juan.

Objetivos: Presentar, y analizar un caso de lesión del sexto par craneal traumático bilateral.

Materiales y Métodos: Paciente de 24 años que presenta parálisis del sexto par del ojo izquierdo como complicación inmediata post trauma (TEC leve) y al cual se asocia paresia del sexto par en el ojo derecho al cuarto día de evolución. Los estudios por imagen (tac de cerebro, orbita, macizo facial, RMN de cerebro y angioresonancia) no mostraron alteraciones y el examen de fondo de ojo fue normal.

Resultado: La tasa de recuperación espontánea en parálisis unilateral del sexto par es de 12 a 73% en seis meses. El tiempo medio de recuperación es de 90 días. Los predictores de la no recuperación pueden incluir parálisis completa y la parálisis bilateral. En relación de los informes existentes, nuestro paciente no mostró recuperación.

Conclusión: La incidencia de la parálisis unilateral del abducen posterior a trauma encéfalo craneano (TEC) es baja, como de 1 a 2,7%.] La parálisis del Sexto par bilateral postraumática se asocian generalmente con trauma en

el cráneo y lesiones de la columna cervical. Sin embargo, las parálisis bilaterales del sexto par, de aparición tardía, sin lesiones asociadas significativas son extremadamente raras.

Palabras clave: TEC; Nervio Motor Ocular Externo; Parresia de Aparición Tardía; Edema; Neurocirugía

Lesión de Plexo Infraclavicular por Herida de Arma de Fuego

Matías Emmanuel Sein, Ana Domenech, Juliana Fernández, Adhemar Mérida, Florencia Navallas, Carlos Cirigliani
HIGA Prof. Dr. Luis Güemes (Haedo)

seinmatias@gmail.com

Objetivo: Presentación de un caso de lesión traumática de plexo braquial infraclavicular. Revisión de la literatura.

Material y método: Paciente masculino de 53 años con antecedentes de herida de arma de fuego en miembro superior izquierdo con compromiso vascular que requirió colocación de stent. Derivado a nuestro nosocomio por dolor neurítico refractario a tratamiento médico y dificultad a la prensión. Al examen presenta monoparesia leve 4/5 de C5 a distal, hipotrofia distal, Tinel positivo en hueco axilar. EMG informa compromiso parcial grave de los nervios mediano, cubital y radial izquierdo.

Resultados: Se realiza exploración de plexo braquial, con vía de abordaje infraclavicular con apoyo de neuroestimulador. Se evidencia proceso fibrocatrizal periplexual con atrapamiento neural. Se realiza exoneurolisis de troncos nerviosos y sus ramas.

A mediano plazo presento importante mejoría del dolor. Actualmente no requiere analgesia y continua rehabilitación kinesiológica.

Conclusión: La cirugía para estas lesiones del plexo infraclaviculares son técnicamente más exigentes que en la región supraclavicular debido a la necesidad de disecar grandes vasos, pero es eficaz como tratamiento del dolor neurítico refractario.

Palabras clave: Plexo Braquial; Herida de Arma de Fuego; Infraclavicular; Exoneurolisis

Monitoreo invasivo de la presión endocraneana en un Hospital de Alta Complejidad Local

Martin Alejandro Lucero, Dimas Mario Ebel Ortiz, Brian Wernicke, Sebastián Alejandro, Víctor Ángel Domenech
Servicio de Neurocirugía Hospital Julio C. Perrando Resistencia Chaco

martinlucero@gmail.com

Objetivo: Presentación y análisis de nuestra experiencia en el monitoreo invasivo de la PIC.

Material y método: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas y sus protocolos quirúrgicos de los casos de monitoreo invasivo de presión endocraneana (en sus diferentes modalidades subdural, intraparenquimatoso, ventricular, epidural) en un Hospital Local de alta complejidad (Hospital Julio C Perrando) en un periodo que abarco desde el mes de abril de año 2011 al hasta Abril del año 2014.

Resultados: La mayor indicación de monitoreo en nuestra serie fue el TEC GRAVE (58,06%, 198 casos), que incluyo el TEC asociado a Politraumatismo (48%, 96 casos) vs TEC grave solamente (52%, 102 casos). La segunda indicación fue ACV Hemorrágico (30,79%, 105 casos) el cual incluyo HIC de causa Hipertensiva (54%, 57 casos) vs HSA Espontanea (46%, 48 casos). En tercer lugar fue indicación la HIDROCEFALIA (7,91%, 27 casos) implicada en casos de tumores de Fosa cerebral posterior, meningitis, etc.

Conclusión: En nuestro medio la patología neuroquirúrgica prevalente fue el TEC grave, seguido por el ACV hemorrágico, predominantemente en pacientes de sexo masculino.

El tipo de catéter utilizado influye notablemente en las mediciones fiables de los Valores. Monitorización de la PIC proporciona el único método fiable para evaluar si el tratamiento instaurado en primera fase puede controlar y mantener la PPC dentro de rangos normales.

Palabras clave: Hipertensión Endocraneana; Monitoreo Invasivo

Hematoma extradural supra-infratentorial. Resolución quirúrgica de 3 casos

Patalano, CY; Lombardi, ND; Latorre, F; Orellana S, ES; Ramos M, MF; Heim, SG; Procyk, JH.

Servicio De Neurocirugía H.I.G.A. Pedro Fiorito
neurocirugiafiorito@gmail.com

Objetivo: Presentar 3 casos de HED supra-infratentoriales que requirieron cirugía de urgencia.

Materiales y Métodos: Se analizaron 3 historias clínicas de pacientes que ingresaron al Hospital Pedro Fiorito, por traumatismo craneoencefálico, requiriendo cirugía de urgencia; entre noviembre de 2012 y diciembre de 2014.

Variables analizadas: edad, sexo, frecuencia de HED supra-infratentorial, mecanismo de trauma, tiempo de evolución, Glasgow Coma Score (GCS) y signosintomatología al ingreso, técnica quirúrgica y Glasgow Outcome Scale (GOS) al alta.

Resultados: Edad media: 32 años. Sexo predominante: masculino. Frecuencia de HED supra-infratentorial 13%. Mecanismo de trauma: accidente automovilístico, agresión por terceros y mecanismo desconocido. Tiempo de evolución: <24 horas (2 pacientes) y 6 días (1). GCS ingreso: 2 pacientes 15/15 con signos de hipertensión endocraneana y 1 paciente 13/15 que deterioró a 9/15. Tratamiento quirúrgico: craniectomía supra e infratentorial con puente óseo a nivel de seno transversal, evacuación de HED y anclado dural. Control tomográfico sin sangrado residual. GOS 5(2) y 4(1).

Conclusiones: La sospecha del diagnóstico de HED supra-infratentorial en traumatismos occipitales con fracturas lineales es perentoria, requiriendo TC para su confirmación. El tratamiento quirúrgico de urgencia tiene buenos resultados según la literatura disponible.

Palabras Clave: Hematoma Extradural Supratentorial e Infratentorial; Ruptura de Seno Transverso; Craniectomía Supra e Infratentorial; Evacuación de Hematoma

Higroma subdural contralateral posterior a craniectomía descompresiva por traumatismo craneo-encefálico grave. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Axel Angerami, Lucas Toibaro, Martin Merenzon, Martin Maldonado, Lorena Figueroa
Hospital de Agudos J. M. Ramos Mejía, CABA
angeramiaxel@gmail.com

Objetivo: El traumatismo encéfalo-craneano (TEC) Grave es una patología frecuente con una morbimortalidad elevada que afecta principalmente a adultos jóvenes. Los pacientes que sobreviven comúnmente desarrollan hipertensión endocraneana refractaria por lo que son sometidos a craniectomías descompresivas y permanecen por períodos prolongados hospitalizados, donde pueden sufrir complicaciones tanto sistémicas como intracraneales. Objetivo: reportar un caso de higroma hipertensivo contralateral al sitio de una craniectomía descompresiva, su evolución y resolución quirúrgica.

Material y método: Se describe el caso de un paciente masculino de 18 años de edad, al que se le practicó una craniectomía descompresiva (CD) derecha con plástica dural por hematoma subdural agudo por TEC grave, que en el post-operatorio mediato evoluciona con deterioro neurológico. Se diagnostica higroma hipertensivo izquierdo con desplazamiento de línea media. Se revisó la literatura sobre el tema y se seleccionó un artículo con una población representativa (n = 306). El paciente presentó un higroma hipertensivo contralateral sintomático y una co-

lección subgálica homolateral a la CD. Se realizó: evacuación por trepanación, craneoplastia temprana y DVP izquierda sin resultados duraderos.

Resultados: Los higromas hipertensivos luego de la craniectomía descompresiva, son un desafío para el neurocirujano. La evacuación por trepanación ha demostrado ser una medida transitoria. La craneoplastia precoz es una opción válida y que posee buena tasa de resolución de higromas. Ante colecciones recidivantes, la colocación de una derivación teco-peritoneal es una solución.

Conclusión: Los higromas subdurales son una complicación frecuente luego de una CD de causa variable (traumática, stroke de ACM) que ronda el 20 a 50% en diversas series. Generalmente, se trata de colecciones subdurales ipsilaterales que suelen autolimitarse. Menos frecuentes son las contralaterales, que poseen mayor tendencia a volverse sintomáticos. En base a la revisión, se realizaron distintos tratamientos quirúrgicos lográndose la remisión completa con la derivación teco-peritoneal.

Palabras clave: TEC Grave; Higroma Hipertensivo; Craneoplastia Precoz; Derivación Teco-Peritoneal

BASE DE CRÁNEO Y TUMORES

Exéresis de carcinoma espinocelular con infiltración leptomenígea

Jorge Ariel Rasmussen, Alejandro Yanzón, Juan José Larrañaga, Pablo Ajler, Claudio Yampolsky
Hospital Italiano de Buenos Aires
jorge.rasmussen@hospitalitaliano.org.ar

Objetivo: Presentación de un caso de tumor carcinoma espinocelular con invasión leptomenígea.

Material y métodos: Mujer de 87 años con antecedente de CES de cuero cabelludo frontoparietal izquierdo, recidivado en dos oportunidades tras craniectomía y posterior cirugía de Mohs. Presentó una nueva recidiva local ulceronecrotica, con perforación de la calota e infiltración dural con probable compromiso del seno longitudinal superior (EIV, T4N0M0). En los estudios imagenológicos se constató contacto tumoral con la superficie cortical cerebral. Clínicamente sin signos ni síntomas neurológicos. Se propuso exéresis microquirúrgica de la lesión y reconstrucción mediante duramadre sintética, craneoplastia con malla de titanio y colgajo cutáneo libre microvascularizado ALT (anterolateral thigh flap) con anastomosis a vasos temporales.

Resultados: Se evidenció extensión tumoral desde el scalp hasta leptomeninges, la cual se reseco incluso hasta la aracnoides, sin compromiso cortical cerebral evidenciable.

Se realizó reconstrucción mediante las técnicas mencionadas. La paciente presentó en el posoperatorio sólo parafasias y paresia del miembro superior derecho transitorias, sin otras complicaciones. La histopatología confirmó el diagnóstico; se ofreció tratamiento radiante adyuvante.

Conclusión: La infiltración del Sistema Nervioso Central por carcinoma espinocelular ha sido descripta principalmente por vía perineural, sin embargo en este caso se produjo por infiltración directa hasta aracnoides, lo cual es sumamente infrecuente. Esta situación requiere un abordaje quirúrgico interdisciplinario en centros de referencia, para asegurar buen control oncológico y restitución de los planos anatómicos infiltrados con baja morbilidad y aceptable resultado cosmético.

Palabras clave: Carcinoma Cutáneo Escamoso; Scalp; Intracraneal; Invasión Leptomeníngea; ALT Flap

Ependimoma anaplásico supratentorial cortical. Reporte de caso

D. Martínez¹, G. Larrarte¹, A. Minotti¹, G. Sevlever², M. Acuña¹.

¹Servicio de Neurocirugía. Hospital Santa Lucia. CABA.

²Anatomía Patológica. Clínica Bazterrica. CABA.

Objetivo: El objetivo del siguiente trabajo es el reporte de un caso de ependimoma anaplásico occipital cortical y revisión de la literatura.

Reporte de caso: Paciente masculino de 35 años de edad que consultó por cefalea y trastornos visuales. La TAC y RMN de encéfalo evidenciaron una lesión redondeada cortical occipital con realce homogéneo postcontraste. Se realizó la exéresis microquirúrgica de la lesión cuyo diagnóstico anatomopatológico fue: Ependimoma anaplásico. Realizo radioterapia (RT) conformada seguida de quimioterapia (QT) con temozolamida.

Discusión: Los ependimomas extraventriculares son raros y su histogénesis permanece incierta. Las variantes anaplásicas son más frecuentes a nivel supratentorial, con una leve predilección por el lóbulo frontal. Suelen ser tumores bien circunscriptos. La exéresis quirúrgica completa mejora la supervivencia de los pacientes. La RT está indicada en los ependimomas anaplásicos o en aquellos casos de resección parcial. Los beneficios de la QT son cuestionables.

Conclusión: Los ependimomas supratentoriales corticales son una entidad rara. En pacientes jóvenes con lesión cortical y realce homogéneo debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección, seguida de RT y QT en variantes malignas o con resección incompleta.

Palabras claves: Ependimoma; Supratentorial; Tumor Cerebral

Glioma de bajo grado multifocal. Presentación atípica

Cuello, J; Montero, M; Carballo, L; Purves, C; Melis, O; Fiol, J A

Objetivo: Presentación de un caso atípico de glioma de bajo grado (GBG) multifocal y revisión de la bibliografía.

Introducción: Los GBG son lesiones primarias del sistema nervioso central de características benignas que representan aproximadamente el 15% de los tumores cerebrales en adultos. Tienen una presentación bifásica en la infancia y en adultos jóvenes, con una media de edad en estos últimos de 35 años. Se manifiestan clínicamente por convulsiones, seguido de signos de foco, hipertensión endocraneana o disminución de las funciones ejecutivas. Su localización más frecuente es frontal, seguida de temporal y parietal.

Material y métodos: Paciente de sexo masculino de 74 años que presenta episodios de desorientación de 6 meses de evolución. A la consulta se presentaba vigil, bradipsíquico, paresia braquiocrural derecha; Karnofsky 50. Tomografía y resonancia de encéfalo que evidencian lesión multifocal en hemisferio izquierdo, sin refuerzo tras la administración de contraste. Se realiza biopsia estereotáxica, cuya anatomía patológica informa astrocitoma, Ki-67 5%, vimentina y GFAP positivos.

Discusión: Los GBG generalmente se presentan como lesiones únicas. Los casos de multifocalidad descriptos en la bibliografía son escasos y en relación a gliomas de alto grado. Las fibras de asociación serían la vía de diseminación entre lóbulos.

Conclusión: La presentación multifocal de los GBG es infrecuente, así como también la edad avanzada. El diagnóstico por biopsia estereotáxica es una opción eficiente en los casos multifocales, en los cuales la resección tumoral resulta dificultosa o impracticable.

Palabras Clave: Glioma Bajo Grado; Astrocitoma; Multifocal

Abordaje craneoendoscópico combinado para un meningioma frontal intra-extracraneal

Seclen DA, Mural M, Salas E, Medina L, Herrera JM, Vallejos Taccone W

Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", Florencia Varela, Argentina

Objetivo: Describir la resolución del caso de un meningioma frontal con extensión intra-extracraneal.

Material y Método: Reporte de caso clínico-quirúrgico resuelto por un abordaje combinado transcraneal y endoscópico endonasal simultáneo.

Resultado: Paciente masculino, de 47 años de edad, que consulta por deformidad ósea frontobasal asociado a cefaleas. La resonancia magnética evidenció lesión frontobasal anterior con extensión a fosa nasal derecha y refuerzo homogéneo al contraste compatible con meningioma. La tomografía computada mostró hiperostosis frontal.

Se realizó una abordaje bifrontal combinado con un abordaje endoscópico endonasal transcribiforme. Se logró la resección total de la lesión. El cierre combinado se llevó a cabo con un Flap Nasoseptal, músculo y Flap de Pericráneo, sin agregar morbilidad neurológica ni fístula de líquido cefaloraquídeo.

Conclusión: El abordaje combinado endoscópico endonasal y transcraneal facilita la resección en un solo tiempo quirúrgico y permite un correcto cierre del defecto desde ambas vías.

Palabras clave: Cirugía Endoscópica Endonasal; Abordaje Craneoendoscópico; Meningioma de Base Cráneo Anterior

Mucormicosis cerebral, a propósito de un caso

Perea Melisa G; Juan P. Sirena Talocchino, Franco Nicola, Danae Prieto, Christian Genolet, Angel Melchior
Servicio de Neurocirugía -Nuevo Hospital San Roque

Objetivo: Presentación de un caso de mucormicosis cerebral aislada diagnosticada por anatomía patológica

Introducción: Son infecciones producidas por hongos mucorales, principalmente en inmunodeprimidos o en situación de acidosis (diabetes, diarrea, etc.), manifestándose como una infección habitualmente rino-órbito-cerebral, siendo su ubicación más frecuente la frontal con una alta morbimortalidad.

La puerta de entrada es la mucosa rinosinusal o la palatina, con gran tendencia a invadir las paredes vasculares, dando a abscesos o infartos cerebrales.

Caso clínico: Paciente masculino, 27 a. App: asma. Con cefalea occipital intensa, con hemianopsia bitemporal sin foco. TAC lesión hipodensa occipital izquierda cortico subcortical de borde irregulares con edema periférico.

Serología: HIV (-) Hepatitis B y C (-), CMV (-), Toxoplasmosis (-), EBv (-). IRM lesión occipital izquierda hipointesa en T1 Y FLAIR, hiperintesa en T2 que realza con contraste. Se realiza exéresis quirúrgica de la misma. Anatomía patológica positiva para absceso cerebral

por mucormicosis. Se inicia tratamiento con anfotericina B. Paciente con buena evolución neurológica, persistencia de hemianopsia. TAC e IRMN 3 meses con resolución de la lesión.

Conclusión: La mucormicosis cerebral aislada, es una patología infrecuente, la cual se debe tener en cuenta ante la presencia de abscesos cerebrales especialmente en inmunodeprimidos, adicto a drogas EV o en situación de acidosis. El pronóstico es sombrío. Consideramos que el tratamiento de elección debe consistir en exéresis completa de la lesión seguida de la administración de antimicóticos.

Palabras claves: Mucormicosis; Cerebral; Infección; Inmunocompetente

Metástasis en calota de tumor papilar de tiroides variante folicular: reporte de un caso

Vilariño A¹, Vázquez E¹, Menéndez R¹, Erice S¹, Aman-te F², D'Osvaldo D¹

¹Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.

²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Alemán de Buenos Aires.

augustovilarino@gmail.com

Objetivo: Reportar un caso de metástasis en calota como primera manifestación de tumor papilar de tiroides variante folicular intervenido quirúrgicamente en el Hospital Alemán de Buenos Aires.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 57 años de edad sin antecedentes clínicos de relevancia que consulto por presentar tumoración en región frontal izquierda levemente eritematosa, blanda e indolora a la palpación, de aproximadamente 3 cm. Sin foco neurológico. Se realizó RMN de cerebro donde se observó lesión nodular frontal izquierda extraaxial con captación homogénea de gadolinio, infiltración dural y osteolisis.

Intervención: Se realizó resección de lesión tumoral en bloque incluyendo cráneo y duramadre invadidos y posterior reconstrucción con malla de titanio. El diagnóstico histológico fue metástasis de carcinoma papilar de tiroides variedad folicular. El paciente evoluciona de forma favorable otorgándose el alta hospitalaria 3 días después con derivación a servicio de Endocrinología, Oncología y Cirugía de cabeza y cuello para estadificación y tratamiento del tumor primario.

Conclusión: La incidencia de metástasis óseas se encuentra en segundo lugar en pacientes con carcinomas tiroideos, siendo el primer sitio el pulmón. La presentación como lesiones en calota es infrecuente, con una incidencia menor al 5% predominantemente el tipo folicular y en

pacientes con enfermedad primaria conocida y de larga evolución. El tratamiento de primera línea es la resección completa del tumor primario y la mayor cantidad de lesiones metastásicas posibles y posterior terapia con yodo 131.

Palabras claves: Metástasis en Calota; Tumor Papilar

Condrosarcoma mesenquimático mixoide cerebeloso. Reporte de un caso

David Linguido, Matías Nicanor Cogo, Juan Adolfo Lovato, Gabriel Ruso, Facundo Luna, Alfredo Hernández
Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata- Servicio de Neurocirugía
davidlinguido@gmail.com

Objetivo: Revisar las publicaciones sobre condrosarcoma de ubicación encefálica entre los años 1992 y 2015. Presentar un caso clínico, tratado de condrosarcoma mesenquimático mixoide cerebeloso.

Material y métodos: Paciente masculino, de 15 años de edad, sin antecedentes de jerarquía que ingresa por un cuadro de cefalea en región occipital intermitente, ataxia de tronco con lateropulsión hacia izquierda y dismetría ipsilateral de 15 días de evolución. En RNM se evidencia, lesión vermo-hemisférica izquierda con extensión hacia el tectum mesencefálico y glándula pineal, con realce heterogéneo a la administración de contraste endovenoso. Se realizó exéresis total de la lesión por vía supracerebelosa infratentorial.

Resultados: La mayoría de los condrosarcomas extraóseos intracraneales primarios muestran un compromiso dural. Solamente 7 casos fueron reportados en la literatura presentando un origen parenquimatoso, siendo 3 cerebelosos. En todos los casos la variedad histológica fue condrosarcoma mesenquimático, representando el subtipo más agresivo con recurrencias del 65% y mortalidad a 5 años del 54%.

Conclusión: Dado que el condrosarcoma mixoide mesenquimático de cerebelo es un tumor extremadamente raro, no hay consenso en cuanto a su tratamiento. La extensión de la resección quirúrgica y radioterapia postoperatoria son determinantes para prevenir la recurrencia y la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: Tumor de Base de Cráneo; Condrosarcoma Mesenquimático Mixoide; Microcirugía

Metástasis cerebral única de células germinales. Reporte de un caso

Rosa María Martínez, Ruben Correa, Tomas Gondra, Jimena Figoni, Federico Alberione, José Cascarino
Hospital Santojanni
rosmary_212@hotmail.com

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar un paciente sin enfermedad sistémica con metástasis cerebral única.

Material y método: Paciente masculino de 39 años con antecedentes de tumor de células germinales mixto en remisión, consulto por paresia braquio-crural izquierda severa. RMN y TAC encéfalo: evidencio lesión expansiva frontoparietal derecha con compromiso óseo; screening oncológico sistémico negativo. Se realizó una exéresis completa, informada como tumor de células germinales mixtas. Paciente presento recidiva de la lesión a los 3 meses de la cirugía. Actualmente en tratamiento quimioterápico.

Discusión: Las metástasis cerebrales de carcinomas de células germinales son consideradas poco frecuentes, presentando una mala respuesta al tratamiento oncológico. La cirugía previa a la quimioterapia o radioterapia estaría indicada en los casos de grandes metástasis cerebrales, mejorando la sobrevida. La quimioterapia sería útil en los casos de metástasis profundas, siendo el volumen tumoral el mejor predictor de respuesta. La radioterapia se encontraría indicada en los casos de metástasis pequeñas.

Conclusión: El tratamiento actual debe ser individualizado para cada paciente según la localización de la lesión, el tamaño, los síntomas y el estado general.

Palabras claves: Metástasis Cerebral; Tumor de Células Germinales; Tumor Testicular

Glioma de bajo grado asociado a HIV. Presentación de un caso

Marcos Ezequiel Yasuda
Hospital de Clínicas "José de San Martín" CABA Argentina
ezequelyasuda@gmail.com

Objetivo: analizar y describir un caso de glioma de bajo grado asociado a HIV.

Descripción del caso: un varón de 25 años de edad, con antecedentes de sífilis, consultó por parestesias en la región temporoparietal derecha de 2 años de evolución. Al ingreso presentaba una paresia facial central izquierda leve. Se realizó una RM que evidenció a nivel temporal derecho una imagen intraxial hipointesa en T1 e hiperintensa en T2, de aproximadamente 2 x 2 cm sin efecto de masa ni signos de edema. No presentaba realces luego de

la administración de contraste endovenoso. En los estudios prequirúrgicos se detectó una serología positiva para HIV. Inició terapia antirretroviral. Se indicó cirugía.

Intervención: a través de una craneotomía fronto temporal con polectomía temporal se realizó una exéresis total de la lesión. La evolución postoperatoria fue favorable, sin déficit neurológico agregado. La patología mostró que se trataba de un glioma grado II (WHO). A los 2 meses, sin tratamiento adyuvante postoperatorio, no se evidenció lesión en el control por RM.

Conclusión: en este caso la exéresis transcraneana de la lesión permitió obtener el diagnóstico histopatológico y resolver el caso en forma favorable.

Palabras Clave: Craneotomía; Glioma Bajo Grado; HIV

Tumor fibroso solitario de la cisura silviana: presentación de un caso

Juan Karlos Iturrizaga Meza, Alejandra Teresa Rabadan
juaniturizaga2@gmail.com

Objetivo: Presentación de un caso de tumor fibroso y revisión de la literatura.

Material y métodos: Paciente masculino de 29 años consulta por trastorno motor caracterizado por movimientos anormales en hemisferio izquierdo a predominio braquial. Se realizan estudios neuroimagenológicos demostrándose así una imagen intra axial ubicada en la profundidad del lóbulo temporal y en relación con el lóbulo de la ínsula. En las secuencias sin contraste de RMN se presenta isointenso, luego de la administración de contraste refuerza de manera heterogénea, en la angioRM solo es posible visualizar leve desplazamiento de las estructuras vasculares adyacentes a la lesión. La espectroscopia muestra marcado pico de colina con descenso de N-acetil aspartato. También se realizó RMN funcional con paradigma motor y del lenguaje, sin alteraciones de relación mediata con la lesión.

Resultados: Se realiza exéresis completa de la lesión, el informe de anatomía patológica describe una lesión de células con núcleo esférico, citoplasma sincicial, distribución difusa en sectores, arremolinada con nódulos más celulares. La inmunohistoquímica informa EMA (-), Ki67 4%, BCL2 (+++), CD 34 (+). Se arriba al diagnóstico de tumor fibroso solitario de las meninges.

Conclusión: Debido a sus características imagenológicas esta lesión puede ser fácilmente confundida con otras lesiones ocupantes de espacio solidas intracraneanas, principalmente Meningioma, siendo este el principal diagnóstico diferencial. Incluso puede simular lesiones vasculares como por ejemplo un aneurisma gigante trombosado, es

importante obtener el diagnóstico correcto mediante la anatomía patológica y las características inmunohistoquímicas. La importancia radica en el pronóstico esencialmente distinto comparado con otros posibles diagnósticos.

Palabras clave: Tumor Fibroso Solitario del SNC; Tumor Fibroso Solitario de las Meninges; Tumor Fibroso Solitario de la Cisura de Silvio

Linfoma primario infratentorial en paciente HIV. Presentación de un caso

Andrés Mayer, Lorena Gurdzel
Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
andresmayer@hotmail.com

Objetivo: presentar un caso clínico de un paciente joven con HIV congénito con síndrome de hipertensión endocraneana a causa de un linfoma primario de celular tipo B de fosa posterior.

Material y Métodos: Paciente de 20 años de edad, sexo masculino, con antecedente de HIV congénito en TAARV, con síndrome de hipertensión endocraneana y deterioro del sensorio de 24 hs de evolución. En RMN se observa lesión única infratentorial isointensa que realza con contraste, con edema perilesional y efecto de masa que deforma el cuarto ventrículo. Se decide cirugía mediante abordaje suboccipital medial realizándose exéresis total de la lesión y descompresión de la fosa posterior.

Intervención: se realiza abordaje de fosa posterior, previa colocación de drenaje ventricular externo. Se visualiza tumoración duroelástica. Se realiza exéresis total de la lesión con informe anatomopatológico que arroja linfoma inmunofenotipo B. El paciente evoluciona favorablemente remitiendo la clínica previa. La tomografía axial computada (TAC) de encéfalo postquirúrgica no muestra remanente tumoral ni signos de resangrado.

Conclusión: el linfoma primario de SNC es un tipo de linfoma no hodgkin, poco frecuente; cuya incidencia ha sufrido un gran aumento en los últimos años. Esta entidad es más frecuente en varones, con una edad de aparición entre la 1ª y la 3ª década de vida en pacientes inmunosuprimidos, mostrando un comportamiento agresivo con escasa respuesta a la radio y quimioterapia por lo que se estima un tiempo de supervivencia de un año después del diagnóstico.

Palabras clave: Linfoma Primario de SNC; Síndrome de Hipertensión Endocraneana

Papiloma de plexo coroideo en paciente adulto. Publicación de un caso

Lorena Gurdzel, Horacio Barea, German Arias, Cristian de Bonis, Horacio Sole
Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
lorena5383@hotmail.com

Objetivo: presentar un caso de papiloma de plexo coroideo ubicado en el IV ventrículo en un paciente adulto, extirpado en su totalidad.

Descripción: paciente sexo masculino de 30 años de edad sin antecedentes de importancia, que desarrolla un cuadro de cefalea holocraneana, vómitos e inestabilidad de la marcha de dos meses de evolución; con una RMN que evidencia una lesión sólida, de márgenes bien definidos, que realza intensamente con contraste, ubicada en la región inferior del IV ventrículo. Se decide cirugía realizándose exeresis macroscópicamente completa.

Intervención: se realiza craniectomía de fosa posterior con abordaje telovelar, previa colocación de drenaje ventricular. Se realiza exeresis total de la lesión cuyo informe anatomopatológico arroja papiloma de plexo coroideo (grado I, WHO). El paciente evoluciona sin complicaciones postoperatorias con mejoría de la clínica previa. La tomografía axial computada (TAC) control postquirúrgica no mostro remanente tumoral evidente ni signos de resangrado.

Conclusión: el papiloma de plexo coroideo es un tumor infrecuente. Representan el 0,3-0,8% de todos los tumores cerebrales del adulto. El 80% se presenta en la edad infantil a nivel de los ventrículos laterales; los del IV ventrículo son más frecuentes en adultos. La cirugía es curativa, con un porcentaje de supervivencia de casi el 100% a los 5 años.

Palabras clave: Papiloma de Plexo Coroideo; Tumor de IV Ventrículo

Teratoma maduro cerebral hemisférico en adulto. Reporte de caso y revisión de la literatura

Adrián Peressín Paz, Axel Angerami, Matías Dorman, Pablo Zuliani, Pablo Seoane, Eduardo Seoane
Servicio de Neurocirugía, Hospital Ramos Mejía, CABA

Objetivo: Presentación, análisis y revisión bibliográfica de un caso de Teratoma frontal.

Material y método: Se describe el caso de un hombre de 48 años, estudiado por haber presentado un episodio de crisis comicial, donde la RMN evidenció una lesión frontal de 2 cm, heterogénea, hipointensa en T1 e Hiperin-

tensa en T2, sin efecto de masa ni realce postcontraste. Se realizó exéresis total de la lesión, que anatomopatológicamente reveló la presencia de un quiste revestido por epitelio pseudoestratificado cilíndrico ciliado, anexos cutáneos y glándulas mucosas. El paciente evolucionó favorablemente y en el seguimiento a los 6 meses se mantuvo asintomático con RMN control sin evidencia de recidiva tumoral.

Resultados: Los Teratomas maduros representan menos del 0,5 % de los tumores primarios intracraneales en el adulto. Son lesiones benignas, localizadas predominantemente en la región pineal, selar y tercer ventrículo, y suelen ser lobulados. Con resección total, se han reportado altas tasas de supervivencia. Es fundamental hacer un muestreo amplio del preparado para descartar la presencia de elementos inmaduros que pueden cambiar el pronóstico y el tratamiento.

Conclusión: Si bien los teratomas maduros son tumores infrecuentes en el adulto, debemos considerarlos dentro de las lesiones ocupantes de espacio en el SNC. Su pronóstico es muy bueno con una resección completa.

Palabras clave: Teratoma Maduro; Intracraneal

Lesiones desmielinizantes a forma pseudotumoral. Presentación de tres casos

Juan Karlos Iturrizaga Meza, Alejandra Teresa Rabadan, Patricia Santoro Tarulla
Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA)
juaniturrizaga2@gmail.com

Objetivo: Presentación, análisis y revisión de la literatura a propósito de una serie de casos de lesiones desmielinizantes pseudotumorales.

Material y método: Se presentan tres pacientes, dos varones y una mujer, cuyas edades oscilan entre 26 y 41 años. Las RM sin y con gadolinio y la RM con espectroscopia mostraron las masas pseudotumorales con captación de contraste, con patrón espectroscópico no concluyente. Dos fueron biopsiados.

Resultados: Los tres pacientes presentan enfermedad desmielinizante a forma pseudo tumoral.

Por Resonancia Magnética suelen ser lesiones >2 cm (rango 0.5-12 cm), con efecto de masa, rodeadas de edema perilesional, con refuerzo anular con Gadolinio, uni o multifocales.

Las presentaciones clínicas suelen ser polisintomáticas.

Conclusión: La enfermedad desmielinizante a forma pseudotumoral reconoce distintas variantes de presentación y estadios evolutivos. Requieren tratamiento específico y en la mayoría de los casos existe terapéutica modi-

ficante del curso de la enfermedad. Es importante que los grupos que trabajan con pacientes neurooncológicos tengan en consideración estas formas de presentación pseudotumoral por su impacto en el diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Enfermedad Desmielinizante; Lesión Pseudotumoral; Lesión Pseudotumoral Desmielinizante

Meningiomas intracraneales múltiples. Reporte de caso

Elvio Cejas, Gastón Rotino

Hospital San Luis, San Luis Capital

drcejas@hotmail.com

Objetivo: Se presenta un caso de una paciente tratada íntegramente en el Hospital San Luis (HSL), con dos meningiomas, uno en cada hemisferio cerebral.

Material y método: Fue intervenida quirúrgicamente de urgencia por una lesión de la convexidad frontal derecha grande. Luego de compensada hemodinámicamente y posteriormente por lesión pterional izquierda de menor tamaño.

Resultados: Ambos Simpson I con posterior craneoplastia Evolución favorable de la paciente, sin déficit y con restitución a su vida y tareas habituales.

Conclusión: La cirugía es el único método verdaderamente curativo, (sobre todo cuando el paciente ingresa con grave deterioro por esta causa) siendo de elección en la mayoría de los casos, siendo Simpson I el grado también de elección en lesiones de la convexidad.

Palabras clave: Meningiomas Múltiples; Tratamiento Quirúrgico Curativo; Simpson Grado I

Cirugía De Adenomas De Hipófisis Con Endoscopia

Gustavo Tróccoli, Luis Annunziata

Servicios de Neurocirugía y Otorrinolaringología, Hospital Italiano, Bahía Blanca

gustavo_troccoli@yahoo.com.ar

Objetivo: Describir nuestra experiencia inicial en el tratamiento de los adenomas de hipófisis con técnicas endoscópicas endonasales.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente los casos de adenomas de hipófisis a las cuales se les operó por vía endonasal con endoscopia.

Resultados: Entre enero de 2011 y mayo de 2015 se intervinieron 15 pacientes con adenomas de hipófisis por vía endonasal utilizando técnicas endoscópicas. En todos los casos se trató de macroadenomas (> a 10 mm), sien-

do 12 pacientes tumores no funcionantes y 3 productores de STH. La resección fue total en 7 casos, subtotal en 7 y parcial en 1. Como complicaciones importantes se observó fistula de líquido cefalorraquídeo en dos pacientes que fueron tratados utilizando la misma técnica.

Conclusiones: La resección endoscópica endonasal constituye una muy buena y actual opción terapéutica para el tratamiento de los adenomas de hipófisis. Posee complejidad técnica similar a los procedimientos de referencia, es segura, con buenos resultados clínicos e índice de complicaciones bajo. Requiere una curva de aprendizaje algo prolongada que se acorta operando conjuntamente con otorrinolaringólogos con experiencia en tratamientos endoscópicos de la patología nasal y de senos paranasales.

Palabras clave: Adenoma de Hipófisis; Resección Endoscópica; Vía Endonasal

Metástasis en calota de tumor papilar de tiroides variante folicular: reporte de un caso

Vilarino A¹, Vázquez E¹, Menéndez R¹, Erice S¹, Amanate F², D'Osvaldo D¹

¹*Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.*

²*Servicio de Anatomía Patológica Hospital Alemán de Buenos Aires.*

augustovilarino@gmail.com

Objetivo: Reportar un caso de metástasis en calota como primera manifestación de tumor papilar de tiroides variante folicular intervenido quirúrgicamente en el Hospital Alemán de Buenos Aires.

Descripción: Paciente de sexo masculino de 57 años de edad sin antecedentes clínicos de relevancia que consulto por presentar tumoración en región frontal izquierda levemente eritematosa, blanda e indolora a la palpación, de aproximadamente 3 cm. Sin foco neurológico. Se realizó RMN de cerebro donde se observó lesión nodular frontal izquierda extraaxial con captación homogénea de gadolinio, infiltración dural y osteolisis.

Intervención: Se realizó resección de lesión tumoral en bloque incluyendo cráneo y duramadre invadidos y posterior reconstrucción con malla de titanio. El diagnóstico histológico fue metástasis de carcinoma papilar de tiroides variedad folicular. El paciente evoluciona de forma favorable otorgándose el alta hospitalaria 3 días después con derivación a servicio de Endocrinología, Oncología y Cirugía de cabeza y cuello para estadificación y tratamiento del tumor primario.

Conclusión: La incidencia de metástasis óseas se encuentra en segundo lugar en pacientes con carcinomas tiroi-

deos, siendo el primer sitio el pulmón. La presentación como lesiones en calota es infrecuente, con una incidencia menor al 5% predominantemente el tipo folicular y en pacientes con enfermedad primaria conocida y de larga evolución. El tratamiento de primera línea es la resección completa del tumor primario y la mayor cantidad de lesiones metastásicas posibles y posterior terapia con yodo 131.

Palabras claves: Metástasis en Calota; Tumor Papilar

Metástasis cerebral única de células germinales. Reporte de un caso

Rosa María Martínez, Ruben Correa, Tomas Gondra, Jimena Figoni, Federico Alberione, José Cascarino

Hospital Santojanni

rosmary_212@hotmail.com

Objetivo: Las neoplasias testiculares presentan una incidencia del 1 al 3%, siendo el 95% tumores de células germinales. La edad promedio de presentación es entre los 15 y los 35 años. Las metástasis cerebrales son poco frecuentes, reportándose entre el 1-2% de todos los casos y hasta en el 15% de los estadios avanzados. El objetivo de este trabajo es presentar un paciente sin enfermedad sistémica con metástasis cerebral única.

Material y métodos: Reporte de caso: Paciente masculino de 39 años con antecedentes de tumor de células germinales mixto en remisión, consulto por paresia braquiocrural izquierda severa. RMN y TAC encéfalo: evidencian lesión expansiva frontoparietal derecha con compromiso óseo; screening oncológico sistémico negativo. Se realizó una exéresis completa, informada como tumor de células germinales mixtas. Paciente presentó recidiva de la lesión a los 3 meses de la cirugía. Actualmente en tratamiento quimioterápico.

Discusión: Las metástasis cerebrales de carcinomas de células germinales son consideradas poco frecuentes, presentando una mala respuesta al tratamiento oncológico. La cirugía previa a la quimioterapia o radioterapia estaría indicada en los casos de grandes metástasis cerebrales, mejorando la sobrevida. La quimioterapia sería útil en los casos de metástasis profundas, siendo el volumen tumoral el mejor predictor de respuesta. La radioterapia se encontraría indicada en los casos de metástasis pequeñas.

Conclusión: El tratamiento actual debe ser individualizado para cada paciente según la localización de la lesión, el tamaño, los síntomas y el estado general.

Palabras clave: Metástasis Cerebral; Tumor de Células Germinales; Tumor Testicular

Lesión en calota metastásico con primario desconocido

Esteban Loncharic, Juliana Fernández, Matías Sein, Florencia Navallas, Nina Pascual, Luciano Galosi

HIGA Güemes, Haedo

eloncharic@outlook.com

Objetivo: Las metástasis son los tumores óseos más frecuentes. En adultos por orden de frecuencia las neoplasias que suelen afectar a la calota son: mama, pulmón, próstata, riñón, tiroides y melanoma. Suelen ser oligosintomáticas, o bien producir dolor por irritación del periostio.

Material y métodos: Caso N° 1: Paciente masculino de 61 años que consulta por sobre crecimiento óseo frontotemporoparietal derecho de aproximadamente un año de evolución. Al examen físico neurológico se observa paresia braquio crural izquierda leve, sin otro déficit sensitivo motor asociado. Se palpa lesión en calota de carácter duro petreo adherido a planos profundos. No presenta antecedentes patológicos de relevancia.

Caso N°2: Paciente de sexo femenino de 60 años que se presenta en regular estado general, con síndrome de impregnación. Luego de realizarse estudios serológicos y de imágenes se diagnostica cuadro de metástasis múltiples en hígado, huesos costales, pelvis, clavícula y calota, sin poder determinar por estos métodos el origen de dichas lesiones.

Resultados: En el primer caso se realiza exéresis de la lesión en calota por no encontrar primario en evaluación prequirúrgica. La anatomía patológica diagnóstica adenocarcinoma de próstata.

En el segundo caso la paciente no resultó pasible de tratamiento neuroquirúrgico. Se realiza biopsia bajo guía tomográfica de lesión en calota, se diagnostica adenocarcinoma sin determinar origen.

Conclusión: Las lesiones metastásicas en calota no son raras, pueden presentarse como la manifestación más evidente de una neoplasia de origen desconocido, debiendo realizar estudios como pan tomografía y búsqueda de marcadores tumorales para determinar su origen primario. Específicamente el cáncer de próstata que, usualmente da metástasis ósea con más frecuencia a nivel de la columna vertebral y sacro, más raramente se relaciona con metástasis en calota y meninges.

Palabras clave: Tumor Calota; Metástasis Adenocarcinoma

Bulbo yugular alto y dehiscente al oído medio: reporte de un caso

María José Cavagnaro, Mariano Ziraldo, Ana Belén Melgarejo, Víctor Castillo Thea, Martín Guevara, Javier Gardella

División de Neurocirugía, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
mariajosecavagnaro@hotmail.com

Objetivo: Descripción de un caso de bulbo yugular alto y dehiscente al oído medio. Revisión de la literatura publicada.

Material y método: Se describe un caso de una paciente de 24 años, con antecedentes de otitis media a repetición e hipoacusia de conducción y diagnóstico presuntivo de paraganglioma yugulo timpánico izquierdo desde los 15 años de edad. Se decide conducta expectante con seguimiento anual, mediante tomografías y resonancias de encéfalo, sin presentar progresión clínica ni radiológica. Es derivada a Neurocirugía del Hospital Fernández con indicación quirúrgica, donde se hace revisión del caso, diagnosticándose bulbo yugular alto y dehiscente al oído medio.

Resultados: Revisión del caso clínico, actualización de estudios complementarios (Tomografía y angiotomografía multislice, RM con angioRM) y revisión literaria.

Conclusión: El bulbo yugular alto y dehiscente al oído medio es una entidad poco frecuente, que debería considerarse como diagnóstico diferencial del paraganglioma yugulo-timpánico debido a su similitud en la otoscopia y el cuadro clínico, y así evitar conductas terapéuticas agresivas.

Palabras clave: Bulbo Yugular Alto y Deshicente; Paraganglioma; Anomalías del Bulbo Yugular; Hipoacusia Conductiva

Histiocitosis Hipotalámica Aislada del SNC

Francisco Sanz, Héctor Pablo Rojas, José Luis Ledesma, Roberto Rafael Herrera

Clínica Adventista Belgrano
franciscozanz@yahoo.com.ar

Objetivo: La Histiocitosis de células de Langerhans aislada del SNC, es una enfermedad muy rara cuando no está asociada a patología sistema a o con lesiones concomitantes.

Material y métodos: Reporte de paciente femenina de 22 años con polidipsia, poliuria, galactorrea y amenorrea con lesión hipotalámica anterior bilateral. Se realizó biopsia bajo resonancia.

Resultados: Lesión compatible con histiocitosis de célu-

las de Langerhans

Conclusión: Es una patología rara, que tiene que ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en patologías poco frecuente del SNC.

Palabras clave: Histiocitosis; Tumor Hipotalámico; Resonancia Intraoperatoria

Hemangiopericitoma intraventricular: reporte de un caso y revisión de la literatura

Laura Saladino, Pantaleon Saladino

Sanatorio Parque, Salta Capital
lauryps@gmail.com

Objetivo: Los hemangiopericitomas son neoplasias raras, con impredecible potencial maligno, altamente vascularizadas que típicamente proliferan en piel y tejido musculoesquelético. Nacen de los pericitos capilares que rodean las células endoteliales. Los hemangiopericitomas intracraneales son aún más raros representando menos del 1% de los tumores intracraneales. Los autores presentan el caso de una paciente de 24 años con un hemangiopericitoma intraventricular y se revisa la literatura existente.

Material y métodos: Se revisa bibliografía sobre el tema en Pubmed y Cochrane y se reporta el caso.

Resultados: No se encontró ningún reporte en la bibliografía sobre hemangiopericitoma en ésta localización. Se realizó la exéresis microquirúrgica del tumor. Su estudio anatomopatológico informa proliferación neoplásica de aspecto mesenquimático conformada por patrón de crecimiento sólido asociado a vasos de lices elongadas, dilatadas y colapsadas. Hipercelular alternando con sectores eucelulares. Conformada por células ahusadas y ovaladas sin pleomorfismo con escaso citoplasma que se disponen en forma agrupada estoriforme arremolinada. Los sectores de necrosis son escasos y las figuras mitóticas aisladas típicas. La lesión exhibe bordes expansivos. Diagnóstico de lesión mesenquimática vascular correlacionable con hemangiopericitoma.

Conclusión: Finalmente, nuestra revisión de la literatura no encontró un sólo caso documentado de hemangiopericitoma de localización intraventricular. A nuestro conocimiento y entender, éste es el primer caso reportado de hemangiopericitoma en ésta localización. Debido a que cada vez se reportan nuevos casos y de diferentes características se requiere una constante revisión de los conceptos que definen la patología y evolucionan con las técnicas de histopatología.

Palabras clave: Hemangiopericitoma; Intracraneal; Intraventricular

Neuroparacoccidiodomicosis Simulando Tumor Cerebral: Reporte de un Caso

María Belén Vega, Mariano Ziraldo, Ana Belén Melgarejo, Martín Guevara, Javier Gardella

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

beluvega@gmail.com

Objetivo: Describir el caso de un paciente con paracoccidiodomicosis pulmonar diseminada y lesión cerebral expansiva que requirió tratamiento neuroquirúrgico en nuestro servicio y revisión de la literatura.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 36 años de edad, oriundo de Paraguay, agricultor, con antecedente de tabaquismo severo; que presenta cuadro de cefalea occipital y visión borrosa de 2 meses de evolución. Al examen neurológico sólo se detecta una hemianopsia temporal izquierda. En la IRM de cerebro se observa lesión expansiva occipital derecha con realce perilesional y efecto de masa. Los métodos diagnósticos utilizados (imagenológicos, microbiológicos y serológicos) permitieron confirmar el diagnóstico de paracoccidiodomicosis diseminada con compromiso del SNC.

Resultados: El paciente recibió tratamiento farmacológico (TMS + Anfotericina B) por un mes sin mejoría sintomática ni regresión de la lesión occipital derecha. Se decidió realizar craneotomía occipital y resección completa de la lesión. El paciente evolucionó sin déficit neurológico agregado. Se realizaron TC e IRM de cerebro postoperatorias que demostraron ausencia de lesión remanente.

El paciente continúa tratamiento infectológico en forma ambulatoria.

Conclusión: Los hallazgos imagenológicos de paracoccidiodomicosis con compromiso del SNC pueden asemejarse a los de una lesión tumoral, haciendo dificultoso el diagnóstico diferencial. En áreas endémicas, esta entidad debe ser considerada ante toda lesión ocupante de espacio cerebral con realce en anillo, edema perilesional y efecto de masa observada en IRM.

Palabras clave: Paracoccidiodomicosis; SNC; Paracoccidiodios Brasileños

Absceso cerebral en paciente con pénfigo vulgar -comunicación de la inmunosupresión. Reporte de caso

Juan José Agüero, Eugenia Salinas, Rodolfo Esparza, Martín Paiz, Álvaro Campero

Hospital Ángel C. Padilla. Tucumán
yabranjose@hotmail.com

Objetivo: Pénfigo vulgar es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por lesiones ampollares en piel, que requiere tratamiento inmunosupresor para su control. Debido a este último, existe el riesgo de infecciones asociadas, siendo raras las de localización en el sistema nervioso central. Por ello, se presenta el caso de absceso cerebral en paciente con pénfigo vulgar y terapia inmunosupresora.

Descripción de caso: Paciente masculino de 52 años de edad con diagnóstico de pénfigo vulgar y diabetes mellitus. Recibió tratamiento con prednisona y metotrexato durante 4 años con regular respuesta. Por refractariedad al mismo, inicia terapia biológica con anticuerpo monoclonal anti CD20 (rituximab) con buena respuesta. Seis meses posterior a la última dosis (5 en total) consulta por cefalea leve, déficit motor braqui-crural izquierdo. En resonancia magnética se observa lesión ocupante de espacio (quisticas) y edema vasogénico en zona temporo-parietal derecha compatible con absceso cerebral.

Resultados: Se realiza excisión de la lesión al octavo día de ingreso con confirmación del diagnóstico mediante biopsia y cultivo positivo para *Streptococo viridans*. Sin mejoría clínica el paciente fallece a sexto día post cirugía.

Conclusión: El absceso cerebral es un riesgo que se debe considerar al añadir terapia inmunosupresora a pacientes con enfermedades autoinmune.

Palabras clave: Absceso Cerebral; Inmunosupresión; Pénfigo Vulgar, Rituximab

Sarcoma de Ewing extra-esquelético de fosa posterior (trabajo libre oral)

Tomás Funes, Fedra Sanfilippo, Cesar Sereno, Dante Intile, Marcelo Acuña

Fundación de Neurociencias Aplicadas, Sanatorio Anchorena, Buenos Aires, Argentina

pedrotomasfunes@gmail.com

Introducción: El Sarcoma de Ewing pertenece a un grupo de tumores malignos que crecen en niños y adultos jóvenes. Si bien puede afectar cualquier estructura ósea, el tumor principalmente se localiza en pelvis, huesos largos y costillas. La localización primaria intracraneana es extremadamente rara. El tratamiento consiste en cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Objetivos: Describir y analizar un caso de Sarcoma de Ewing extra-esquelético de fosa posterior

Descripción: Femenino de 35 años que consultó por ce-

falea y trastornos de la marcha de 3 semanas de evolución. RM: lesión hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y Flair con escaso realce con gadolinio en región vermiana. Screening corporal total negativo. Se realizó un abordaje suboccipital y resección total de la lesión. Anatomía patológica: Sarcoma de Ewing extra esquelético (con translocación 11-22 y fusión del gen EWS/FLI1). Realizó radio y quimioterapia. Control a los 6 meses sin déficit neurológico, RM sin recidiva local y PET corporal sin focos hipercaptantes activos. En seguimiento estricto por neurocirugía y oncología.

Conclusión: El Sarcoma de Ewing extra-esquelético en su aparición intracraneana es una infrecuente presentación de este agresivo tumor. A pesar de su naturaleza maligna, posee una tasa de supervivencia a los 5 años del 60% con resección total seguida de radioterapia y quimioterapia.

Palabras clave: Sarcoma de Ewing; Fusión EWS/FLI1-T (11,22); Tumor de Cerebelo

VASCULAR CEREBRAL

Clipado de aneurisma paraclinoideo gigante incidental con técnica deflating

Constantino Jose Brignone, Sebastián Norberto Veloso, Nicolas Rellan, Marcelo Orellana, Fernando Libenson, Anabella Arena, Ricardo Fernández Pisani

Objetivo: Se presenta un caso diagnosticado y tratado de un aneurisma paraclinoideo gigante incidental en el Complejo Medico Churruca-Visca.

Material y métodos: Análisis retrospectivo del tratamiento instaurado en una paciente durante Noviembre de 2014 portador de un aneurisma gigante incidental.

Resultados: Se realizó exclusión completa de la circulación, habiendo utilizado la maniobra de Samson (deflating). El seguimiento tomográfico y angiográfico postoperatorio fue satisfactorio.

Conclusión: Consideramos que la técnica utilizada es segura y eficaz en aneurismas paraclinoideos en los que no se evidencia el cuello debido al gran tamaño del saco aneurismático.

Palabras clave: Aneurisma Paraclinoideo; Aneurisma Gigante; Aneurismas Incidentales

Aneurisma de arteria A1 fenestrada: reporte de caso

Lucas Toibaro, Pablo Zuliani, Pablo Seoane, Fernando

Latorre, Ricardo Vázquez, Eduardo Seoane

Objetivo: Reportar un caso de aneurisma asociado a fenestración del segmento A1 y trifurcación del segmento A2.

Introducción: Las fenestraciones constituyen anomalías vasculares infrecuentes. Generalmente se localizan en la circulación cerebral posterior, aunque es posible encontrarlas en menor medida en la circulación cerebral anterior. Las fenestraciones implican una alteración en la cinemática del flujo sanguíneo en la región, aumentando en consecuencia el riesgo de desarrollo de aneurismas.

Material y métodos: Se revisó la historia clínica y video quirúrgico de una paciente con HSA aneurismática. Se presentó con Hunt-Hess 2 y Fisher 2. La Angio tomografía cerebral mostró un aneurisma del segmento A1 izquierdo. Se observó durante el tiempo microquirúrgico una fenestración en el segmento A1 izquierdo, otra a nivel de la arteria comunicante anterior y una trifurcación A2. El aneurisma se localizó en el segmento proximal de la ventana de A1. Se realizó clipado aneurismático de forma exitosa. La paciente evolucionó favorablemente sin déficit. La angiografía digital control demostró la exclusión aneurismática.

Conclusión: Las fenestraciones de la arteria cerebral anterior son infrecuentes. Se hallan asociadas a una mayor incidencia de aneurismas. Su presencia obliga a un estudio exhaustivo debido a la alta frecuencia de asociación con otras anomalías vasculares.

Parálisis completa del III par craneal asociado a aneurisma del segmento coroideo anterior: reporte de caso

Lucas Toibaro, Pablo Zuliani, Adrián Peressin, Matías Dorman, Ricardo Vázquez, Eduardo Seoane
Scio. de neurocirugía Htal. Ramos Mejía. CABA

Objetivo: reportar un caso de aneurisma coroideo anterior con presentación clínica atípica y revisión de la literatura.

Materiales y métodos: Se presenta una paciente de sexo femenino de 33 años de edad con parálisis completa del III par craneal en la que la Angio tomografía cerebral evidenció un aneurisma de cara posterior de la arteria carótida interna. Se realizó clipado del mismo observándose su localización en segmento coroideo anterior. En el seguimiento postoperatorio la paciente evolucionó con franca mejoría de la paresia oculomotora.

Conclusión: Si bien la paresia del tercer par debe motivar la sospecha de un aneurisma del segmento comunicante posterior, no debe descartarse la posibilidad de patología aneurismática localizada en el segmento coroideo. Dicho hallazgo se correlaciona con una variación de la anatomía

vascular normal de la carótida supraclinoidea.

Palabras clave: Parálisis Completa del Nervio Oculomotor; Aneurisma Coroideo

Arteria trigeminal persistente y patología asociada. Reporte de casos

Ma. Paula Leyes, Héctor Facundo Luna, Maximiliano Quintana C., Adán Aníbal Romano, Eduardo Emilio Tejado, Eduardo Guerra

*HIGA San Martín. La Plata. Buenos Aires.
mapaulaleyes@hotmail.com.ar*

Objetivo: Reportar tres casos de AT asociados con patologías vasculares. Se realiza además, una revisión de la literatura.

Material y métodos: Caso 1: Paciente masculino de 67 años, con antecedente neuralgia del trigémino, sin causas secundarias. La angiografía cerebral digital (ACD) reveló la opacificación de la arteria basilar a través de una AT. Caso 2: Paciente femenina de 61 años, con síntomas de insuficiencia vértebro-basilar, cuya ACD evidenció una AT asociada a segmentos vertebrales cervicales hipoplásicos. Caso 3: Paciente femenina de 56 años, con defectos del campo visual izquierdo. La ACD mostró un aneurisma del segmento carótido-cavernoso izquierdo, asociado a una AT que nace del cuello.

Resultados: Las características anatómicas y angiográficas de la AT guía decisiones terapéuticas, quirúrgicas o endovasculares. Existen importantes arterias perforantes pontinas procedentes de la AT.

Su curso anatómico determina una Variante Medial (penetrando en la silla turca) y una Variante Lateral (emerge del seno cavernoso entre la raíz sensitiva del trigémino y la silla turca).

La clasificación angiográfica según Saltzman propone: Tipo 1 (el sistema basilar distal a la anastomosis se llena a través de la AT) y Tipo 2 (la AT suministra a las arterias cerebelosas superiores bilateralmente. Las arterias cerebrales posteriores se opacifican a través de arterias comunicantes posteriores).

Conclusión: La AT posee características anatómicas y angiográficas importantes para la terapéutica de lesiones asociadas.

Palabras clave: Arteria Trigeminal Persistente; Clasificación; Alteraciones Vasculares

Nuestra experiencia microquirúrgica en patología vascular cerebral compleja 2014-2015

Juan Manuel Marelli, Analía Milan, Matías Domínguez, Lucas Arias, Guillermo Segvic, Santiago Cerneaz
*Hospital Raul F. Larcade de San Miguel - Buenos Aires
juan_marelli@yahoo.com.ar*

Introducción: Mostrar una serie de casos seleccionados con patología vascular cerebral compleja resueltos con técnica microquirúrgica en el último año académico en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Larcade de San Miguel.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con patología vascular compleja operados en el servicio de neurocirugía en el periodo comprendido entre junio 2014 y junio 2015. Se seleccionaron 4 casos, dos aneurismas y dos malformaciones vasculares cerebrales (MAVs) de un total de 9 casos operados en nuestro servicio.

Resultados: En el periodo comprendido de junio 2014 a junio de 2015 se realizaron nueve cirugías con técnica microquirúrgica en patologías vasculares cerebrales complejas. Se realizó una selección de casos para su exposición.

Conclusión: Se realizaron nueve cirugías con técnica microquirúrgica en patologías vasculares cerebrales complejas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Larcade de San Miguel.

Palabras clave: Aneurisma Cerebral; Malformación Vascular Cerebral; Técnica Microquirúrgica

Tratamiento endovascular de aneurisma cerebral, nuestra experiencia

Nicolas Saavedra, Luis Márquez, Mauricio Fernández, Abel Pasqualini, Daniel Desole, Sergio Pallini
*Hospital Militar Central de Buenos Aires "Hgrl 601", Servicio de Neurocirugía
saavedraneuro@gmail.com*

Objetivo: Presentación y análisis de una serie de casos de aneurismas tratados mediante embolización endovascular.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 50 pacientes con 54 aneurismas intracraneales tratados por terapia endovascular entre los años 2013 y 2014. Se analizaron las imágenes angiográficas antes del procedimiento y después del mismo y se registró el estado clínico previo al procedimiento según escala de Hunt y Hess e imagenológica de Fisher; y al momento de ser dado de alta. Se evaluó la morbimortalidad de esta entidad.

Resultados: Según la escala de Hunt y Hess, al momento

de la admisión, 0 % de los pacientes estaban en el grado I, 4 % en el grado II, 32 % en el grado III y 18 % en los grados IV o V. El 46 % de los pacientes tenían aneurismas no rotos. Los resultados angiográficos inmediatos demostraron oclusión total en 90 %, presencia de cuello remanente en 4 % y oclusión parcial o fallida en 6 % de los pacientes con "embolización". La mortalidad global fue de 28 %, con una mortalidad del procedimiento de 0 %. Así mismo se analizó la prevalencia de aneurismas según topografía.

Conclusión: El tratamiento endovascular de los aneurismas intracraneales se asoció con una baja morbimortalidad. Los resultados fueron similares a diversas series publicadas en la literatura mundial, respaldando la factibilidad del método en nuestro medio.

Palabras clave: Aneurisma Intracraneal; Hemorragia Subaracnoidea; Embolización; Indicadores de Morbimortalidad; Angiografía Cerebral

MAV insular derecha accidentalada. Presentación de un caso

J. San Martín, J. Sanchez, E. Mezzano, M. Berra, R. Olococo, F. Papalini.

Hospital Córdoba

Objetivo: presentar caso de MAV insular derecha accidentalada y su resolución quirúrgica.

Descripción: paciente de 16 años de sexo masculino que ingresa por guardia tras sufrir cuadro agudo de cefalea, vómitos y depresión del sensorio. Al examen neurológico, rigidez de nuca severa, apertura ocular ante estímulos dolorosos y hemiparesia faciobraquiocrural izquierda. En TAC se objetiva hematoma intraparenquimatoso temporoinisular derecho con vuelco ventricular. Angiografía cerebral que demuestra MAV insular derecha con aferencias de ramas temporales de arteria cerebral media y de arteria coroidea posterolateral, con drenaje venoso superficial.

Intervención: Se realiza intervención quirúrgica diferida (craneotomía y exéresis) mediante incisión tipo Penfield derecha, disección del valle silviano que permitió objetivar ovillo vascular insular de 2 cm de diámetro aproximado, se realiza clipado transitorio de aferencias vasculares y exéresis completa de la malformación con buena evolución del paciente, quien es dado de alta al cuarto día del postquirúrgico sin déficit neurológico.

Conclusión: Ante la aparición de signos de hipertensión endocraneana y hemorragia intraparenquimatosa en pacientes jóvenes se impone la realización de estudios angiográficos para diagnosticar procesos malformativos vasculares. En este caso en particular se decidió la conducta

quirúrgica en forma diferida debido a la mejoría clínica del paciente y con el objetivo de realizarla sin los efectos deletéreos de la hipertensión endocraneana y los posibles cambios en la arquitectura de la malformación producidos por la presencia del hematoma intraparenquimatoso.

Tratamiento de glomus yugular en el contexto de síndrome de ataxia telangiectasia: presentación de un caso clínico

Fernando Mazzuferi, Javier Sanchez, Emilio Mezzano, Matías Berra, Ricardo Olococo, Francisco Papalini
Servicio de neurocirugía, Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina
fernando.mazzuferi@gmail.com

Objetivo: presentación de un caso clínico de rara asociación de un glomus yugular, en el contexto de un síndrome de ataxia telangiectasia y su resolución mediante el uso combinado de técnicas endovasculares y microquirúrgicas.

Descripción: se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 23 años de edad, con APP síndrome de ataxia telangiectasia, que concurre a la consulta por hipoacusia progresiva sumado a trastornos deglutorios, ambos de 12 meses de evolución. Se realizan estudios de imagen (TAC, IRM y angiografía cerebral y de los 4 vasos del cuello), diagnosticándose glomus yugular Fisch C1. Se programa tratamiento endovascular y microquirúrgico en diferido.

Intervención: Posterior a embolización de aferencias de arterias faríngea ascendente, timpánica inferior y tronco neuromeningeo, se realiza abordaje combinado, cervical y craneotomía suboccipital lateral derecha, con drilado de mastoides posterior a la exéresis de pedículo extracraneal del paraganglioma.

En el acto quirúrgico se logra extracción total del paraganglioma mediante técnica microquirúrgica. El paciente no agrega déficit neurológico, obteniendo el alta hospitalaria 4 días posteriores a la cirugía.

Conclusión: si bien el tratamiento de esta patología es de elección quirúrgica, para este caso se decidió por un abordaje interdisciplinario endovascular-microquirúrgico como estrategia terapéutica, con el objetivo de reducir morbilidad de la patología de base y disminuir el periodo de internación.

Palabras clave: Glomus Yugular; Microcirugía; Tratamiento Endovascular

Hemangioblastoma cervical. Una patología infrecuente

Esper Romero Gaela, Casasco Juan Pablo, De Bonis Cristian, Guma Cristina Sevlever Gustavo, Berner Silvia.
Servicio de Neurocirugía, Clínica Santa Isabel. CABA. Argentina

Objetivo: El objetivo de este trabajo es presentar tres casos de una patología tumoral infrecuente a nivel cervical, discutir diagnósticos diferenciales, el tratamiento y realizar la revisión bibliográfica.

Materiales y métodos: El análisis retrospectivo del período 2010-2015, describió 3 pacientes con tumores medulares cervicales y diagnóstico de hemangioblastoma. Predominó el sexo masculino, con una media de edad de 33 años. Las manifestaciones clínicas dependieron de la localización tumoral, acompañada de siringomielia o siringobulbia, con cuadros de cuadriparesia, disestesia, hiperreflexia y disociación termoalgésica. Los métodos de diagnóstico fueron RMN y angioRMN y/o angioTAC.

Intervención: Todos los pacientes diagnosticados fueron intervenidos quirúrgicamente en posición sentado, bajo monitoreo electrofisiológico. Se realizó laminectomía cervical por vía posterior y exéresis de lesión con técnicas microquirúrgicas. El examen anatomopatológico informó hemangioblastoma. En el postoperatorio los pacientes evolucionaron favorablemente con desaparición de los síntomas iniciales.

Conclusión: El hemangioblastoma es un tumor vascular benigno, infrecuente a nivel cervical. Esta localización presenta una sintomatología polimorfa planteando un desafío en su diagnóstico y tratamiento. A pesar de la dificultad técnica existente para su exéresis, la incorporación del monitoreo neurofisiológico y el uso de técnicas microquirúrgicas ha permitido una reducción significativa de la morbimortalidad asociada al tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

Palabras clave: Tumores Vasculares Espinales; Hemangioblastoma, Siringomielia

Hemorragia subaracnoidea Fisher IV: pronóstico en relación a subgrupos

Canullo M. L., Toledo J., Ramos A., Nallino J.
Hospital de Emergencias Clemente Álvarez. Sanatorio Parque. Rosario, Santa Fe, Argentina
mlcanullo@hotmail.com

Objetivo: Diferenciar dentro del grupo de HSA Fisher IV, dos subgrupos, la HSA difusa con vuelco al sistema ventricular y la hemorragia intraparenquimatosa, e intentar determinar si poseen igual valor predictor-pronóstico.

Métodos: Observacional retrospectivo, realizado en 2

centros de alta complejidad de la ciudad de Rosario. Serie de 45 pacientes, admitidos en unidad de terapia intensiva, con HSA Fisher IV, en un periodo comprendido entre enero de 2011 y junio 2015, se dividieron en dos grupos según presentaran predominantemente hematoma intraparenquimatoso (HIPE) o no (HSA). Se analizaron variables en relación al pronóstico. Los puntos finales primarios fueron mortalidad y GOS al egreso institucional. Las relaciones entre variables fueron analizadas por regresiones logísticas univariadas.

Resultados: De 45 casos, la HSA fue predominante en 28 casos (62%) y el HIPE en 17 casos (37%). De las variables analizadas al ingreso, el SAPS II, presentó diferencia significativa estadística a favor del grupo HIPE ($p < 0,05$). El 82% de los pacientes con HIPE se presentaron con un HH5, siendo este valor para HSA el 36%. El grupo HSA presentó peores resultados con respecto al GOS y a mortalidad ($p < 0,05$).

Conclusión: Aun perteneciendo a la misma categoría de la escala de Fisher, el grupo HSA presenta paradójicamente menor severidad clínica al ingreso, con peores resultados funcionales al egreso nosocomial y mayor mortalidad.

Palabras clave: Hemorragia Subaracnoidea; Escala de Fisher; Pronóstico: Vasoespasmo

MAVs experiencia en el HIGA San Martín año 2014

Cesar Maximiliano Quintana Corvalan, Matías Nicanor Cogo, María Paula Leyes, Adán Aníbal Romano, Juan Adolfo Lovato, Alfredo Hernández
Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata- Servicio de Neurocirugía
maxiq_022@hotmail.com

Objetivo: La MAV cerebral tiene un origen congénito, representa la malformación vascular intracraneal más frecuente, con una incidencia de 0,02% al 0,05% de la población general. Son más frecuentes diagnosticadas en adultos jóvenes entre los 20 y 40 años.

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra casuística de malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales tratadas durante el año 2014 analizando su clasificación según escala de Spetzler-Martin (S-M) y la escala suplementaria.

Materiales y métodos: Se analizaron siete casos de MAVs cerebrales tratados durante el año 2014 en nuestro Hospital. La media de edad fue de treinta años, cuatro pacientes de sexo masculino y tres pacientes de sexo femenino. Se realizó angiografía diagnóstica digital de cuatro vasos en todos los casos. Se los clasificó según tamaño, compromiso de área elocuyente, tipo de drenaje y se complementó con la edad, el

antecedente de sangrado y morfología (compacta o difusa). Se decidió conducta quirúrgica en los casos de escala (S-M) grado II Y III, con un límite de escala suplementaria de 6/10 puntos.

Resultados: En la totalidad de los pacientes se realizó exéresis microquirúrgica sin previa realización de tratamiento endovascular. Los siete pacientes tuvieron una evolución favorable. Escala de Rankin igual o menor a 2.

Conclusión: Entre las opciones terapéuticas para las MAVs cerebrales disponemos: tratamiento microquirúrgico, endovascular y radiocirugía. La exéresis microquirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección para las MAVs cuidadosamente seleccionadas debido a que excluye definitivamente la misma de la circulación cerebral normal.

Palabras clave: Malformación Arteriovenosa; Escala de Spetzler-Martin; Escala Suplementaria, Microcirugía

Hemorragia cerebelosa remota

Analía Milan, Juan Manuel Marelli, Santiago Cerneaz, Guillermo Segvic, Matías Domínguez, Lucas Arias
Hospital Municipal "Raúl F. Larcade" de San Miguel
analiamilan@hotmail.com

Objetivo: Paciente de 64, años con cuadro clínico de 48 horas, caracterizado por hemiparesia faciobraquiocrural derecha y disartria. La tomografía muestra una imagen

compatible con aneurisma a nivel de arteria cerebral media derecha, se realiza cirugía, clipado del aneurisma con evolución desfavorable luego de 12 hs posoperatoria.

La angioresonancia confirma el diagnóstico. No se realiza angiografía cerebral por insuficiencia renal aguda.

Antecedentes clínicos del paciente

Material y métodos: Historia clínica, TC, IRM, AngioRM, revisión de bibliografía

Resultados: Luego de 12 hs en UTI del postoperatorio presenta deterioro del sensorio y anisocoria de rápida instalación. En la TC de cerebro se observa hemorragia cerebelosa remota

Conclusión: La incidencia de HCR se caracteriza por un deterioro progresivo del sensorio en las 12 horas siguientes a la cirugía o por la presencia de cuadros convulsivos. Los factores de riesgo que no demostraron ser relevantes son: sitio de craneotomía, HTA, arritmias, anticomiciales, corticoides prequirúrgicos, uso intraoperatorio de coloides (manitol, gelatinas), curarizantes, nitroprusiato de sodio, fenilefrina intraoperatoria, infusión de betabloqueantes y aspirina preoperatoria. La HCR se puede asociar al excesivo drenaje de LCR intraoperatorio, pero no así al drenaje lumbar.

La presentación típica es a nivel cerebeloso superior y vermis, que corresponde al territorio drenado por las venas supracerebelosas, lo que sugiere que la hemorragia estaría relacionada con un infarto venoso con transformación hemorrágica.

Palabras claves: Hemorragia Cerebelosa Remota; Aneurisma Arteria Cerebral Media