

# Resúmenes de los trabajos presentados en Neuropinamar 2015

## E-POSTERS

### Aneurisma cerebral asociado a meningioma: reporte de un caso

Lucas Arias, Santiago Cerneaz, Juan Marelli, Analía Milan, Matías Domínguez, Matías Delfitto  
*Servicio de neurocirugía, Hospital "Raúl F. Larcade", Municipalidad de San Miguel*

**Objetivo:** Reportar un caso de asociación de patologías vascular y tumoral.

**Introducción:** La incidencia de aneurismas intracraneales no rotos en adultos oscila entre el 1 y el 4% de la población. Los meningiomas representan el 20% de las neoplasias intracraneales.

**Materiales y métodos:** Historia clínica, imágenes de TC, angiografía digital e IRM.

**Descripción:** Paciente sexo femenino de 54 años de edad que consulta a guardia por cefalea frontal izquierda y sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo asociado a episodio de pérdida súbita del estado de conciencia de corta duración.

Presenta como antecedentes hipertensión arterial y DBT NIR. Se realiza IRM de cerebro con y sin contraste, angioresonancia y angiografía cerebral de 4 vasos. Se evidencian: lesión de 20 mm extra axial occipital derecho asociado a edema ipsilateral y aneurisma gigante en arteria comunicante posterior derecha.

**Resultados:** Se realiza clipado quirúrgico del aneurisma, con buena evolución postoperatoria y se decide postergar exéresis tumoral a una segunda instancia quirúrgica.

**Conclusión:** La hipertensión y el meningioma cerebral aumentarían la incidencia de formación aneurismas cerebrales.

**Palabras clave:** Meningioma Asociado a Aneurisma Cerebral; Aneurisma Gigante de Arteria Comunicante Posterior; Hipertensión

\*\*\*

### Tratamiento endovascular de fístula arteriovenosa dural de fosa anterior por ambas arterias oftálmicas

Moya H, Ceciliano A, Navarro F, Villasante F.  
*Hospital Alemán, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires Argentina.*

**Objetivo:** Presentar un caso de fístula arteriovenosa dural (FAVD) de fosa anterior, embolizada electivamente por

ambas arterias oftálmicas.

**Descripción:** Paciente de 45 años, sexo femenino, con FAVD en fosa anterior, alimentada principalmente por arterias etmoidales ramas de la arteria oftálmica; además ramos reclutados de arteria meníngea media y maxilar interna izquierdas. Drenando al seno longitudinal superior, por vena cortical frontal izquierda ectásica con aneurismas venosos, clasificada como Cognard IV-Borden III. Se embolizó con N-butilcianoacrilato ambas aferencias etmoidales a través de las arterias oftálmicas y aferencia meníngea con onyx 18.

**Discusión:** Las FAVDs de fosa craneal anterior son raras; son el 10% de todas ellas, predominan en sexo masculino en 80-85%, son cognard IV, sangran el 62 - 91%, por ende deben tratarse. La arteria oftálmica en su origen tiene un diámetro de 0.7 a 1.4 mm, diferentes ángulos de nacimiento, múltiples anastomosis y variantes anatómicas. Es necesario tener conocimiento de la anatomía e identificar el origen de la arteria central de la retina, para aprovechar las ventajas y vencer las dificultades, que esta vía natural ofrece para el tratamiento de estos casos.

**Conclusión:** El tratamiento endovascular por arterias oftálmicas es efectivo y seguro para el manejo de las FAVDs de la fosa anterior, si se toman las precauciones necesarias.

**Palabras clave:** Embolización; Fístula Arteriovenosa Dural; Arteria Oftálmica; N-butilcianoacrilato

\*\*\*

### Empiema epidural espinal por SAMR. Reporte de un caso

Matías A. Domínguez, Santiago Cerneaz, Gonzalo Olondo, Analía Milan, Lucas Arias, Matías Delfitto  
*Hospital Municipal "Raul F. Larcade", San Miguel, Buenos Aires*

**Objetivos:** Presentación de un caso y revisión bibliográfica de una patología inusual, con elevada morbimortalidad y frecuentemente subdiagnosticada.

**Introducción:** El empiema epidural espinal (EEE) es una patología con una incidencia de 0.2-1.2 cada 10000 internaciones hospitalarias al año. SAMR como agente etiológico en menos del 10% de los casos.

Asociado con osteomielitis. El principal factor pronóstico es el estado neurológico inicial. Aun no hay consenso acerca de su tratamiento.

**Descripción:** Paciente de 20 años de edad que ingresa por

paraparesia de 72 hs de instauración con signos de liberación central y dorsalgia de 3 semanas de evolución.

Como antecedentes presenta HAF lumbar hace 3 meses sin daño neurológico e infiltraciones con analgésicos por cuadro interpretado como lumbalgia.

En RMN de columna dorsal donde se evidencia lesión en canal medular dorsal compresiva posterior hiperintensa en T2 con hipertintensidad de D5. Además se observa derrame pleural bilateral a predominio derecho.

**Discusión:** El tratamiento consiste en antibioticoterapia con o sin evacuación quirúrgica, siendo motivo de discusión la implementación de uno o el otro.

**Resultados:** Se decide realizar laminectomía descompresiva de urgencia y evacuación. Se indica tratamiento antibiótico POP con Vancomicina, Rifampicina y Ciprofloxacina. Se aísla en cultivos SAMR obteniendo buena evolución POP y deambulación con apoyo a los 60 días.

**Conclusión:** El EE es una patología poco frecuente y con elevada morbimortalidad. El tratamiento quirúrgico asociado a antibioticoterapia es una buena opción terapéutica, aunque hay escasa bibliografía acerca de casos en donde el déficit neurológico es mayor a 36 hs.

**Palabras clave:** Empiema Epidural Espinal por SAMR; Laminectomía Descompresiva; Resolución Quirúrgica de Empiema

\*\*\*

#### MAVs asociadas a aneurismas: a propósito de un caso

Matías A. Domínguez, Santiago Cerneaz, Juan Marelli, Analía Milán, Lucas Arias, Matías Delfitto

*Hospital Municipal "Raúl F. Larcade", San Miguel, Buenos Aires*

**Objetivos:** reportar un caso de una patología infrecuente y realizar revisión bibliográfica sobre su tratamiento.

**Materiales y métodos:** Historia clínica, imágenes de TC, angiografía digital y hallazgos intraoperatorios.

**Descripción:** Paciente masculino de 61 años que ingresa por episodio convulsivo. En TC de encéfalo se evidencia MAV parieto – temporal derecha. Se realiza angiografía cerebral y se observa MAV (Spetzler-Martin IV) y aneurisma comunicante posterior de homolateral, extrinidal. Sin interurrencias durante internación. Antecedentes: HTA y Tabaquismo severo.

**Resultados:** Se realiza clipado del aneurisma y se difiere el tratamiento quirúrgico de la MAV, debido a la imposibilidad de realizarlo en mismo acto quirúrgico. Como hallazgo intraoperatorio se evidencia aneurisma comunicante posterior bilobulado.

**Conclusiones:** Concordamos con la bibliografía en que casos en donde estén asociadas estas patologías, se debe

abocar al tratamiento quirúrgico definitivo del aneurisma debido al mayor riesgo de sangrado del mismo en comparación a las MAVs.

**Palabras clave:** Tratamiento Quirúrgico de Aneurismas; MAV Asociado a Aneurisma; Aneurisma Bilobulado de Arteria Comunicante Posterior

\*\*\*

#### Abordaje Craneoendoscópico Combinado para un Meningioma Frontal Intra-Extracraneal

Seclen DA, Mural M, Salas E, Medina L, Herrera JM, Martín C

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

**Objetivo:** Exponer 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.

**Presentación de caso:** Paciente masculino, de 47 años de edad, que consulta por deformidad ósea frontobasal asociado a cefaleas. La resonancia magnética mostró una lesión intracraneal frontobasal anterior con extensión a fosa nasal derecha y refuerzo homogéneo al contraste compatible con meningioma. Además, en la tomografía computada se evidenció una importante 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 fistula 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 de ambas vías.

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

\*\*\*

#### Traumatismo penetrante de cráneo. Presentación de 4 casos

Díaz, JF; Gallardo, FC; Vallejos Taccone, W; Orellana, M; Baikauskas, G; Pirozzo, M

*Servicio de Neurocirugía, Hospital El Cruce. Alta complejidad en red*

*Juanfranciscodiaz.89@gmail.com*

**Objetivo:** Exponer la casuística en traumatismos penetrantes de cráneo tratados en nuestro servicio, analizar las técnicas quirúrgicas utilizada en cada caso y evaluar los resultados obtenidos con las mismas.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron las historias clínicas de 4 pacientes con TEC penetrante intervenidos en nuestro hospital entre 2013 y 2015. Se analizó en cada caso la condición de ingreso del paciente, resolución quirúrgica y evolución postquirúrgica utilizando la escala Glasgow Outcome Score (GOS) al egreso. Para ello utilizamos historia clínica electrónica a través del sistema SIGEHOS, estudios por imágenes pre y post quirúrgicos e imágenes intraoperatorias.

**Resultados:** Todos los pacientes ingresaron con glasgow 15/15 sin ningún foco motor. Solo uno presentó lesión neurológica al ingreso (disartria). En dos casos se realizó una incisión en S itálica con inclusión del cuerpo extraño, en un caso incisión tipo Penfield y en otro una incisión lineal. En todos los casos se realizaron orificios de trepano rodeando el cuerpo extraño completándose la craniectomía con gubia. Tres pacientes egresaron con GOS 5, el restante GOS 4 (disartria previa a la cirugía).

**Conclusión:** En los casos presentados no se observaron secuelas neurológicas graves en ningún caso. La utilización de craniectomías rodeando al objeto extraño permitió una correcta extracción del mismo sin agregar secuelas neurológicas postquirúrgicas.

**Palabras Claves:** Traumatismo Eencéfalo craneano; Lesión Penetrante

\*\*\*

#### **Quiste Óseo Aneurismático: Presentación de un caso**

Loncharic Esteban, Mérida A.; Fernández J.; Sein M.; Navallas F.; Martínez F.

*Hospital Interzonal General de Agudos "Profesor Dr. Luis Güemes", Haedo, Provincia de Buenos Aires  
eloncharic@outlook.com*

**Objetivos:** Dar a conocer un caso de quiste óseo aneurismático de columna dorsal.

**Material y métodos:** Se presenta un caso de esta patología resuelto en nuestra institución durante el año 2014.

**Resultados:** Se realiza abordaje por vía posterior con exéresis subtotal de la lesión. El resultado de la anatomía patológica arroja como diagnóstico Quiste óseo aneurismático.

**Conclusiones:** Esta patología debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones tumorales de columna a pesar de su baja prevalencia, ya que se trata

de una patología benigna que puede curarse con el tratamiento adecuado.

**Palabras Clave:** Quiste Óseo Aneurismático; Tumor Raquimedular

\*\*\*

#### **Enfermedad de von Hippel-Lindau, a propósito de un caso**

Federico Carlos Gallardo, Leopoldo Luque, Gustavo Baikauskas, Juan Francisco Díaz, Mauricio Rojas *Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Néstor Carlos Kirchner*

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica de la enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL).

Enfatizar sobre la importancia de mantener alta la sospecha diagnóstica de VHL ante todo hemangioblastoma del SNC.

**Materiales y Métodos:** Se presenta el caso clínico quirúrgico de un paciente con hemangioblastoma intramedular, con antecedente de exéresis de hemangioblastoma en fosa posterior (2004), con diagnóstico de VHL. Se realizó revisión bibliográfica en actualizaciones de revistas internacionales de neurocirugía.

**Resultados:** Los hemangioblastomas del sistema nervioso central están asociados (20-30 %) a la enfermedad de VHL. Dicha patología asocia a lesiones tumorales en diversos órganos debiendo realizarse screeningsistemático para descartar las mismas.

El tratamiento quirúrgico permite la exéresis tumoral completa.

Es frecuente el deterioro sintomático en el postquirúrgico inmediato siendo el mismo generalmente transitorio (86%).

**Conclusiones:** Debe estudiarse a todo paciente con hemangioblastoma del SNC para descartar VHL.

Realizar seguimiento a largo plazo de los pacientes con VHL, enfatizando el estudio en los órganos frecuentemente afectados en ella.

Ampliar el screening diagnóstico a familiares en primer grado de dichos pacientes.

Tomar conducta quirúrgica ante todo tumor que genere síntomas, o de crecimiento acelerado.

La resolución quirúrgica permite la exéresis completa de los tumores, asociada a bajas tasas de deterioro clínico.

**Palabras clave:** Von Hippel-Lindau; Hemangioblastoma; Exéresis; Screening

\*\*\*

### Adenosina intraoperatoria en el clipado aneurismático cerebral

Soledad Alonzo, Francisco Mannará, Hernán Gonza, Javier Fernández, Sara Stupka, Javier Gardella  
*Hospital Alta Complejidad Formosa*

**Introducción:** En el tratamiento de aneurismas intracerebrales, la cirugía convencional sigue siendo uno de los pilares para la resolución definitiva. Se presenta como opción previa al clipado o durante la ruptura aneurismática, la parada cardíaca inducida por la Adenosina.

**Objetivos:** Presentar tres casos de clipado aneurismático utilizando la técnica de adenosina intraoperatoria.

**Material y métodos:** Reporte de tres casos realizados en el Hospital Alta Complejidad, Pte. J. D. Perón, de Formosa.

**Resultados:** Se utilizaron 12 mg de adenosina en bolo E.V inmediatamente antes del clipado; dentro de los 10 segundos se alcanzó una presión media menor a 25 mmhg. y durante 15 a 25 segundos asistolia. Luego la presión eleva automáticamente a 70 mmhg. En los tres casos, el aneurisma disminuyó significativamente su turgencia, posibilitando el clipado. Sin ruptura del saco.

**Discusión:** La adenosina es un nucleósido de purina endógeno que detiene la conducción eléctrica auriculoventricular (AV) por su efecto cronotrópico negativo en el nodo sinoauricular (SA); de aplicación E.V. Los efectos cardiovasculares son transitorios debido al rápido metabolismo plasmático y en el tejido. El uso de la adenosina estaría indicado cuando se produce una hemorragia prematura donde aún no hay control proximal principalmente.

**Conclusión:** La adenosina puede ser segura para controlar el sangrado súbito y clipar el aneurisma así como método de control del mismo en su disección final para colocar el clip definitivo. No se demostraron peores resultados en quienes se utilizó la adenosina comparados con los que no se utilizó.

**Palabras clave:** Adenosina; Aneurisma Cerebral; Parada Cardíaca; Hemorragia Prematura

\*\*\*

### Espondilodiscitis asociado a Absceso Epidural. Reporte de un caso clínico

Christian Pirozzi Chiusa, Félix Barbone, Lio Jaime Alfaro, Francisco Fasano, Soledad Pellegrini, Marcos Flores  
*HIGA Eva Perón de San Martín*

**Objetivos:** Revisión bibliográfica de espondilodiscitis, factores de riesgo, su evolución e indicaciones quirúrgicas.

**Introducción:** La espondilodiscitis es un proceso inflamatorio de cuerpos vertebrales asociado a infección de

espacios intervertebrales. Puede evolucionar con absceso epidural y extenderse a otras regiones. Factores de riesgo: enfermedades asociadas a inmunodepresión, drogas endovenosas e infección de partes blandas. Germen más frecuente *Staphylococcus aureus*. RNM con gadolinio estudio de elección. El 90% resuelven con tratamiento antibiótico e inmovilización. El estado neurológico es el factor más importante para considerar tratamiento quirúrgico. Indicaciones cirugía: progresión de la enfermedad a pesar del tratamiento antibiótico, inestabilidad vertebral y absceso epidural con progresión rápida del déficit neurológico.

**Materiales y métodos:** Paciente masculino de 45 años de edad, antecedente de cervicalgia crónica y forunculosis con cuadriparesia severa de 72 hs. de evolución con compromiso esfinteriano y episodio febril, que resuelve parcialmente con corticoides. Laboratorio: Gb 19.100 (PMN 85%), ERS 70, PCR 12.

RNM de columna cervical: rectificación; cambios de señal disco C2-C3; colección epidural C2-C3; signos de mielomalacia; colección prevertebral.

**Resultados:** Se realizan hemocultivos, cervicotomía lateral, evacuación de absceso prevertebral, discectomía C2-C3. Se envían muestras a bacteriología, iniciando tratamiento antibiótico. Se aísla SAMR en cultivos.

Luego de 35 días de antibiótico dirigido la RNM control con gadolinio evidencia resolución de absceso epidural.

**Conclusiones:** La espondilodiscitis es un diagnóstico diferencial a descartarse en pacientes con antecedentes de cervicalgia crónica asociada a forunculosis.

De no realizarse diagnóstico precoz y tratamiento antibiótico adecuado puede evolucionar a absceso epidural.

El estado neurológico del paciente, factor más importante a tener en cuenta para considerar el tratamiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis; Absceso Epidural

\*\*\*

### Tratamiento quirúrgico de lesión de nervio ciático mayor. Reporte de caso

Darío Morales, Diego Pallavicini, Matias Sotelo, Federico Platas, Conrado Andreatta, Marcelo Platas  
*HIGA Pte. Perón de Avellaneda, Servicio de Neurocirugía mochodario@hotmail.com*

**Objetivo:** Describir la técnica utilizada en un caso de lesión quirúrgica de nervio ciático mayor y realizar una revisión de la bibliografía reciente.

**Descripción:** Paciente de 28 años de edad con antecedentes de lesión completa de nervio ciático mayor izquierdo por herida de arma blanca de 7 meses de evolución que

realizó tratamiento médico-kinésico sin observar mejoría. Al examen presentaba stepage, anestesia en cara lateral de pantorrilla y pie izquierdo, ROT conservados y parálisis de la dorsiflexión del pie. Se realizó EMG que evidenció lesión severa de Nervio Ciático mayor izquierdo con signos de denervación y sin signos de reinervación. Se realizó además RMN de miembro inferior izquierdo que mostró imagen compatible con lesión de nervio ciático mayor izquierdo, áreas de cicatrización a nivel glúteo y signos de degeneración walleriana distal y proximal a la lesión.

**Resolución:** Se realizó exploración de nervio ciático mayor a la altura de glúteo izquierdo encontrándose área de fibrosis cicatrizal rodeando al nervio. Se realizó neulolisis externa con liberación de bridas y neulolisis interna con sección de neuroma y anastomosis con injerto de nervio sural bajo magnificación óptica.

**Discusión:** El tratamiento quirúrgico de lesiones de nervios periféricos se reserva para los casos en los que no hay respuesta al tratamiento kinésico. Hay distintas técnicas para su resolución cuya elección depende fundamentalmente del grado de lesión y la disponibilidad de recursos. En nuestro caso fue posible la anastomosis con injerto sural con resolución satisfactoria. Debido a que el procedimiento fue reciente habrá que aguardar a la mejoría clínica o cambios precoces en el EMG para determinar su eficacia.

**Palabras clave:** Nervio Ciático Mayor; Neurotmesis; Injerto Sural; Anastomosis Nervio Periférico

\*\*\*

### Myxoma intracraneano

Castro A.(1), Jara P.F.(1), Vogel J.C.(2)

<sup>1</sup>Neurocirugía. <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Sanatorio Modelo de Quilmes. Buenos Aires.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico, patología tumoral con compromiso intracraneano, extra axial, con estirpe lesional infrecuente en la práctica diaria. A fin que, los colegas en formación, tengan presente esta patología en los diagnósticos diferenciales con esta localización.

**Introducción:** Paciente de 52 años. Presenta edema palpebral derecho y discreto exoftalmos, diplopía con evolución progresiva.

**Material y Métodos:** Presentación del caso clínico. Resumen iconográfico de Neuroradiología y Anatomopatológico.

**Discusión:** El myxoma es un tumor de tejidos blandos, de genio titular benigno, con crecimiento lento, llegando a comprometer un volumen significativo, con repercusión anatomo-clínica.

**Conclusiones:** Dada la baja incidencia de esta variable tumoral, y su genio tisular benigno, es necesario contarlos dentro de los diagnósticos diferenciales en esta localización, a fin de lograr una pronta resolución del compromiso lesional.

**Palabras clave:** Myxoma; Intracraneano

\*\*\*

### Adenomas hipofisarios gigantes. Dificultades para su clasificación

M. Peirano, A. Boccardo, M. Gallardo, J. Gonzales, G. Tevez  
*Hospital de Agudos J. M. Penna (GCBA)*

**Objetivos:** Presentar cinco casos de adenomas hipofisarios tratados por nuestro servicio que, por la magnitud de su volumen, ofrecen dificultades para ser incluidos en las clasificaciones existentes.

**Materiales y métodos:** Se revisan cinco casos tratados por el equipo de Neurocirugía de Hospital J. M. Penna (GCBA), en el periodo de 2005 a 2015, en los que se aplicó el método observacional, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó la bibliografía disponible que versaba sobre estos temas para realizar la revisión y se intentó agruparlos dentro de las clasificaciones de Hardy, Hardy-Wilson, Knosp, Buchfelder-Fahlbusch y Sipap.

**Resultados:** Los tumores gigantes de la región selar se definen como aquellas lesiones que se extienden por encima de los 40 mm del jugum esfenoidal en cualquier dirección o aquel que rodea dentro de los 6 mm del foramen de Monro. Al intentar catalogar estos casos mediante las clasificaciones de Hardy (1969), Hardy modificada por Wilson (1979), Knosp y Buchfelder-Fahlbusch (1987), Sipap (1997) encontramos la dificultad de encuadrarlos utilizando las mismas. La primera clasificación fue hecha en base a neumoencefalografía, la de Hardy -Wilson a partir de radiografías y TC. La técnica de RMN fue utilizada recién en la clasificación de Buchfelder-Fahlbusch y Sipap, lo cual les aporta más precisión. Aún con estas últimas clasificaciones existen casos difíciles de catalogar.

**Conclusión:** Se debería trabajar en la elaboración de una nueva clasificación que incluya la totalidad de los tumores hipofisarios y que ayude a planificar mejor el abordaje quirúrgico.

**Palabras claves:** Tumores; Región Selar; Tumores Gigantes

\*\*\*

### Cavernomatosis múltiple. Presentación de un caso y revisión bibliográfica

Santiago Gorina, Yamila Slame, María Laura Laffitte, Julieta Carpinelli, Humberto Asmus, María Belén Peralta  
*Hospital de Trauma y Emergencias Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas*

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con cavernomatosis cerebral múltiple, intervenido quirúrgicamente y compararlo con la bibliografía mundial.

**Material y métodos:** Se recabaron datos de la historia Clínica del archivo del Hospital de trauma y emergencias Dr. F. Abete de Malvinas Argentinas.

Se realizaron entrevistas a los familiares para evaluar la existencia de patología familiar.

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de PUB MED, y se obtuvieron artículos de las principales revistas de divulgación neurocientífica.

**Resultados:** Paciente de 68 años, con antecedente de diabetes e hipertensión arterial. Consulta por deterioro del sensorio, disartria y hemiparesia derecha. Se realiza RMN encéfalo que evidencia múltiples lesiones cerebrales, compatibles con cavernomatosis tipo IV según la clasificación de Zabramski. Se decide exéresis de lesión culpable, obteniéndose la confirmación del diagnóstico. Los estudios realizados para screening familiar fueron positivos.

**Conclusión:** Los cavernomas cerebrales son malformaciones vasculares angiográficamente ocultas. Cuando se presentan en forma múltiple, el 80% corresponde a la forma familiar de herencia autosómica dominante. Se considera que solo debe ser quirúrgico en caso de epilepsia intratable, déficit neurológico agudo o progresivo. La cavernomatosis cerebral es una patología poco frecuente, siendo la RMN encéfalo con eco gradiente el método diagnóstico de elección. Si bien se adoptó conducta quirúrgica debido a la sintomatología del paciente, conociendo la posible evolutividad de la enfermedad, deberá realizarse un seguimiento periódico del mismo.

**Palabras claves:** Angiomas Cavernosos; Angiografía; Cavernomatosis Cerebral; Malformaciones Vasculares

\*\*\*

### Anatomía del Lóbulo Temporal – Lobectomía Temporal Anterior Estándar

Quiroga M., Baldovino J., Brivodoro L., Pieroni C., Struffolino F., Burry G.

*Servicio de Neurocirugía H.I.G.A. San Roque – Cátedra de Anatomía "B" (Prof. Titular Dr. Julio Hijano), Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires, Argentina.*

*jmq21@hotmail.com*

**Objetivos:** Describir la anatomía del lóbulo temporal y los detalles técnicos de la lobectomía temporal anterior estándar según la técnica de Spencer.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo del lóbulo temporal de 10 hemisferios cerebrales de individuos adultos, fijados en formol al 10%, con la posterior realización de la lobectomía temporal anterior estándar según la técnica de Spencer. Se fotografiaron los pasos de dicha técnica. Las disecciones se realizaron en el laboratorio de microcirugía del H.I.G.A. San Roque y en la cátedra de anatomía B de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P., entre los meses de abril a septiembre de 2015.

**Resultados:** durante el periodo de 6 meses se realizaron sobre 10 hemisferios cerebrales el estudio detallado de las superficies del lóbulo temporal, identificando los surcos y circunvoluciones, estructuras temporo-mesiales, así como la relación con estructuras vasculares, nerviosas y asta temporal del ventrículo lateral. Posteriormente, se realizaron 10 lobectomías temporales anteriores estándar según la técnica de Spencer.

**Conclusiones:** el estudio profundo de la anatomía estructural del lóbulo temporal, así como las relaciones vasculares y regiones adyacentes, en preparados cadavéricos es importante para el entrenamiento microquirúrgico para abordar patologías tumorales o funcionales de dicho lóbulo, disminuyendo las complicaciones y la tasa de morbi-mortalidad de los pacientes.

**Palabras claves:** Lóbulo Temporal; Lobectomía Temporal; Cirugía de Epilepsia

\*\*\*

### Neurocisticercosis de presentación atípica; a propósito de un caso y revisión bibliográfica

G. J. Bono, A. Gidekel, I. Morganti, G. Olondo, N. Montivero, M. Mondragón

*División de neurocirugía – Hospital Dr. C. Argerich, C.A.B.A.*

**Objetivo:** La neurocisticercosis constituye una enfermedad polimórfica porque su presentación varía en función del tamaño, ubicación, cantidad, respuesta inmune, etapa evolutiva y variedad del cisticerco.

Analizamos un caso de granuloma cisticercal único, planteando los diagnósticos diferenciales mediante técnicas de imágenes y serológicas, y evaluando las opciones terapéuticas actuales.

**Material y métodos:** Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, oriunda de Bolivia, sin antecedentes de relevancia, consulta por cefalea de 8 meses de evolución, progresiva, y debilidad en hemi-cuerpo izquierdo de 12 hs de evolución. Al examen neurológico, paresia braquio-crujal

izquierda leve, sensibilidad y pares craneales conservados, sin signos cerebelosos ni meníngeos. Tac e IRM funcional: se observa imagen quística parietal derecha asociada a abundante edema con efecto de masa. Espectroscopía compatible con lesión tumoral de origen primario.

**Resultados:** Se realiza craneotomía fronto-parietal derecha y exéresis de tumor duro-elástico de 4.5 x 1.5 x 1cm. Anatomía patológica: compatible con neurocisticercosis. Serología por elisa (+) en sangre e indeterminada en lcr para cisticercosis. Complementa tratamiento sistémico con albendazol.

**Conclusión:** Destacamos la importancia de la indicación quirúrgica como método de confirmación diagnóstica y tratamiento en estos casos de presentaciones infrecuentes por tamaño tumoral y en donde los estudios de imágenes y serológicos no resultan concluyentes.

**Palabras claves:** Neurocisticercosis; Parasitosis; Tumor Quístico; Tumor Parietal

\*\*\*

### Meningioma cerebral Microquístico. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Di Pietrantonio Andrés, Carpinelli Julieta, Peralta María Belén, Slame Yamila, Laffitte María Laura, Gorina Santiago.

*Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas*

**Objetivos:** Los meningiomas son tumores frecuentes en el SNC con una prevalencia del 13-18% dentro de las neoplasias benignas intracraneales. La variante anatomopatológica Microquístico suele ser infrecuente y poco sospechada en la evaluación imagenológica prequirúrgica. La particularidad en el diagnóstico de este patrón histopatológico es la dificultad en la diferenciación entre otras estirpes como Schwannomas, meningiomas angioblasticos y astrocitomas entre otros.

El objetivo es presentar un caso y realizar una revisión bibliográfica.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis completo de la historia clínica. Se analizaron las imágenes de microscopía óptica proveídas por el servicio de anatomía patológica y marcadores inmunohistoquímicos. Se evaluaron estudios de imagen y se realizó una búsqueda de bibliografía a través de PUBMED.

**Resultados:** Paciente de 67 años con antecedente de artritis reumatoidea en tratamiento corticoide e insuficiencia renal crónica, ingresó al servicio de urgencias por TEC secundario a episodio sincopal. Se solicitó TAC de encéfalo sin contraste que evidenció lesión nodular hipodensa de

6x5cm parasagital izquierda, escaso efecto de masa y osteolisis en calota suprayacente. Se realizó RMN encéfalo sin contraste debido a mala función renal del paciente que evidenció lesión nodular de aspecto quístico tabicado con discreto edema perilesional que invade diploe y tabla externa. La espectroscopía arroja un patrón incaracterístico. Se realizó exéresis de la lesión y se obtuvo anatomía patológica positiva para meningioma microquístico (WHO I) con invasión de calota.

El paciente evolucionó favorablemente luego de 6 meses de seguimiento.

**Conclusiones:** La sospecha preoperatoria de los meningiomas microquísticos es improbable ya que los hallazgos imagenológicos no son característicos. El diagnóstico diferencial se realiza con otras lesiones de aspecto quístico del SNC, como el hemangioblastoma, astrocitomas pilocíticos y metástasis, entre otras. Al tratarse de una patología de bajo grado, la importancia de tener en cuenta este tipo de lesión radica en poder realizar una estrategia quirúrgica orientada a la resección completa, por lo tanto curativa y disminuir la posibilidad de recidiva ya que es una lesión con excelente pronóstico.

**Palabras Clave:** Meningioma Microquístico; Lesión Quística Benigna; Diagnóstico Diferenciales

\*\*\*

### Presentación de un caso de fractura expandida con compromiso de seno sagital superior

Gómez Ávalos M. Tornesello B. Hinojosa L. Emmerich JP. Demarchi D. D'Agustini M.

*Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata. Servicio de neurocirugía.*

*marcegomezavalos@hotmail.com*

**Objetivo:** Presentar un caso de fractura expandida, su diagnóstico y enfoque terapéutico.

**Descripción:** Paciente con fractura lineal frontal. Antecedentes: Once meses atrás sufre TEC por accidente automovilístico con paresia braquio-crujal derecha en la tomografía computada (TC) de encéfalo se evidencia hematoma extradural parietal izquierdo, contusión frontal izquierda y fractura lineal frontal en línea media que no requirió cirugía; es dado de alta. Es seguido por consultorio con RX de cráneo en donde se evidencia diastasis de la fractura. Por lo que se solicita TC encéfalo y angioTC constatándose compromiso seno sagital superior (SSS)

**Intervención:** Se evidencia defecto óseo sobre el seno sagital superior (SSS), se observa transmisión de latido y SSS desgarrado que se sutura. Se realiza ampliación del defecto óseo hasta borde sano de duramadre. Sobre los márgenes

nes del desgarro dural se realiza duroplastia con periostio y se coloca adhesivo dural, corrección de defecto dural con polimetilmetacrilato.

**Conclusiones:** Se presenta un caso de fractura expandida con compromiso de seno venoso.

Se destaca la importancia del seguimiento de las fracturas lineales.

Es indispensable el exhaustivo estudio por imágenes para una adecuada planificación quirúrgica.

**Palabras clave:** Fractura Expandida; Quiste Leptomeníngeo

\*\*\*

### Displasia fibrosa del clivus. Presentación de un caso

Juan Iturrizaga Meza, Alejandra Teresa Rabadan  
*Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari*

**Objetivos:** Se presenta un caso de displasia fibrosa (DF) monostótica que afecta el clivus. El objetivo consiste en presentar un caso de presentación poco habitual, revisión de la literatura y enfatizar la importancia de llegar al correcto diagnóstico.

**Material y métodos:** Paciente femenino de 23 años de edad consulta refiriendo cuadro progresivo de unos seis meses de evolución caracterizado por cefaleas intensas generalizadas e hipoacusia derecha de tipo conductiva, sin otro hallazgo de relevancia en el examen físico.

Se realiza tomografía computada (TC) de encéfalo donde se evidencia engrosamiento óseo del clivus. En la resonancia magnética (RM) sin y con Gadolinio muestran lesión hipointensa que ocupa el clivus en el tercio medio e inferior. Se realiza también centelleograma óseo corporal total que muestra lesión única a nivel del clivus. Otros estudios imagenológicos y de laboratorio resultaron no relevantes para este caso.

**Resultados:** Se realizó cirugía resectiva vía endoscópica, llegándose al diagnóstico anamopatólogico de displasia fibrosa monostótica de clivus. Luego de la cirugía evoluciono favorablemente, actualmente continua bajo seguimiento y en tratamiento con bifosfonatos.

**Conclusiones:** El correcto diagnóstico de la displasia fibrosa que afecta el clivus es de fundamental importancia para el adecuado tratamiento de esta patología debido a que el manejo de la DF es totalmente diferente de otras afecciones que comprometen el clivus.

El manejo del paciente con DF de clivus se relaciona directamente con las manifestaciones clínicas, la actividad de la enfermedad y también su ubicación. En pacientes asintomáticos se prefiere el seguimiento clínico e imagenológico de la lesión, en cambio el rol de la cirugía cobra importancia en casos de compresión de estructuras nerviosas

y/o vasculares, afectación de la articulación occipitocervical, cefalea intratable, deformidad severa o la necesidad de diagnóstico diferencial con patologías malignas.

**Palabras Clave:** Displasia Fibrosa; Tumor de Clivus

\*\*\*

### Hipertensión endocraneana refractaria secundaria a trombosis de seno venoso

Vilariño A<sup>1</sup>, Vázquez E<sup>1</sup>, Menéndez R<sup>1</sup>, Erice S<sup>1</sup>, Breitbart K<sup>1</sup>, Dillon H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Neurocirugía Hospital Alemán de Buenos Aires.

**Objetivo:** Reportar un caso de hipertensión endocraneana refractaria secundaria a trombosis de seno venoso.

**Descripción:** Paciente de sexo femenino de 26 años de edad con antecedente de trombosis de seno transversal izquierdo sin etiología aparente, tratada con anticoagulantes por seis meses. Un mes posterior a la finalización del tratamiento intercurrió con cefalea y vómitos.

Se realizó RMN con angiografía por resonancia magnética evidenciando nueva trombosis de seno transversal izquierdo por lo que reinició anticoagulación. Evoluciono en las siguientes 12 horas con deterioro del sensorio, anisocoria y postura de descerebración. En RMN se evidenció pequeña isquemia parietotemporal izquierda e hidrocefalia aguda. Se colocó ventriculostomía con PIC de apertura de 35 mmHg y posterior disminución a 15 mmHg con corrección de pupilas. En las 24 horas posteriores evoluciono con hipertensión endocraneana refractaria a tratamiento médico por lo que se decidió realizar craniectomía descompresiva bilateral sin lograr corregir la presión intracraneana. La paciente falleció 72 horas posteriores al procedimiento.

**Intervención:** Se realizó craniectomía descompresiva frontotemporoparietal bilateral con duroplastia.

**Conclusión:** La trombosis de seno venoso es menos frecuente que los ACV isquémicos y hemorrágicos. Afecta principalmente mujeres jóvenes. Los factores de riesgo más frecuentes son estados protrombóticos tanto genéticos como adquiridos, consumo de anticonceptivos orales, puerperio, embarazo, infecciones y tumores. En el 13 % de los pacientes no puede atribuirse ningún factor de riesgo. El tratamiento primario es la anticoagulación. El desarrollo de HTE y deterioro neurológico secundario eleva significativamente la mortalidad pudiendo requerir en casos seleccionados la descompresión quirúrgica.

**Palabras claves:** Trombosis de Senos; Craniectomía Descompresiva

\*\*\*

### Tumor sacro. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

C. Vazquez

*División de neurocirugía - hospital Dr. C. Argerich, C.A.B.A.*

**Objetivo:** Presentar un caso de un paciente portador de tumor en el sacro, describir las vías de abordaje para la resección de lesiones en esta localización y las indicaciones de necesidad estabilización post resección.

**Material y métodos:** Paciente de 67 años de edad de sexo masculino, que presenta cuadro de lumbalgia con irradiación a cara posterior de MMII de 3 meses de evolución, agregando hipoestesia en silla de montar y compromiso esfinteriano en la semana previa a la internación. TAC y RMI lumbosacra: imagen compatible con lesión expansiva a nivel sacro, que compromete s2 a s4, produciendo lisis ósea parcial, sin captación de gadolinio en RMI.

**Resultados:** Se realizó una resección macroscópicamente completa de la lesión con conservación de la estabilidad del anillo sacro-pélvico. El paciente no presentó déficit motor agregado, mejoría notable del dolor previo y recuperación parcial de los trastornos sensitivos y la función esfinteriana.

**Conclusión:** Las lesiones tumorales sacras pueden ser resecadas quirúrgicamente. La conservación de la estabilidad sacro-pélvica y de las funciones neurológicas, se relacionan con el grado de resección necesario según el compromiso de la patología.

**Palabras claves:** Tumor Sacro; Sacrectomía; Cordoma

\*\*\*

### Migración de catéter distal a arteria pulmonar en paciente con derivación ventrículo-atrial

Cavagnaro María José, Teyssandier Mariano, Melgarejo Ana Belen, Guevara Martin, Gardella Javier

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

**Objetivo:** Reportar un caso de disfunción valvular secundaria a migración de catéter distal a la arteria pulmonar, en un paciente con derivación ventrículo-atrial.

**Introducción:** La colocación de una derivación ventrículo-atrial, constituye una alternativa para el tratamiento quirúrgico de la hidrocefalia. Sin embargo, existen una variedad de complicaciones de este procedimiento, relacionadas con el sistema circulatorio.

**Material y métodos:** Describimos el caso de una paciente femenina de 26 años de edad, con antecedente de mielomeningocele y colocación de derivación ventrículo-peritoneal al mes de vida. A los 21 años intercorre con disfunción

distal secundaria a colecistitis, por lo que requiere recambio del sistema a una derivación ventrículo-atrial. Cinco años después, consulta por presentar cefalea y vómitos. En las radiografías del sistema se evidencia desconexión del catéter distal y migración del mismo al hilio pulmonar.

**Resultados:** La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose recambio de catéter distal y colocación a peritoneo. Posteriormente, se realizó cateterismo femoral derecho y extracción del catéter de arteria pulmonar izquierda. No presentó complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones:** La migración del catéter distal a los vasos pulmonares es una complicación infrecuente y potencialmente grave. En primer lugar, la derivación del LCR debe ser restablecida para aliviar la hidrocefalia; y en segundo, deben impedirse las complicaciones asociadas al sistema circulatorio. La remoción del catéter distal puede ser lograda con éxito mediante una intervención por vía endovascular.

**Palabras claves:** Derivación Ventrículo-Atrial; Migración de Catéter; Hidrocefalia

\*\*\*

### Correlación anátomo-angiográfica del complejo comunicante anterior

Fernando Navarro<sup>1</sup>, Hernán Moya<sup>1</sup>, Francisco Villasante<sup>1</sup>, Marcelo Acuña<sup>2</sup>, Néstor Florenzano<sup>2</sup>, Alejandro Cecilia-no<sup>1</sup>

*1- Hospital Alemán, Hospital Universitario Austral. Buenos Aires, Argentina.*

*2- Universidad de Buenos Aires, Argentina.*

**Objetivos:** El complejo vascular formado por la arteria cerebral anterior proximal (ACAP) se caracteriza por ser de gran relevancia funcional. Este trabajo tiene como objetivo describir aspectos destacados de la anatomía vascular, con sus variantes y su correlación angiográfica.

**Materiales y métodos:** Retrospectivamente se analizaron 100 angiografías digitales selectivas. Se utilizó un angiografo digital Phillips Allura Clarity™. Se estudió la anatomía y su correlación angiográfica en patrones de origen, trayecto, ramas y variaciones de ACAP con mayor énfasis el segmento comunicante anterior (AcoA); así como A1 y A2.

**Resultados:** ACAP dispone de un menor calibre (2.6 mm) en su origen con respecto a la arteria cerebral media en un 70 % de los casos, igual calibre 24 % y mayor en 6 %. A1 mide entre 7.2 a 18 mm (12.6 mm) de longitud. Se observó asimetría entre ambas A1 en el 62 % e hipoplasia en el 10 %, agenesia 3 %. El diámetro de AcoA 1.2

mm. Una AcoA en 94%, doble en < 3%. ACA Ácigos 3%.  
**Conclusión:** El conocimiento preciso del complejo comunicante anterior, sus variantes anatómicas y la equivalencia anatomo-angiográfica son fundamentales para una correcta interpretación diagnóstica y planificación terapéutica; tanto en neurorradiología intervencionista como en neurocirugía.

**Palabras clave:** Arteria Cerebral Anterior; Segmento A1, A2, Comunicante Anterior

\*\*\*

### La angioarquitectura de las malformaciones arteriovenosas y sus implicancias terapéuticas

Leyes M.P., Quintana Corvalan C, M, Lovato A., Romano A. A., Russo G., Hernandez A.

*Servicio de Neurocirugía - HIGA San Martín de La Plata- Departamento de vascular*

**Introducción:** La angioarquitectura de las malformaciones arteriovenosas (MAVs) está correlacionada con su historia natural. Igualmente, son estas características las que ejercen efecto sobre los resultados quirúrgicos.

**Objetivo:** Reportar un caso de MAV y su resolución quirúrgica con clipado del segmento M1 de la arteria cerebral media (ACM) izquierda, sin déficit postoperatorio. Se realiza además, una revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** Paciente femenina de 27 años, con antecedente de cefalea, que consulta por episodio de afasia mixta transitoria. La TC de encéfalo evidenció un hematoma temporoinular izquierdo, y la angiografía cerebral digital (ACD) reveló la opacificación de una MAV Spetzler-Martin III y escala suplementaria de Lawton V. Durante la intervención quirúrgica se realizó clipado de segmento M1 con control de origen de aferencias profundas. Se resecó totalmente la MAV insular. Curso 7 días de postoperatorio entre UTI y sala donde no se constató déficit neurológico.

**Discusión:** La interacción entre las MAVs y los vasos sanguíneos cerebrales representa un desafío en el análisis de estas lesiones. El estudio de la angioarquitectura revela patrones de flujo que determinan o van a crear síntomas. Este análisis tiende a ser retrospectivo, pero su interpretación permite identificar mecanismos vasculares responsables de futuros problemas o potenciales herramientas para la terapéutica.

**Conclusión:** Existe una relación dinámica entre la MAV y la vasculatura cerebral, que trae consecuencias en el impacto del tratamiento. El estudio cuidadoso de la ACD nos brinda importantes datos preoperatorios con potencial efecto en el desenlace.

**Palabras clave:** Malformación Arteriovenosa Cerebral; Angioarquitectura; Tratamiento Quirúrgico; Angiografía

\*\*\*

### Pituicitoma. Reporte de un caso

Luna, F.H.; Linguido, D.; Cogo, M.N.; Morón, F.; Guerra, E.; Hernández, A.

*H.I.G.A. San Martín de La Plata, Servicio de Neurocirugía - Departamento Base de Cráneo*

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de pituicitoma. Revisar publicaciones científicas acerca de esta patología entre los años 2005 y 2015.

**Introducción:** El pituicitoma es un tumor de baja frecuencia, que afecta predominantemente al adulto y se origina de los pituicitos localizados en la neurohipófisis o infundíbulo.

**Caso Clínico:** Paciente masculino, de origen senegalés, de 25 años de edad, sin antecedentes de jerarquía. Ingresó por cuadro caracterizado por cefalea frontal, de un mes de evolución asociado a episodios de vómitos y trastornos del campo visual. En RMN se evidencia lesión selar con extensión supraselar, realce heterogéneo a la administración de contraste que condiciona compresión de 3er ventrículo e hidrocefalia obstructiva. Se realizó biopsia y exéresis de la lesión.

**Discusión:** En el pasado no había consenso con respecto al término pituicitoma, el cual fue incluido por la OMS en el año 2007 como un tumor de bajo grado (WHO I) de células pituicitarias. A la fecha se reportaron 70 casos a nivel mundial, afectando predominantemente a adultos, con una edad media de 50 años. El diagnóstico preoperatorio de esta entidad es inespecífico con respecto a otros tumores de esta región; siendo las características histológicas la clave diagnóstica.

**Conclusiones:** El pituicitoma es un tumor raro. Poco se conoce acerca de la evolución natural de estas lesiones. La resección quirúrgica total, es el tratamiento de elección ya que la exéresis subtotal se asocia a altas tasas de recurrencia, sin haber consenso acerca del tratamiento adyuvante.

**Palabras Claves:** Pituicitoma; Neurohipófisis; Selar

\*\*\*

### Meningioma atípico pediátrico: a propósito de un caso

Iaconis Campbell, J; Herrero, JM; Aguilera, S; Volpe E; Giménez, P; Cersósimo, T.

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Buenos Aires. Argentina.*

**Introducción:** Los meningiomas intracraneales son tumores raros en pacientes menores de 18 años de edad, siendo su incidencia del 0.4–4.6% del total de los tumores primarios del SNC. Se encuentran en relación con Neurofibromatosis (I y II). Se presentan con mayor frecuencia en varones (1,57:1). La segunda década de vida es la de mayor incidencia. Las lesiones tienden a ser supratentoriales, mayormente en la convexidad. Los signos y síntomas principales son convulsiones y cefalea. El diagnóstico de la lesión se lleva a cabo mediante neuroimágenes y anatomía patológica.

El tratamiento de elección es quirúrgico en la mayoría de los casos, acompañado o no de un tratamiento coadyuvante. Existe una mayor incidencia de meningiomas atípicos en la población pediátrica en comparación con los adultos

**Materiales y métodos:** Paciente de 11 años de edad, concurre a la consulta por dificultad en la escritura (siendo zurdo) y dos episodios de crisis de ausencia. Al examen Físico: Temblor fino distal. Se realiza TC y RMN de encéfalo que evidencian LOE temporal derecha extra-axial de 6 cm de espesor que refuerza de manera homogénea con gadolinio y presenta cola dural. Se realiza exéresis Simpson II.

**Resultados:** Se realizó la exéresis quirúrgica total de lesión temporal derecha, cuya anatomía patológica informó Meningioma Atípico con un Ki67: 10% RP+: 60%. El paciente intercorre con amaurosis del OD. Posteriormente corrigió el temblor distal, revirtió a visión luz del OD y completó tratamiento con radioterapia. Actualmente se encuentra libre de enfermedad.

**Conclusión:** Los meningiomas son tumores de baja incidencia en la población pediátrica, que se presentan con mayor frecuencia en la segunda década de la vida y en pacientes varones. Estos pacientes tienden a debutar con cefalea y/o convulsiones. Las lesiones suelen ubicarse a nivel supratentorial. Dado que es mayor la incidencia de meningiomas atípicos en comparación con la población se recomienda realizar una resección total siempre que sea posible, acompañada o no de un tratamiento coadyuvante según el resultado de la anatomía patológica.

**Palabras clave:** Meningioma; Atípico; Pediátrico; Resección Simpson; Radioterapia

\*\*\*

### Mielomeningocele y neurinoma de cola de caballo. Presentación de un caso

Agustín López Sanabria, Eugenio Luis D'Annuncio, Silvina Apraiz, Soledad Barretta, Leandro Saucedo, Gustavo Troccoli

*Hospital Interzonal General Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.*

**Objetivos:** Reportar el caso de un neurinoma de cola de caballo en un paciente con antecedente de mielomeningocele y su resolución quirúrgica bajo monitoreo neurofisiológico.

**Materiales y Métodos:** Paciente de 11 años de edad, con mielomeningocele L3, con flexión de cadera y extensión normal de la rodilla, corregido quirúrgicamente al nacer, sin complicaciones de la herida, sin desarrollo de hidrocefalia por lo que no requirió colocación de shunt de derivación, con malformación de Chiari tipo II sin repercusión clínica y sin alteración en potenciales evocados somatosensitivos ni en polisomnograma, con requerimiento de 4 sondeos vesicales intermitentes diarios.

En controles anuales por servicio multidisciplinario integrado por Urología, Traumatología, Neurocirugía, Nefrología y Clínica Pediátrica, donde se realizó RMI holo-espinal de control, hallándose en la misma, una lesión a nivel de la cola de caballo con características imagenológicas compatibles con Neurinoma de Cola de Caballo.

Se decide exploración quirúrgica, realizándose abordaje a través de defecto previo, con estimulación neurofisiológica de las raíces de la cauda equina, bajo magnificación microscópica, lográndose la exéresis macroscópica total.

**Resultados:** El paciente evolucionó sin complicaciones post operatorias, sin cambios en la movilidad y sensibilidad, previos a la cirugía, permaneciendo en decúbito dorsal en posición de Trendelenburg por 3 días para evitar la fistula de LCR, con incorporación paulatina hasta recibir el alta hospitalaria al 6 día.

El material obtenido de la cirugía fue remitido al servicio de anatomía-patológica, quien confirmó la sospecha de Schwannoma de cola de caballo.

Se realizó Rmi lumbosacra al mes de la cirugía, donde se constató la ausencia de remanente tumoral.

**Conclusiones:** El mielomeningocele es una variante de disrafismo espinal, siendo esta una de las presentaciones más frecuentes y que están asociados a otros trastornos neurológicos, entre ellos la hidrocefalia, malformación de Chiari tipo 2 y la medula anclada y siringomielia sumado a trastornos urinarios, ortopédicos entre otros.

La asociación de dicha patología con neurinomas de la cola de caballo es una presentación atípica y no se encontraron publicaciones al respecto.

Es mandatorio en estos casos, realizar la exéresis de la lesión para evitar un deterioro en la función motora/ sensitiva y en la urodinamia de estos pacientes, siendo imprescindible a nuestro entendimiento, realizar el procedimiento bajo un correcto monitoreo neurofisiológico de las raíces involucradas para optimizar los resultados.

Así también, consideramos la necesidad de colocar al paciente en posición de Trendelenburg en el post operatorio, como medida efectiva para evitar la fístula de LCR.

**Palabras Claves:** Mielomeningocele; Neurinoma; Cola de Caballo; Monitoreo Fisiológico

\*\*\*

**Quiste endimario de cono medular. Reporte de un caso**

Agustín López Sanabria, Eugenio Luis D'Annuncio, Silvina Apraiz, Soledad Barretta, Leandro Saucedo, Gustavo Troccoli

*Hospital Interzonal General Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.*

**Objetivos:** Reportar el caso de un quiste endimario de cono medular, su manejo y la revisión de la bibliografía.

**Materiales y Métodos:** Paciente femenina de 27 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que comienza con trastornos de esfínter vesical, agregando con el correr de los días parestesias en silla de montar y cruralgia bilateral, hiperreflexia patelar, sin reflejos patológicos agregados, por lo que consulta en servicio de Urología, quien solicita RMI de columna lumbo sacra, donde se pudo observar dilatación quística de cono medular de intensidad similar a LCR en tiempos T1 y T2 y con realce de estructuras anatómicas normales tras la administración del contraste paramagnético.

Es derivada a nuestro servicio donde se decide cirugía, realizándose abordaje dorso-lumbar por vía posterior, laminectomía bilateral a la altura del cono (D12-L1-L2) y evacuación de lesión quística a través de una micro incisión en rafe medio posterior bajo magnificación microscópica, con exeresis de una pseudocápsula de características macroscópicas similares a aracnoides y monitoreo neurofisiológico consistente en potenciales evocados somato-sensitivos (PESS).

**Resultados:** Evoluciono con un postoperatorio satisfactorio, observándose ya durante el procedimiento, mejoría en los potenciales evocados al evaluar el contenido, permaneciendo luego en posición de Trendelenburg por 3 días, con medidas profilácticas para evitar la TVP, modificando al cabo de ese tiempo, el decúbito paulatinamente, hasta el alta hospitalaria al 7 día, sin registro de complicaciones referentes a la cirugía y con notable mejoría en la signo-sintomatología.

La patología informo Quiste Ependimario.

En control posterior, se solicitó RMI de control, donde se constató notable disminución de la cavidad quística.

**Conclusiones:** Las dilataciones quísticas de la médula suelen ser un hallazgo frecuente a nivel cervical, con me-

nor predisposición por el segmento dorsal y son excepcionales a nivel del cono, correspondiendo en la mayoría de los casos a siringo o hidromielia.

Es aún más infrecuente la presentación de un quiste endimario a nivel del cono, existiendo pocos reportes de dicha lesión en la bibliografía.

La cirugía es imprescindible, ya que la misma alivia los síntomas de forma inmediata y detiene la progresión del cuadro.

La neurofisiología intraoperatoria permite realizar el procedimiento de forma segura.

**Palabras Claves:** Quiste Ependimario; Cono Medular; PESS

\*\*\*

**Espondilodiscitis asociado a aneurisma aórtico abdominal por campylobacter fetus. Revisión bibliográfica. Reporte de un caso**

S. Pellegrini, J. Alfaro, F. Fasano, M. Flores, C. Pirozzi, F. Barbone

*HIGA Eva Perón de San Martín*

**Objetivos:** Presentar caso de Espondilodiscitis asociado a aneurisma aórtico abdominal por campylobacter fetus, su estudio y revisión bibliográfica.

**Introducción:** La incidencia de espondilodiscitis vertebral piógena ha aumentado en los últimos años, representando el 2%-7% de los casos de osteomielitis. El germen aislado más común es el Staphylococcus aureus, menos frecuentemente Campylobacter fetus. Entre las complicaciones de una bacteriemia por éste último se encuentran formación de aneurismas de aorta micóticos.

**Material y métodos:** Paciente masculino de 69 años, con antecedente de DBT II y aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, que consulta por lumbalgia y registros febriles persistentes. RMN de columna lumbo sacra se evidencia espondilodiscitis L4-L5 asociado a aneurisma aórtico abdominal infrarrenal.

**Resultados:** Se decide la realización de punción biopsia transpedicular de cuerpo vertebral guiado bajo TC, aislándose Campylobacter fetus, e iniciando tratamiento antibiótico endovenoso con ciprofloxacina y vancomicina. Luego de la resolución endovascular de aneurisma aórtico, evoluciona favorablemente con descenso de valores de ERS y PCR.

**Conclusiones:** Si bien el patógeno causante más frecuente de espondilodiscitis es Staphylococcus aureus, observamos en la práctica otros microorganismos (como el Campylobacter fetus) capaces de originar complicaciones endovasculares. Es importante, por esto, un acertado diagnóstico

bacteriológico para la orientación del tratamiento y adecuada evolución.

**Palabras claves:** Espondilodiscitis *Campylobacter Fetus*; Aneurisma Aórtico

\*\*\*

### **Meroacrania: Presentación de 3 casos**

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

*Servicio de Neurocirugía Hospital El Cruce SAMIC*

**Objetivo:** Presentar 3 casos de una malformación craneoencefálica de resolución quirúrgica poco frecuente.

**Material y Métodos:** Se presentan 3 pacientes de meroacrania, dos de sexo femenino y uno masculino, que nacieron graves craneosquisis con extrusión superior de contenido encefálico de aspecto quístico, sin cubiertas cutáneas conformadas.

**Resultados:** Se logró la resección quirúrgica de la malformación y un adecuado cierre cutáneo. Dos de los pacientes evolucionaron desfavorablemente falleciendo uno en el postoperatorio inmediato por bradicardia y paro cardíaco; y otro en el post operatorio mediato por intercorrientes infecciosas.

El último paciente se encuentra en el segundo mes postoperatorio con buena evolución y sin dilatación ventricular evaluado por ecografía.

**Conclusiones:** Quedan reportados 3 casos de esta entidad con resolución quirúrgica de la misma.

**Palabras Clave:** Meroacrania; Craneosquisis; Acrania

\*\*\*

### **Papiloma de plexo coroideo en paciente adulto. Presentación de un caso**

Lorena Gurdzel, Horacio Barea, Marcelo Peluso, German Arias, Horacio Solé

*Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano, CABA*

**Objetivos:** Presentar un caso de papiloma de plexo coroideo ubicado en el IV ventrículo en paciente adulto con exéresis subtotal por adherencia al piso del IV ventrículo.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso.

**Resultados:** 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 asociado a oftalmoplejía internuclear de dos meses de evolución, RMN que evidencia una lesión sólida, de márgenes bien definidos, que realiza intensamente con

contraste en IV ventrículo con importante compresión en tronco, por epidemiología se sospecha ependimoma. Se decide conducta quirúrgica.

Abordaje suboccipital medial telovelar, evidenciando lesión blanco grisácea con importante adherencia al piso del IV ventrículo lo que posibilita sólo la exéresis subtotal de la lesión. Paciente con evolución favorable, resolución de la hipertensión endocraneana, actualmente en seguimiento por nuestro Servicio.

Estudio anatomopatológico informa Papiloma de Plexo Coroideo (Grado 1 WHO) con Ki-67 de 5%.

**Conclusiones:** 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 en caso de exéresis total, con un porcentaje de supervivencia de casi el 100% a los 5 años.

**Palabras Clave:** Papiloma; Plexo; Coroideo; Ventrículo; Ependimoma

\*\*\*

### **Biopsia estereotaxica de Lesión Cerebral Profunda**

Nicolás Kuszniar, Pablo Aguilera, Fernando Orlandini, Matias Baldoncini, Juan Martin Condori

*Hospital Municipal de Pilar Juan Cirilo Sanguinetti  
nickusz@hotmail.com*

**Objetivos:** Presentación de un caso de lesión neoplásica cerebral profunda, resaltando la importancia de la implementación del marco de estereotaxia para la obtención de muestra con objetivos de diagnóstico anatomopatológico.

**Material y métodos:** Se presenta caso de paciente masculino de 60 años de edad que ingresa por paresia braquiocrural izquierda 4/5 de 10 días de evolución, en TAC cerebral de ingreso se evidencia imagen de aspecto nodular parieto-occipital derecha, extendiéndose hasta talamo homolateral, con marcado edema perilesional, con refuerzo heterogéneo al contraste. Por localización profunda se decide realizar biopsia estereotaxica con aguja tipo sedan. Se coloca marco en tomógrafo según técnica, se coloca plano de corte en paralelo y se procede a realizar TAC de cerebro simple y con contraste con cortes de 3 mm. Se selecciona target estereotaxico con las siguientes variables: eje Y – 35 mm, eje X a la derecha 23,4 mm, y eje Z 38,5 mm. Luego en quirófano, se realiza rasurado de región parieto-occipital derecha, colocación de campos, se realiza orificio de trepano único. Tras realizar la toma de 4 muestras con diagnóstico anatomopatológico intraoperatorio se constata la presencia de células con atipia.

**Resultados:** El paciente en postoperatorio no agrega foco neurológico, cursa internación en UTI por 24 hs y en sala general 48 hs. Se le realiza TAC cerebral de control donde no se visualizan diferencias con TAC preoperatoria, por lo cual se indica el alta con tratamiento y pautas de alarma para seguimiento por consultorios externos. Tras 14 días de la cirugía se confirma diagnóstico de lesión: Glioblastoma Multiforme IV WHO, por lo que se interconsulta con servicio de oncología para su tratamiento.

**Conclusiones:** La implementación de la biopsia estereotaxica en lesiones cerebrales neoplásicas profundas, se convierte en una herramienta diagnóstica de gran valor. Las ventajas en nuestra experiencia fueron la reducción de días de internación, diagnóstico en corto tiempo de internación, sin aumentar la morbilidad postoperatoria inmediata.

**Palabras Clave:** Biopsia Estereotaxica; Neoplasia Cerebral; Anatomía Patológica

\*\*\*

#### **Hematoma retroclival en pediatría: reporte de un caso**

Raúl Jalil, Francisco Pueyrredón, Daniel Velázquez, Adrian Muñoz

*Servicio de Neurocirugía del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina.*

**Objetivo:** Reportar un caso pediátrico de hematoma extradural retroclival traumático, ya que los mismos son entidades poco frecuentes y casi exclusivos de la edad pediátrica.

Los mismos están asociados a la inmadurez anatómica de los estabilizadores dinámicos y estáticos de la unión cráneo cervical, en relación a un trauma de alta energía.

**Material y métodos:** Niña de 10 años que ingresa a UTI con politraumatismos secundarios a accidente de tránsito: auto vs peatón. Al ingreso se presenta vigil, lúcida, sin alteración de pares craneales, con impotencia funcional de miembros inferiores asociada a fractura de fémur bilateral y sin impresionar déficit neurológico. En TC se constata hematoma extradural retroclival, hemoventrículo y HSA (Marshall II).

Se indicó tratamiento conservador con inmovilización con collar de Filadelfia hasta realizar IRM cráneo-cervical, descartando con este método lesión ligamentaria cráneo-cervical.

**Resultados:** La paciente evolucionó favorablemente, sin secuelas neurológicas al momento del alta.

**Conclusiones:** Los hematomas retroclivales son casi exclusivos de la edad pediátrica y en general asociados a accidentes de tránsito. El tratamiento de elección es el manejo conservador, reservando la evacuación quirúrgica para

pacientes con deterioro neurológico y la estabilización quirúrgica para lesiones osteo-ligamentarias inestables.

**Palabras clave:** Hematoma Retroclival; Hematoma Extradural; Trauma de Cráneo; Trauma Cervical

\*\*\*

#### **Colección de líquido cefalorraquídeo sub gálica post traumática persistente tratada con derivación sub gálico-peritoneal**

Horacio Barea Segovia, Lorena Gurdzel, Marcelo Peluso, Germán Arias, Gabriel Jungberg

*Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, CABA*

**Objetivo:** Presentar un caso de colección de líquido cefalorraquídeo a nivel sub gálico post traumático persistente tratada con derivación sub gálico peritoneal con buena evolución.

**Introducción:** El TEC afecta a 1,5 millones de personas por año, predominando en población joven, 100.000 requieren cirugía entre las opciones se encuentra la Craniectomía Descompresiva, dicho procedimiento implica complicaciones como higroma, síndrome del trefinado entre otros, siendo la craneoplastia el tratamiento final, implicando esta última también complicaciones.

**Resultados:** Masculino de 20 años (O Rh-), con politraumatismo, TEC grave, anisocórico, fractura de cráneo más hematoma sub dural agudo fronto temporal izquierdo con efecto de masa y fractura expuesta de tibia y peroné, craneotomía descompresiva de urgencia, dicotomía, no es posible realizar plástica dural por inestabilidad hemodinámica, se trasladó a UTI, cursa evolución favorable, a los 2 meses GOS 5. En región de craneotomía se evidencia higroma, el mismo se evacua al momento de craneoplastia con metilmetacrilato, evoluciona con colección sub gálica de líquido cefalorraquídeo que le genera gran distensión del colgajo, cefalea intensa y defecto estético, sin respuesta a PL evacuadora, vendaje compresivo, ni punción directa de la colección.

**Conclusiones:** Al ser un caso particular desde el manejo inicial del trauma y posterior craneoplastia, entre las opciones terapéuticas para la colección se evaluaron la derivación ventrículo peritoneal y lumbo peritoneal, se decide la sub gálico peritoneal por ser menos invasiva y no depender de un mecanismo valvular.

La Derivación Sub Gálico Peritoneal con catéter libre resultó exitosa en el manejo de esta complicación, siendo un procedimiento sencillo, menos invasivo y accesible.

**Palabras clave.** Derivación; Sub Gálico; Peritoneal; Higroma; Craneoplastia

\*\*\*

### Artrodesis complejas en complicaciones de Columna: Abordajes combinados

Pablo Chipolini, Raúl Santivañez, Ezequiel Giménez, Ricardo Janeiro, Camilo Giambiagi

*Sanatorio de la Trinidad, Quilmes*

**Objetivo:** Describir la resolución quirúrgica de 2 pacientes intervenidos quirúrgicamente por distintas patologías de columna con múltiples intervenciones fallidas; hasta la realización de la combinación de abordajes.

**Material y Método:** CASO Nº 1 paciente femenina de 63 años diabética y obesa que presenta antecedente de intervención de columna en otro centro por patología degenerativa lumbar intercurrió con procesos infecciosos locales y fístula que requirieron múltiples intervenciones hasta el retiro del material de artrodesis colocada. Consulta por exacerbación de dolores y en la RMI se evidencia Espondilodiscitis con absceso epidural. CASO Nº 2: Paciente masculino de 52 años con antecedente de cirugía en otro centro por patología degenerativa lumbar, que consulta por recidiva y empeoramiento de dolor y en marcha, en RMI y TC columna se evidencia colapso de L2 y "pull out" de material de osteosíntesis.

**Resultados:** En el caso Nº 1 se realiza en Primer tiempo tratamiento de urgencia evacuando empiema extradural compresivo en abordaje posterior. Segundo tiempo quirúrgico por Vía anterior realizando corporectomía de L3 y L4 colapsadas con Artrodesis; y Tercer tiempo por vía posterior con Artrodesis Dorso-Lumbo-Sacro-Iliaca reestableciendo el balance sagital y una franca mejoría clínica.

En el caso Nº 2 se realizó en un único tiempo quirúrgico Abordaje posterior y retiro de artrodesis; luego abordaje antero lateral para realizar corporectomía con artrodesis y nuevamente Abordaje posterior para realizar nueva Artrodesis Transpedicular El paciente evolución favorablemente con mejoría sintomática y retorno a actividades habituales.

**Conclusión:** Es de relativa frecuencia encontrarse en la práctica diaria con casos problema en Cirugía de columna, donde las complicaciones están a la orden del día y donde los pacientes plantean un desafío complejo. Y en todo ello es que el abordaje Multidisciplinario mediante diferentes vías en uno o más tiempos quirúrgicos, los que logran consolidar un mejor y buen resultado.

**Palabras clave:** Complicaciones en Cirugía de Columna; Vías de Abordaje Combinadas

\*\*\*

### Quiste dermoide cervical. Presentación de un caso

Prieto Danae V, Velazquez Daniel G, Jalil Raúl E, Pizarro Andrés

*Sanatorio del Salvador, Córdoba*

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

**Introducción:** Los quistes dermoides espinales representan el 1% siendo su localizándose preferentemente en la región lumbar y asociado a estigmas cutáneos. La mayoría de los casos se presentan de modo insidioso con dolor local o referido y manifestaciones musculoesqueléticas inespecíficas. Se diagnostican generalmente por características en la RMN y la exéresis quirúrgica total es el tratamiento de elección.

**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 exéresis completa mediante laminoplastia y la anatomía patológica confirmó quiste dérmico.

**Discusión:** Los quistes dermoides son tumores poco frecuentes, de origen congénito, aunque Choremis y Gibson y Norris lo han descrito iatrogénicos en niños con punción lumbar reiteradas. Su pared consiste en tejido conjuntivo tapizado de epitelio, incluso anexos cutáneos; contiene queratina, sebo y pelos. (Stedman), encontrándose con dichas características en nuestro caso. Se asocian a estigmas cutáneos siendo su localización más frecuente lumbar, presentándose con clínica insidiosa de dolor local y radicular, menos frecuentes síntomas de compresión medular. En nuestro caso se presentó con síntomas motores, asociado a un seno dérmico cervical, los cuales fueron revertidos completamente con la exéresis tumoral y rehabilitación mRs 0.

**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 clave:** Quiste Dermoide Cervical; Tumor Cervical; Tumor Asociados Seno Dérmico