

Resúmenes de trabajos presentados en Póster

Patología vascular

Angioma venoso cerebral. Hallazgo incidental

E. ECHEVERRÍA, A. HERNÁNDEZ Y M. VICENTE

Los angiomas venosos encefálicos son lesiones vasculares congénitas, compuestas por venas anómalas, dilatadas y dispuestas en forma radial, convergiendo sobre una vena de drenaje transcortical dilatada. Histopatológicamente, se componen de conductos venosos dilatados, con paredes finas y separados por tejido cerebral normal. La formación de los angiomas venosos derivaría de una detención en el desarrollo venoso al formarse el sistema arterial del encéfalo, con conservación de las venas medulares embriológicas primitivas drenando conjuntamente en una gran vena. Clínicamente, constituyen lesiones silentes, siendo habitual su hallazgo en varias series de autopsias.

Esta presentación ilustra un paciente de 24 años, que fuera intervenido quirúrgicamente por hematoma extradural traumático temporal y su control tomográfico postoperatorio visualiza una imagen lineal espontáneamente hiperdensa, con topografía parietal derecha, reforzada tras la administración de contraste. Se realizó una angiografía digital cerebral que confirma la presencia de una lesión compuesta por un ramillete de venas medulares dilatadas ("cabeza de medusa"), convergiendo en una gran vena colectora. Desde el punto de vista terapéutico, el manejo habitual está basado en la expectación evolutiva del paciente.

Patología tumoral

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y glioblastoma multiforme. Una asociación infrecuente

A. HERNÁNDEZ, E. ECHEVERRÍA, C. BUSTEOS,
A. ESPOSTO Y G. DE LA PARRA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) puede presentar complicaciones neuroló-

gicas que incluyen la presencia de lesiones cerebrales, habitualmente debidas a toxoplasmosis y linfomas, siendo menos frecuente su asociación con tumores cerebrales primitivos.

El presente trabajo es una comunicación de un paciente de 29 años, portador de HIV positivo, homosexual, sin antecedentes neurológicos previos, que consulta por crisis tónico-clónicas secundarias a una lesión ocupante de espacio a nivel temporoccipital derecha con características heterogéneas y bordes difusos con edema perilesional en las imágenes de tomografía computada y resonancia magnética.

Mediante biopsia y luego abordaje quirúrgico directo, se confirma histológicamente el diagnóstico de glioblastoma multiforme. Se discute su infrecuente asociación en pacientes portadores de SIDA, destacando que los pocos casos descritos habitualmente comprenden sujetos jóvenes a diferencia de la presentación rutinaria de los glioblastomas en adultos mayores de 50 años. La relación causal del mencionado síndrome y los tumores cerebrales primarios está basado probablemente en la alteración del sistema inmunológico.

○

Linfoma primario de snc en pacientes inmunocompetentes

A. CAMPERO, M.P. CHIARADÍO, J. LESTON, J. GOLAND,
J. FERNÁNDEZ, M. SOCOLOVSKY Y A. BASSO

El linfoma primario de SNC es una forma agresiva de linfoma no Hodgking que se origina dentro del parénquima cerebral, la leptomeninges, médula espina o raramente globo ocular. Los pacientes con linfoma primario de SNC tienen un pronóstico sombrío, con un promedio de vida que va entre 8 y 15 meses, después de la irradiación craneal.

Se ha observado un gran aumento en el diagnóstico del linfoma primario de SNC durante la última década. Las características de este tipo de tumor son variables con respecto al grupo etario, número y localización de lesiones y forma de presentación. Se presentan cinco casos de linfoma primario de SNC en pacientes inmunocompetentes, diagnosticados durante el último año en nuestra institución.

Columna

Quiste yuxtafacetario lumbar complicado con sangrado

E. VECCHI, R. TRAMONTANO Y F. KNEZEVICH

El diagnóstico de los quistes yuxtafacetarios ha aumentado a partir del uso de la IRM para el diagnóstico. Se presentan en general con lumbalgia y dolor radicular crónico.

Infrecuentemente pueden manifestarse por un cuadro compresivo agudo que requiere una rápida intervención.

Presentamos un caso de un quiste yuxtafacetario lumbar complicado con un importante sangrado y compresión aguda del saco focal.

○

Abordaje lumbar intermuscular extremolateral de Wiltse en la patología no discal

J. MEZZADRI, C. RIVADENEIRA, A. CAMPERO Y A. BASSO

Objetivo. Describir la técnica y analizar los resultados del abordaje lumbar intermuscular (ALI) en la patología no discal.

Población y método. El ALI se empleó en 3 casos con patología no discal. Caso 1: un paciente (sexo femenino - 58 años) con antecedentes de linfoma primario de piel que consultó por dolor radicular y paresia en el miembro inferior izquierdo. La resonancia magnética de columna lumbar mostró a nivel foraminal y extraforaminal en L5-S1 un tejido blando isointenso que infiltraba los tejidos vecinos. Caso 2: un paciente (sexo femenino - 33 años) consultó por dolor radicular en el miembro inferior derecho. Los estudios realizados (Rx simple/TAC/IRM) mostraron una megaapófisis transversa L5 derecha que se articulaba con el sacro. Caso 3: un paciente (sexo femenino - 23 años) asintomático que como un hallazgo en la resonancia magnética se encontró un tejido isointenso entre D12 y L4 ubicado en el espacio prevertebral que infiltraba el espacio epidural a través de los forámenes en todos los niveles. En el ALI la incisión de piel se efectuó a 3 cm de la línea media. Luego de abrir la fascia dorsal se individualizó el hiato entre los músculos longisimus y multifidus, profundizando la disección hasta llegar al espacio intertransverso.

En los casos 1 y 3 se abrió el músculo intertransverso para llegar a la región extraforaminal y efectuar una biopsia. En el caso 1 se liberó la raíz del tejido patológico. En el caso 2 se individualizó la megatransversa y luego de disecarla se la reseccó.

Resultados. La biopsia en los casos 1 y 3 fue informada como tejido inespecífico y ganglioneuroma respectivamente. La evolución postoperatoria fue favorable, con resolución inmediata del dolor radicular en los casos 1 y 2 y alta en los tres casos a las 72 horas. En el caso 2 la radiología postoperatoria confirmó la resección de la megatransversa.

Conclusión. El ALI es útil y de bajo riesgo para abordar patología no discal en el área extraforaminal intertransversa lumbar.

Funcional

Cirugía de epilepsia. Experiencia de 12 años

H. POMATA, C. MEDINA, A. RABINOWCZ, H. WAISBURG, A. TARATUTO Y N. FEJERMAN

Introducción. El objetivo es mostrar el desarrollo y una experiencia de la cirugía de la epilepsia en la Argentina.

Material y métodos. Se presentan 182 pacientes epilépticos refractarios operados en los últimos 12 años. Fueron estudiados con EEG de superficie, TC y RM, Videotelemetría, test de WADA cuando la edad lo permitió. Los procedimientos quirúrgicos, las complicaciones y secuelas, los diagnósticos patológicos y los resultados obtenidos se detallan a continuación.

NIÑOS: n=130. **Epilepsia temporal** n=52. **Procedimientos:** LATS 32 (1+TSM); Spencer 3; amigdalohipocampectomía 2; lesionectomía 15. **Secuelas:** alteraciones campimétricas 28. **Clasificación de Engel:** I, 39; II, 4; IV, 2 (en 1 se colocó EV 6/99); fallecidos 3 (gliomas alto grado); s/clasificar 4 (<1a. post-op). **Epilepsia extratemporal:** n=78. **Procedimientos:** lobectomías 5; polectomías 3; corticectomías 9)2+TSM); lesionectomías 30 (1+LATS y 1+TSM); callosotomías 11; hemisferectomía funcional y variantes 10; desconexiones lobar/multilobar 5 (4+TSM); TSM 3 (como único procedimiento); hemisferectomía anatómica 2. **Complicaciones:** paresia braquial 1; hemiparesia transitoria 1; edema

difuso 2. **Secuelas:** paresia braquial 1 (leve); hemiparesia 1. **Cirugías en 2 tiempos** 11. **Clasificación de Engel:** I, 47; II, 7; III, 1; IV, 3 (en 1 se colocó EV 10/99); s/clasificar: 20 (<1 año seguimiento 9; callosotomías, 11). **Patología (n=130):** DNT 16; displasia cortical gliosis 11; glioma bajo grado 10; encefalitis de Rasmussen 9; esclerosis tuberosa 5; quiste porencefálico 4; ganglioglioma 4; cavernoma 3; glioma alto grado 3; hematoma calcificado 2; postradioterapia 2; meningoangiomas 2; hamartoma 2; MAV 1, cisticercosis 2; s/patología 15 (11 callosotomías, 3 TSM y 1 desconexión + TSM); 1 de c/u de los siguientes: quiste leptomeníngeo, heterotopía, papiloma de plexo calcificado, quiste aracnoideo, dermoide, encefalitis necrotizante, hemimegalencefalia, vasculitis, no lesional y en 3 falta aún informe.

ADULTOS: n=52. **Epilepsia temporal** n=38. **Procedimientos:** LATS 31 (3+TSM); Spencer 4; amigdalohipocampectomía 2; resección cortical 1; lesionectomía 1. **Complicaciones:** monoparesia (pie) 1; hemiparesia transitoria 2. **Secuelas:** monoparesia leve 1; alteraciones campimétricas 25. **Patología:** EMT 29; gliosis 4; MAV 1; DNT 1; GG 1; cavernosa 1; post-RT 1. **Clasificación de Engel:** I, 28; II, 4; III, 1; fallecidos 1 (suicidio); S/clasificar, 5 <1a. post-op. **Epilepsia extratemporal** n=14. **Procedimientos:** lobectomías 1; corticectomías 4; lesionectomías 4; callosotomías 3; estimulador vaga (EV)2.

Cirugías en 2 tiempos: 3. **Patología:** quiste porencefálico 2; cavernoma 1; post-RT 1; no lesionales 3; s/patología 7 (3 callosotomías, 2 EV, 2 aún no informado). **Clasificación de Engel:** I, 7; III, 1; sin clasificar, 5 (<1 año post-op, 2 EV y 3 callosotomías).

Conclusiones. Los resultados obtenidos muestran claramente la utilidad así como la **baja morbilidad esta terapéutica para las epilepsias refractarias**. Consideramos por lo antedicho que este método está siendo subutilizado en la Argentina.



Fundamentos morfológicos de la amigdalohipocampectomía y sus resultados en el tratamiento de la epilepsia mesial temporal

J. VIVÉ, E. PAGLIOLI NETO Y H. CONESA

La década pasada registró el advenimiento de un notable avance en la comprensión de las formas y patrones de las convulsiones. Los inten-

tos de clasificación basadas en la semiología, localización de lesión, hallazgos electroencefalográficos ictales e interictales arrojaron un concepto de síndromes lobares y subsíndromes que en el caso temporal (EMT) considerada a priori quirúrgicamente tratable dada su lesión esclerótica predominante.

Los recientes avances tecnológicos permiten definir un área lesional con la precisión necesaria para acotar la ablación a los tejidos considerados epileptogénicos. Si definimos a éstos como la zona necesaria y suficiente para la generación de crisis contamos en la EMT con estructuras como el hipocampo, la amígdala temporal, la corteza entorrinal, el girus hipocampal y un allocórtex, un mesocórtex y un iso o neocórtex como elementos integradores de un circuito generador y/o propagador de crisis comiciales. Los numerosos estudios de neuroimágenes, electrofisiología, neurobiológicos y clínicos no han podido sin embargo resolver el problema de los fenómenos acompañantes de las crisis, pero la convergencia de éstos con el conocimiento subsindrómico permitió que los procedimientos quirúrgicos pasaran a ser más selectivos, respetando las estructuras no implicadas en el "contexto epiléptico" y relegando el concepto de procedimientos patrones estándares.

El pobre registro anatómico del desarrollo de estas estructuras, así como la no resuelta cuestión de la extensión de tejido a resecar para el control de las crisis motivaron el presente trabajo, para el cual registramos los mencionados elementos y los fenómenos envueltos en la realización de una amigdalohipocampectomía selectiva con el criterio de Engel.

Material y métodos. Se estudiaron tres embriones humanos de la serie de la Unidad de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la UBA, correspondientes a los estadios XVIII (43 días de gesta), XIX (49 días de gesta) y XXIII (64 días de gesta) con cortes histológicos seriados en X25 y X100 aumentos y coloreados con Hematoxilina-Eosina.

Conjuntamente se registraron los resultados obtenidos en 40 pacientes sometidos a una amigdalohipocampectomía selectiva efectuadas en el Hospital Sao Lucas en el Programa de Cirugía de la Epilepsia de la PUCRS, Porto Alegre, Brasil: con un seguimiento entre 6 meses y 6 años.

Los casos fueron previamente evaluados con videoEEG, resonancia magnética, test de Amytal, y registros electroencefalográficos intracraneanos combinando todos y cada uno de ellos de

acuerdo a lo requerido por cada caso en particular, hasta definir la zona epileptogénica y el pronóstico de su resección con una evaluación psicológica previa.

Resultados. Fue posible identificar claramente los elementos mencionados en un período de desarrollo que indicaría contemporaneidad y con una proximidad anatómica que permite inferir interrelaciones y funcionalidad de conexión. No se registró el mismo nivel de relación con el Neocórtex.

Los resultados obtenidos con las cirugías, en el seguimiento de pacientes sometidos al procedimiento selectivo tipo Niemeyer con ablación de amígdala y formación hipocampal (hipocampo anterior y girus hipocampal) fueron de crisis eventuales al año de cirugía. Los casos de recurrencias se registraron en ese período.

Discusión. Si bien la esclerosis hipocampal es el patrón lesional o fisiopatológico en la EMT, la esclerosis de estructuras relacionadas podrían explicar algunos fenómenos acompañantes (trastornos de memoria, conducta, aprendizaje, etc.) La aparición en un mismo período de amígdala, hipocampo, corteza entorrinal girus hipocampal sugerirían una interrelación estrecha. La selectividad en la resección de estas estructuras permitiría controlar el fenómeno comicial con la conservación del Neocórtex que algunos estudios relacionan con las alteraciones de funciones mentales superiores en lobectomías estándar sugeridas por diversos autores.

Miscelánea

Diagnóstico de empiema subdural por radiología simple de cráneo

P. CHIARADÍO, J. GOLAND, A. CAMPERO, J. FERNÁNDEZ,
J. LESTON, M. SOCOLOVSKY Y A. BASSO

Se denomina empiema subdural, a la colección de pus en el espacio subdural. Constituye una entidad poco frecuente asociada en general a infecciones de los senos paranasales, otitis o mastoiditis, siendo los agentes causales más comunes los *Staphilococcus* y los *Streptococcus*.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, 19 años de edad, con antecedentes de sinusitis maxilar de 10 días de evolución, tratada con antibióticos en forma ambulatoria, que había consultado en varias oportunidades por fiebre y cefalea a las cuales se agregan vómitos.

Se realizó una Rx de cráneo para valorar los senos paranasales, observándose una opacidad en hemicráneo izquierdo. En la TAC de cerebro se observó una imagen compatible con empiema subdural izquierdo. Por tal motivo, se realizó una evacuación quirúrgica, evolucionando el paciente en forma tórpida hasta la curación. La presentación de este caso resalta la utilidad de la Rx simple de cráneo como método diagnóstico complementario en esta urgencia neuroquirúrgica.