

## 2. PRESENTACIONES EN POSTER

### **Anastomosis hipogloso facial utilizando la rama descendente del hipogloso**

R. Tramontano, D. Pavón, P. Ajler,  
E. Vecchi, F. Knezevich y E. Busto

La técnica de reanimación facial mediante anastomosis hipogloso facial fue propuesta por primera vez por Korte en 1901.

Desde entonces numerosas variantes técnicas han sido descritas. En el presente trabajo se revaloriza el uso y factibilidad de la técnica de anastomosis término-terminal con la rama descendente del hipogloso.

### **Meningiomas de la fosa posterior**

H. Lambre, W. Isasi, E. Brichetti, y N. Carril

Presentamos 6 casos de meningiomas de la fosa posterior tratados quirúrgicamente desde noviembre de 1991 hasta la fecha. Comparamos nuestros hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos con series publicadas en la literatura, logrando una puntual revisión bibliográfica de aspectos técnicos: plano aracnoideo, utilización del cavitador ultrasónico, sustitutos sintéticos de duramadre, embolización prequirúrgica-timing, monitoreo neurofisiológico, drenajes lumbares, etc. Los resultados obtenidos fueron resección macroscópica total en todos los casos con un seguimiento clínico e imagenológico de la serie de 3.1 años de promedio.

### **Angiomas cavernosos intramedular, a propósito de tres casos. Revisión de la literatura**

G.E.A. Campos, H.A. Coca, J.A. Crespo  
y V.A. Muñoz

Las malformaciones cavernosas son consideradas afecciones poco frecuentes a nivel de la médula espinal. Se presenta una serie de tres casos de angiomas cavernosos intramedulares, asistidos en nuestro servicio entre los años 1992 y 1998. Todos fueron estudiados con IRM y trata-

dos quirúrgicamente. El cuadro clínico, las características de los estudios por imágenes y los resultados del tratamiento son discutidos. Se concluye que en pacientes con síntomas neurológicos secundarios a angioma cavernoso medular, el tratamiento quirúrgico puede ser realizado con mínima morbilidad, controlando la progresión de la patología y ofreciendo una clara oportunidad de mejoría.

### **Estudio con electrodos profundos de un paciente con esclerosis hipocampal bilateral**

A. Rabadán, S. Kochen, D. Consalvo,  
W. Silva, R. Rosler y G. Sevlever

**Objetivo.** Presentar un paciente con epilepsia refractaria y daño hipocampal bilateral, simétrico y difuso definido por las IRM, que requirió una exploración electrofisiológica invasiva con SEEG (técnica de estéreo EEG) para definir la lateralidad del inicio de las crisis.

**Material y método.** Paciente varón de 2 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo I, que presenta epilepsia refractaria (crisis parciales complejas) desde los 5 años de edad. La frecuencia de las crisis era de 6-8 por mes. La RM mostró una esclerosis hipocampal difusa, bilateral y simétrica. Se realizó un video-EEG, en el cual no fue posible establecer la lateralidad de las crisis. Debido a ello se decidió la exploración electrofisiológica invasiva con colocación de electrodos profundos mediante SEEG.

**Resultado:** Se definió zona de inicio de las crisis el área mesial temporal derecha, por lo que se procedió a realizar una lobectomía temporal anterior con amígdalo hipocampectomía. Hubo 70% de reducción de las crisis. La anatomía patológica confirmó esclerosis hipocampal y astrogliosis de la sustancia blanca.

**Conclusión:** La concordancia en lateralidad de la semiología ictal y del video-EEG en los pacientes con diagnóstico de esclerosis hipocampal ha llevado a obviar la exploración electrofisiológica invasiva. Cuando a través de los estudio de EEG de scalp no es posible establecer la lateralidad o ésta es discordante con los hallazgos de RM, la evaluación invasiva está indicada.

Existe un grupo de pacientes en los que el daño hipocampal es difuso, bilateral y simétrico. En ellos se postula que probablemente ambos hipocampos sean capaces de producir descargas en forma independiente, lo cual ha llevado a plantearse la contraindicación para la realización de una lobectomía temporal. Estos pacientes, con afectación hipocampal bilateral, probablemente representen un síndrome especial dentro de la esclerosis mesial temporal.

•

### **Cirugía epilepsia refractaria. Lesiones mesiales del lóbulo temporal**

A. Rabadán, S. Kochen, R. Rosler, M. Baccanelli,  
D. Consalvo, G. Sevlever y A. Morandi

**Introducción.** La patología mesal temporal es responsable de la mayoría de las epilepsias refractarias.

**Objetivos.** Presentar casos de epilepsia refractaria mesial temporal tratados quirúrgicamente.

**Material y método.** Se trataron pacientes con epilepsia refractaria de origen mesial temporal cuyas edades oscilaron de 2 a 39 años. Todos fueron estudiados por un equipo multidisciplinario y cumplieron los criterios de epilepsia refractaria. La metodología de estudio fue IRM con protocolo de epilepsia, video - EEG y estudios neuropsicológicos. En un paciente (esclerosis mesial temporal bitemporal) se realizó registro preoperatorio con electrodos profundos. La cirugía en todos los casos fue L-T.A.A. (incluyendo amígdalo-hipocampectomía). Las piezas extirpadas se analizaron histológicamente.

**Resultados.** La histopatología mostró: esclerosis mesial (7 casos), oligodendroglioma (1 caso). Hasta el momento en 7 pacientes el control de las crisis fue completo. En uno se logró mejoría significativa.

**Conclusiones.** La cirugía de epilepsia refractaria 1) permite el control de las crisis intratables resultante de una mejor calidad de vida; 2) disminuye la necesidad de niveles tóxicos de drogas anticonvulsivantes con sus incapacitantes efectos colaterales; 3) previene caídas y lesiones; estados de mal recurrentes; daño tisular hipóxico y degeneración neuronal progresiva; 4) beneficios secundarios incluyen mejoría de la función neurocognitiva, como resultado de la disminución de las crisis y de la disminución de la medicación; 5) disminuye la mortalidad. La epilepsia es una enfermedad potencialmente fatal (mortalidad 3 a 5 veces mayor que en la población no epiléptica).

### **Espondilolistesis traumática del axis. Presentación y evolución inusual en un caso.**

J. Vivé, D. Vitor, R. De Rosa y F. Piedimonte

La espondilolistesis del axis es una entidad extensamente descrita dados los antecedentes judiciales en los que estuvo implicada. La conocida como fractura del ahorcado es actualmente un espectro de lesiones que incluyen fracturas bilaterales de la Pars interarticularis o de los pedículos. Dependiendo de su extensión pueden estar comprometidos en un mismo paciente el ligamento longitudinal anterior en torsión alrededor de C2-C3 con un aumento subsecuente del interespacio del mismo nivel o con una subluxación por un bloqueo facetario y, dependiendo de éstos, una lesión neurológica en diversos grados. Con un mecanismo de extensión y distracción, con los cuales los elementos de la columna anterior son comprimidos y los de la posterior sufren distracción, estos casos clínicos representan un desafío en la urgencia. Hemos tratado con procedimientos quirúrgicos diferidos a un paciente con una variante inusual de presentación de la entidad descrita. En una etapa posterior a su estabilización presentó una complicación vascular escasamente definida por otros autores. Tanto en la descompresión y estabilización temprana como en las cirugías de estabilización/descompresión diferidas no se registraron complicaciones técnicas con lo cual presentamos estas posibilidades infrecuentes para un paciente con una lesión traumática del raquis cervical alto.

•

### **Angioma cavernoso intramedular, a propósito de tres casos. Revisión de la literatura**

G.E.A. Campos, H.A. Coca,  
J.A. Crespo y V.A. Muñoz

Las malformaciones cavernosas son consideradas afecciones poco frecuentes a nivel de la médula espinal. Se presenta una serie de tres casos de angiomas cavernosos intramedulares, asistidos en nuestro servicio entre los años 1992 y 1998. Todos fueron estudiados con IRM y tratados quirúrgicamente. El cuadro clínico, las características de los estudios por imágenes y los resultados del tratamiento son discutidos. Se concluye que en pacientes con síntomas neurológicos secundarios a angioma cavernoso medular, el tratamiento quirúrgico puede ser realizado con mínima morbilidad, controlando la progresión de la patología y ofreciendo una clara oportunidad de mejoría.

### Parkinsonismo por hematoma subdural

M. Socolovsky, J. Goland, J.M. Leston,  
J. Cirio, C. Abel, M. Di Egidio y A. Basso

**Introducción.** El hematoma subdural crónico tiene un pico de incidencia en la séptima década de la vida con cifras estimadas en alrededor 1.7 pacientes por cada 100.000 personas. Son factores de riesgo la edad, el alcoholismo, diátesis hemorrágica, la diabetes, la atrofia cerebral severa y válvulas de derivación pudiendo ser el antecedente traumático irrelevante y/o no recabable. Suele presentarse con síntomas inespecíficos siendo los más frecuentes la cefalea seguida de declinación cognitiva o del estado de alerta, signos focales motores deficitarios y/o convulsiones.

**Descripción.** Motivan la siguiente comunicación 2 pacientes que presentaron, como manifestación inicial un cuadro motor puro con parkinsonismo e inestabilidad postural, en uno de ellos intermitente. En ambos casos los estudios tomográficos indicaron la presencia de colecciones subdurales unilaterales y la signo sintomatología revirtió tras la evacuación quirúrgica de las lesiones.

**Conclusión.** Se ha postulado como probable fisiopatogenia del síndrome parkinsoniano producido por un hematoma subdural la presión que genera el lóbulo temporal sobre el mesencéfalo. Si bien este mecanismo de presentación de una colección subdural crónica es infrecuente, debe mantenerse una actitud de sospecha clínica en pacientes con un cuadro de parkinsonismo rápidamente progresivo sin intercurencia clínica que lo justifique aún en ausencia de antecedente traumático.

### Cordoma craneal recurrente

H. Cánepa, G. Burri, L. Alderete,  
H. Curcio, W. Isasi, E. Brichetti, D. Pepa,  
N. Carril y J. Gutiérrez

Los cordomas son tumores malignos, infrecuentes (< del 1% de todos los tumores del SNC), que derivan de remanentes de la notocorda, de crecimiento lento y localmente invasivos, cuyos sitios más frecuentes de localización son la región sacro coccígea y el clivus.

De acuerdo a su patrón de extensión en la base del cráneo, se clasifican en: Tipo I restringidos a un compartimiento de la base; Tipo II compromete dos o más áreas contiguas y que pueden abordarse por una sola vía y Tipo III se

extiende a varios compartimientos contiguos y los recurrentes.

Se presenta un caso de cordoma craneal recurrente, en un paciente masculino de 33 años, que es derivado a nuestro servicio con diagnóstico de cordoma de base de cráneo recurrente, el cual fue previamente tratado en otro servicio en forma quirúrgica (1994) y posteriormente tratado con radioterapia.

A su ingreso el paciente se encuentra lúcido, sin déficit de vías largas, presentando como datos positivos del examen lesión trigeminal izquierda, proptosis ocular y amaurosis izquierda. Obstrucción nasal y rinorrea izquierda y una lesión expansiva que se visualiza a través de la cavidad bucal (paladar) y que compromete severamente la deglución. La misma masa facial se visualiza y se palpa a nivel de la mejilla izquierda.

Con el diagnóstico previo conocido, se solicitan nuevos estudios (TC, IRM, TAC tridimensional y angiografía cerebral), los cuales ponen de manifiesto una importante recidiva tumoral que compromete el clivus superior y medio, la región selar y paraselar izquierda, fosa cerebral media, seno esfenoidal, celdillas etmoidales, piso de órbita izquierda, seno maxilar izquierdo y paladar.

Se decide la conducta quirúrgica del mismo, previa traqueotomía, realizándose un abordaje combinado craneofacial, con reconstrucción del paladar con colgajo muscular de estercleidomas-toideo.

### Hematoma subdural lumbar espontáneo

J. Goland, M. Socolovsky, J. Leston,  
A. Campero, J.J. Mezzadri, O. Zamboni, A. Basso.

**Introducción.** El hematoma subdural lumbar es una patología poco frecuente. Se asocia, en general a complicaciones postpunción lumbar, en pacientes con coagulopatías por complicaciones postoperatorias.

**Material y método.** Se reporta el caso de una paciente de 56 años, sin antecedentes de importancia que consulta por un dolor lumbar severo que comenzó en forma brusca luego de un severo acceso de tos. Al examen la paciente se presentó con lumbalgia con impotencia funcional, dolor a la percusión a nivel L1, disminución en la respuesta de los reflejos osteotendinosos en miembros inferiores y rigidez de nuca. La IRM mostró una imagen compatible con hematoma lumbar localizado dentro del canal vertebral.

**Resultados.** Se realizó laminectomía y evacuación de un hematoma subdural a nivel L1. La paciente evolucionó favorablemente, sin dolor y con recuperación de la actividad motora en miembros inferiores ad integrum, quedando la rigidez de nuca en forma persistente. La IRM postoperatoria muestra la lodge quirúrgica libre de hematoma y la presencia de un hematoma subdural localizado desde L2 hasta el fondo de saco dural. Dado que esta lesión era asintomática se decidió conducta expectante con buena evolución. Los estudios de coagulación y la angiografía medular resultaron normales.

**Discusión.** La presentación del caso se debe a la rareza de presentación del mismo, debiéndolo tener en cuenta como diagnóstico diferencial de dolor lumbar espontáneo incapacitante.

### Nefritis por shunt

G. Tróccoli, E. D'Annuncio y O. Gutiérrez

Las válvulas ventrículo peritoneales (VP), y en menor medida las ventrículo atriales (VA), son el tratamiento de elección para la hidrocefalia. La contaminación del catéter atrial de un shunt VA, especialmente con estafilococo epidermidis, puede originar una nefropatía denominada "nefritis por shunt". Presentamos el caso de una paciente de 24 años que a los 10 años de vida se le implantó un sistema de derivación ventrículo atrial por hidrocefalia postmeningitis. Evolucionó en forma estable hasta su admisión en este hospital por crisis convulsivas y fiebre. A su ingreso la paciente se encontraba lúcida, febril, pálida, levemente hipertensa, con hepato y esplenomegalia. Los análisis de sangre demostraron anemia, aumento de la velocidad de eritrosedimentación y de las concentraciones de urea y creatinina. El estudio inmunológico del suero constató aumento de los niveles de inmunoglobulinas A y G y disminución de la fracción C3 del complemento. Los análisis de orina demostraron la presencia de abundantes hematíes, cilindros epiteliales y granulosos y alto nivel de proteínas. El análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) extraído por punción del reservorio de la válvula demostró 7 células/mm<sup>3</sup>, glucosa 0,55 grs/litro y proteínas 1,8 grs/litro. Los cultivos de la sangre y del LCR fueron positivos para estafilococo coagulasa negativo. Se realizó una tomografía computada cerebral que no demostró una glomerulonefritis endocapilar difusa. Se inició tratamiento con antibióticos, drogas antihipertensoras, corti-

coides y ciclofosfamida. Se extrajo el sistema VA y se colocó un shunt VP. La paciente evolucionó con desaparición de la fiebre y de la hipertensión arterial, mejoría del clearance de creatinina y disminución de la proteinuria. Actualmente continúa asintomática y con tratamiento con ciclofosfamida. El primer caso de nefritis por shunt fue descrito por Black en 1965 y desde entonces alrededor de 100 nuevos pacientes fueron reportados en la literatura. La incidencia de esta muy rara complicación se estima en 1-2% de todos los pacientes con shunts infectados. Este proceso resulta del depósito de anticuerpos en los glomérulos renales como consecuencia de la bacteriemia desencadenada por la infección del sistema de derivación. La biopsia renal suele demostrar la característica glomerulonefritis con proliferación endotelial y engrosamiento de la membrana basal. Aunque se ha sugerido que la infección de la válvula puede tratarse con antibióticos sin remoción del sistema, la mayoría de los autores coincide en que el tratamiento de elección es retirar el shunt contaminado e inmediatamente reemplazarlo por otro sistema nuevo en diferente localización y simultáneamente comenzar con antibióticos por vía sistémica debiendo controlarse muy estrechamente la evolución de la infección y de la nefropatía.

### Quiste aracnoideo supraselar

G. Tróccoli, E. D'Annuncio y O. Gutiérrez

Los quistes aracnoideos (QA) son colecciones intraaracnoideas de líquido cefalorraquídeo (LCR) debidas probablemente a una duplicación congénita del espacio subaracnoideo. La localización más frecuente es la fisura silviana, siendo raros aquellos hallados en la región supraselar. Presentamos una paciente de 54 años que comenzó 8 meses antes a su internación con trastornos visuales. El examen oftalmológico reveló una hemianopsia bitemporal. Se realizó una resonancia magnética (IRM) que diagnosticó un QA de la región selar y supraselar. El examen endocrinológico fue normal. Se realizó la extirpación del quiste por medio de un abordaje subfrontal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico radiológico. La paciente un mes después presentó una mejoría de su dificultad visual. Los QA son colecciones intraaracnoideas de LCR con paredes propias. La primera descripción de un QA fue realizada por Bright en 1831. Los QA representan el 1% de los procesos expansivos

cerebrales no traumáticos. El 9% de éstos se localizan en la región selar. La primera descripción de un QA supraselar fue realizada por Barcow en 1935. La mayoría de los pacientes con QA supraselares son niños y jóvenes: el 18,5% menores de 1 año, el 28,6% entre 1 y 5 años, el 38,9% entre 6 y 20 años. Sólo el 135 son adultos. Existe una leve predilección por el sexo masculino. La hidrocefalia es la forma de presentación más común; las alteraciones en la agudeza y el campo visual se presentan en el 20% de los casos. Los trastornos endocrinológicos se manifiestan por pubertad precoz o signos de hipopituitarismo. El diagnóstico por imágenes (tomografía computada o IRM) revela una masa extra axial quística, cuyo contenido se comporta como el LCR y sus paredes no tiñen con el contraste. Desde el punto de vista histológico existen los quistes simples cuya pared se encuentra compuesta por aracnoides con células capaces de secretar activamente LCR y los más complejos que contienen neuroglia, epéndimo y otros tipos de tejidos. En el caso de los QA supraselares el tratamiento quirúrgico se indica en pacientes sintomáticos. Cuando la hidrocefalia está presente, un abordaje transcalloso provee un rápido y seguro método de comunicar el quiste con el sistema ventricular y de este modo obliterarlo. Si el QA se presenta sin hidrocefalia la opción de tratamiento es un abordaje subfrontal con comunicación con las cisternas basales. Actualmente la ventriculocistostomía o ventriculocistocisternostomía percutánea por vía endoscópica resulta ser un método seguro y con buenos resultados a largo tiempo.

### Quistes leptomeníngeos

E. Sosa Medina, R. Vidal,  
E. Pelleriti y A. Pesce

Una fractura lineal del cráneo en el lactante o paciente preescolar por lo general clínicamente y radiológicamente no dejan secuelas, ocasionalmente la línea de fractura crece y forma un defecto óseo permanente con dimensiones importantes, por este motivo se lo ha denominado fractura crecedora.

Según revisiones bibliográficas han reflejado el lado oscuro de la patología y han tenido diversas denominaciones.

- a) Fractura de cráneo durante la lactancia o el comienzo del período preescolar.
- b) Desgarro de la duramadre subyacente a la fractura.
- c) Posterior agrandamiento de la fractura hasta constituir un defecto óseo permanente.

Se presentan 4 (cuatro) casos operados desde 1994 a la fecha. Las edades variaron desde los tres meses a los tres años de edad.

Todos sufrieron traumatismo encefalocraneanos graves, todos con fracturas lineales. La ubicación fue parietal, frontoparietal, frontoorbitario y frontal.

Fueron tratados quirúrgicamente con plástica de duramadre y de cráneo, previos estudios clínicos y complementarios (Rx, TAC de cerebro y resonancia magnética de cerebro).

### Complicación no traumática de quiste aragmoidal

E. Pelleriti

**Introducción.** El porcentaje de hemorragias intracerebrales en neonatos es de 2,5% a 19,5%. Es bien conocido que éstas se ubican en el área subependimal en el caso de prematuros y en el espacio subdural por daño tentorio o de la hoz en el caso de los nacidos a término asociados a injuria perinatal, un hematoma epidural en neonatos es una lesión neuroquirúrgica rara encontrando hasta la fecha sólo 30 casos reportados en la literatura mundial.

**Material y método.** Se presenta un recién nacido de término con antecedente de parto distócico por fórceps. El examen neurológico destacaba hipotonía leve con depresión del sensorio y hemiparesia FBO izquierda. Se realiza TAC que demostró presencia de un HED parietal post derecho con Fx asocia cefalohematoma asociado sin lesión ósea.

**Resultado.** Se decide intervención quirúrgica a través de craniectomía mínima parietal y evacuación de lesión hemática de características subagudas. El seguimiento clínico demostró la recuperación ad integrum del déficit focal.

**Discusión.** Se discute las diferentes formas de tratamientos (observación, evacuación por punción, aspiración de cefalohematoma, etc.) de estas raras lesiones de acuerdo a los hallazgos tomográficos y clínicos.

### Angioplastia en patología aterosclerótica del tronco basilar

Dres. G. Foa Torres, M. Castellari, G. Vázquez,  
S. Baldi, L. Bailarino, M. Albarenque y C. Oulton

**Introducción.** Demostrar la necesidad de realizar angioplastia en lesiones ateromatosas oclusivas del tronco basilar.

**Material y Método.** Presentamos los hallazgos clínicos y por imágenes de tres pacientes consecutivos: uno con oclusión aguda del tronco basilar tratado con trombolisis y retrombosis inmediata y dos con crisis isquémicas transitorias que no remitían con tratamiento médico con estenosis del 95% en el tercio medio del tronco basilar que necesitaron la realización de angioplastia.

**Resultados.** La sobrevida de los pacientes es de 18, 20 y 3 meses (ninguno falleció hasta el momento actual) y el estado neurológico actual es normal en todos ellos. La recanalización fue del 80% en el primer paciente, 90% en el segundo y 40% en el tercero. No hubo complicaciones clínicas inherentes a los procedimientos, no se observó vasoespasmo, perforación ni isquemia de vasos perforantes.

**Conclusión.** La recanalización vascular en patología aterosclerótica del tronco basilar no satisfactoria con trombolíticos puede necesitar la realización de angioplastia y ésta permite la sobrevida de los pacientes. Se necesita mayor seguimiento en esta técnica experimental realizada como medida de salvataje.

#### **Aneurismas disecantes del sífon carotídeo acompañados de efecto de masa o hemorragia**

G. Foa Torres, M. Castellari, F. Papalini, A. Melchior, R. Olocco, G. Pauletti, S. Baldi, L. Ballarino, M. Albarenque y C. Oulton

**Introducción.** Demostrar la necesidad de realizar angiografía en lesiones expansivas lateroselares que debutan en forma aguda con efecto de masa o hemorragia.

**Material y método.** Presentamos los hallazgos clínicos y por imágenes de cuatro pacientes consecutivos, tres de ellos que debutan con oftalmoplejía aguda y uno con hemorragia intracraneal. Todos presentaron disección de carótida interna extracraneal y lesiones expansivas lateroselares vasculares intra y extradurales comprobadas por TAC, IRM y angiografía.

**Resultados.** Un paciente fue tratado con cirugía y desarrolló sangrado perioperatorio controlado y secundariamente un infarto carotídeo masivo seguido de muerte, uno con oclusión endovascular y evolución satisfactoria a 5 meses, uno con muerte por la hemorragia e hipertensión endocraneana y el último no fue tratado y persiste con la oftalmoplejía luego de 30 días.

**Conclusión.** Los aneurismas disecantes del sífon carotídeo son raros, presentan hemorragia o efec-

to de masa por el hematoma subadventicial, su curso es potencialmente catastrófico y necesitan su reconocimiento para tratamiento temprano.

#### **Colocación de stent recubierto en fistula carótido yugular de alto flujo con hipertensión venosa cerebral**

G. Foa Torres, M. Castellari, S. Baldi, A. Monti, G. Vázquez, L. Ballarino, M. Albarenque y C. Oulton

**Introducción.** Demostrar la eficacia de los stents recubiertos en la oclusión de una fistula carótido yugular con persistencia de la permeabilidad de la arteria carótida interna.

**Material y método.** Presentamos los hallazgos clínicos y por imágenes de un paciente de 33 años que presentaba una fistula carótido yugular de alto flujo de 1 año de evolución secundaria a traumatismo con drenaje venoso intracraneal a contracorriente, hipertensión endocraneana y exoftalmo de ojo único del mismo lado de la fistula tratado con stents recubiertos.

**Resultados.** El tratamiento con la colocación de stents permitió la oclusión de la fistula, la trombosis de venas de drenaje arterializadas y de un voluminoso pseudoaneurisma del cuello. La arteria carótida interna persistió permeable y el control al mes objetivó disminución del exoftalmo, del calibre de las venas intracraneales, ausencia de soplo y signos de foco neurológico. A los 6 meses se ocluye espontáneamente el stent sin complicaciones neurológicas.

**Conclusión.** Los stents recubiertos fueron efectivos en cerrar una fistula carótido yugular de gran calibre y permitieron conservar la permeabilidad de la carótida interna. Los stents recubiertos son una alternativa válida en el tratamiento de la patología vascular en particular ciertos aneurismas o fistulas carotídeas.

#### **Diagnóstico y análisis de las complicaciones de las fistulas arteriovenosas durales**

G. Foa Torres, M. Demassi, G. Vázquez, S. Baldi, M. Castellari, L. Ballarino, M. Albarenque y C. Oulton

**Objetivo.** Existen muchas clasificaciones de las fistulas arteriovenosas durales (FAVD). El objetivo de este trabajo es lograr identificar en imágenes (TAC-IRM) aquellas susceptibles de sufrir complicaciones y establecer criterios de tratamiento.

Las FAVD con drenaje sinusal pueden no ser visibles en imágenes por cortes. El drenaje venoso leptomeníngeo retrógrado es el que provoca las complicaciones por hipertensión venosa y puede ser evaluado por TAC e IRM. De esta manera se puede predecir el curso neurológico agresivo de la enfermedad.

**Material y método.** Entre 1994 y 1998 se estudiaron 23 pacientes con diagnóstico de fistula arteriovenosa dural, con drenaje venoso leptomeníngeo. El rango de edad fue entre 20 y 75 años. Los pacientes fueron estudiados con TC, IRM y ASD. Además en 4 pacientes se realizó angio-IRM.

**Resultados.** La TC y la IRM permitieron diagnosticar dilataciones vasculares en 20 pacientes (86%). De estos 20, en 14 (70%) se detectaron complicaciones, entre ellas: hipertensión venosa focal (5 pacientes), infarto venoso secundario a la hipertensión venosa (3 pacientes), hematomas intraparenquimatosos (2 pacientes), hemorragia subaracnoidea (2 pacientes), compresión de pares craneales (1 paciente) y necrosis diencefálica (1 paciente).

Se detectaron, además 2 pacientes con trombosis del seno longitudinal superior.

**Conclusión.** La TAC y la IRM resultaron ser métodos muy útiles en el diagnóstico y análisis de las complicaciones de las FAVD, con una sensibilidad y especificidad cercana al 90% en la detección de las venas leptomeníngeas dilatadas que son las responsables de las complicaciones en esta patología. La visualización de las venas dilatadas en imágenes por cortes permite tomar la decisión de tratamiento agresivo.

### Estimulador vagal. Técnica de implantación

C. Petre, P. Dogliotti, C. Ciralo,  
A. Rabinowicz, E. Estelles, C. Di Giano  
y H. Pomata

El motivo de la presentación es ilustrar acerca de la técnica de implantación del estimulador vagal y sus indicaciones.

Desde que en 1997 la FDA (U.S.A.) aprobó la utilización de la estimulación vagal para pacientes epilépticos la implantación de esta prótesis pasó a formar parte del arsenal terapéutico con que cuentan los neurocirujanos abocados al tratamiento de las epilepsias refractarias.

La estimulación vagal es una técnica paliativa para el tratamiento de pacientes que padecen epilepsias refractarias a tratamiento médico, cuyo objetivo es controlar o reducir en frecuencia e intensidad las crisis.

El estimulador vagal consiste en un generador de pulsos (semejante a un marcapasos cardíaco) y electrodos que se conectan al nervio vago izquierdo programándose el dispositivo para enviar estímulos al encéfalo para controlar los episodios comiciales.

Indicaciones:

1. Pacientes epilépticos no candidatos a ser operados con técnicas quirúrgicas convencionales (resecciones o desconexiones en el encéfalo).

2. Pacientes que no aceptan tratamiento quirúrgico mediante técnicas convencionales.

3. Como alternativa de los pacientes candidatos a callosotomías.

Se muestra en detalle la técnica quirúrgica.

### Compresión neurovascular del nervio trigémino por mecarteria basilar

C. Tarsia, S. Crisci, J. Román

**Caso clínico.** Un hombre de 64 años fue admitido en consultorio externo de neurocirugía por un cuadro de 2 años de evolución de neuralgia trigeminal derecha de II y III rama, con exacerbaciones sintomáticas en los últimos 6 meses. Se encontraba en tratamiento con carbamacepina 1200 mg/día; difenilhidantoína 300 mg/día; baclofeno 10 mg/día y vitamina B1-B6=B12 al momento de la consulta. Debido a la ausencia de respuesta clínica al tratamiento farmacológico se decide su estudio.

**Antecedentes personales.** Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/día; terreno varicoso de miembros inferiores.

**Examen físico.** Neuralgia derecha de II y III rama trigeminal, hipoestesia disestésica facial en territorio involucrado, sin déficit motor o reflexual. Terreno varicoso y alteraciones tróficas en miembros inferiores.

**Exámenes complementarios.** Laboratorio, radiografía de tórax, radiografía de cráneo y tomografía axial computada de cráneo normales. Se solicita resonancia magnética nuclear que informa: compresión neurovascular por megaarteria basilar que cruza la fosa posterior de abajo hacia arriba, de izquierda a derecha, comprometiendo al nervio trigémino en su trayecto hacia adelante desde su origen aparente hasta el cavun de Meckel. Compresión neurovascular del nervio facial y auditivo.

Luego del diagnóstico el paciente continúa sintomático por lo cual se decide su intervención quirúrgica. Se realizó abordaje por craniectomía de fosa posterior derecha tipo Jannetta observán-

dose compresión microvascular directa por megararteria basilar, efectuándose microdesplazamiento vascular de ramas de AICA, separación de tronco basilar con pack de esponja arreabsorbible. El paciente cursó un buen postoperatorio asintomático y se suspendió el tratamiento farmacológico.

**Comentarios.** La compresión vascular del nervio trigémino (II y III rama) por megararteria basilar es infrecuente. Se presenta el siguiente caso debido a la correlación clínica imagenológica previa a la indicación de microdescompresión vascular del nervio trigémino.

### • Angiolipoma espinal

P. Negri, M. Guevara

Se presenta un caso de angiolipoma espinal y se realiza una revisión de comunicaciones previas de esta patología.

Nuestra paciente, femenina de 49 años, tuvo, además, la particularidad de presentar una patología dual (concomitantemente un canal estrecho lumbar adquirido), lo cual resultó en una dificultad extra en el diagnóstico topográfico y etiológico de esta infrecuente entidad.

### • Espondilolistesis traumática del axis. Presentación y evolución inusual en un caso.

J. Vivé, D. Vitor, R. De Rosa, F. Piedimonte

La espondilolistesis del axis es una entidad extensamente descrita dados los antecedentes judiciales en los que estuvo implicada. La conocida como fractura del ahorcado es actualmente un espectro de lesiones que incluyen fracturas bilaterales de la Pars interarticulares o de los pedículos. Dependiendo de su extensión pueden estar comprometidos en un mismo paciente el ligamento longitudinal anterior en torsión alrededor de C2-C3 con un aumento subsecuente del interespacio del mismo nivel o con una subluxación por un bloqueo facetario y, dependiendo de éstos, una lesión neurológica en diversos grados.

Con un mecanismo de extensión y distracción, con los cuales los elementos de la columna anterior son comprimidos y los de la posterior sufren distracción, estos casos clínicos representan un desafío en la urgencia. Hemos tratado con procedimientos quirúrgicos diferidos a un paciente con una variante inusual de presentación de la enti-

dad descrita. En una etapa posterior a su estabilización presentó una complicación vascular escasamente definida por otros autores. Tanto en la descompresión y estabilización temprana como en las cirugías de estabilización/descompresión diferidas no se registraron complicaciones técnicas con lo cual presentamos estas posibilidades infrecuentes para un paciente con una lesión traumática del raquis cervical alto.

### • Fístula dural espinal relacionada a mal de Pott

G. Jungberg, H.M. Plot

Las malformaciones arteriovenosas (MAVs) espinales tipo I de las clasificaciones de Ommaya y colaboradores y de Di Chiro y colaboradores, llamadas por Malis malformaciones dorsales largas, son las MAVs espinales más comunes.

Representan fístulas arteriovenosas constituidas por un único vaso venoso ensortijado localizado invariablemente en la pia dorsal alimentado por uno o dos arterias que entran a diferentes niveles casi siempre a nivel torácico bajo o lumbar.

El sistema venoso dilatado es en realidad el plexo venoso normal de los dos tercios posteriores de la médula que se distiende debido a la arterIALIZACIÓN del mismo. Son fístulas de bajo flujo y alta presión venosa, encontrándose el área de shunt en la vaina dural de una raíz espinal.

Se muestra el caso de un paciente con una fístula espinal dural lumbar quien 24 meses antes del comienzo de los síntomas, fue tratado por una tuberculosis vertebral en la misma localización.

Este es el primer caso reportado, en el que una enfermedad previa puede ser considerada como la causa del desarrollo posterior de una fístula espinal dural y por ende, la confirmación de la hipótesis tradicional sobre el origen adquirido de las MAVs espinales tipo I.

### • Tuberculosis cerebral

A. Rodríguez Loffredo, J. Gigliotti,  
M. Torres, P. Rubino

Se presenta en poster a la paciente A.R. de 25 años de edad, que ingresa en el mes de enero de 1999, por presentar primera crisis convulsiva parcial motora izquierda, secundariamente generalizada, conjuntamente a ello se agrega, una paresia braquiocrural izquierda. Al momento del

ingreso, cuenta con una Rx de tórax y una TAC de cerebro. En la Rx se observa una imagen nodular, en campo pulmonar derecho, en tanto que en la TAC se aprecia otra imagen heterogénea, frontal derecha que realza con contraste. Se realiza luego IRM de encéfalo, observándose imagen compatible con cerebritis. Se realiza punción de lesión pulmonar la cual se informa como lesión granulomatosa no caseificante, sumado a ello tiene también una PPD (+) de 2 cm, por lo que se asume que ambas lesiones son de origen TBC.

Se decide iniciar tratamiento antiTBC y control periódico clínico imagenológico de ambas lesiones. La Rx realizada al mes muestra resolu-

ción de la imagen pulmonar, en tanto que en la IRM se evidencia buena evolución de la imagen cerebral. A los 60 días la paciente comienza nuevamente con convulsiones y empeora el foco motor izquierdo. Por lo que se realiza nueva IRM de encéfalo que evidencia notable progresión de la lesión por lo que se decide intervención quirúrgica. En la misma se realiza exéresis total de la lesión. Se envió material a anatomía patológica y cultivo, el mismo fue + para micobacterium tuberculosis. La paciente presentó buena evolución y continúa tratamiento antiTBC.