

RESÚMENES
DE TRABAJOS PRESENTADOS A



NEURO
2002 PINAMAR

Pinamar, 5 al 7 de diciembre de 2002

TRABAJOS DE PRESENTACIÓN EN VIDEO

ANATOMIA

Detalles de la anatomía del IV ventrículo

H. FONTANA, H. BELZITI, F. REQUEJO

Abordamos el IV ventrículo a través de las características anatómicas de sus vías de salida: los forámenes de Luschka, en la cisterna pontocerebelosa y Magendie, en la valécula de la cisterna Magna. Describimos sus relaciones con las estructuras cerebelosas y los sistemas de fibras que lo rodean. Completamos el análisis del IV ventrículo mediante la postración de moldes acrílicos.

Abordaje transcoroideo

M. JAIKIN, E. OLIVELLA, S. ROMERO, P. EBOLI, P. PICCO

El acceso a la patología del III ventrículo requiere la incisión de alguna estructura nerviosa. Para minimizar lesiones agregadas sobre el fórnix o las venas profundas el abordaje transcoroideo permite el acceso en el caso presentado para la resección de un glioblastoma de tálamo con sólo una callosotomía anterior. Se discute la vía y los hallazgos anatómicos del caso.

PATOLOGÍA VASCULAR

Cavernoma de tronco

M. JAIKIN, S. PORTILLO, E. OLIVELLA, S. ROMERO, P. PICCO

Se presenta un paciente de 10 años con antecedentes de cavernoma de tronco operado en tres oportunidades previas. En la última internación luego de corregida una disfunción valvular y un sangrado concomitante que generó un cuadro de descerebración fue abordado a través del piso del IV ventrículo con exéresis completa.

Recanalización de los aneurismas saculares previamente embolizados con coils gdc. observaciones basadas en la evidencia microquirúrgica in vivo

C.G. GIOINO, C. MAINERI, E. BENÍTEZ, G.G. GIOINO

Introducción: la recanalización de los aneurismas cerebrales previamente embolizados con la técnica de colocación intrasacular de coils GDC sigue siendo un capítulo controversial y no totalmente esclarecido en la bibliografía internacional. El objetivo de la presentación de este material en video es el demostrar uno de los fenómenos del porqué de la repermeabilización de los aneurismas cerebrales saculares. La ruptura total de la pared aneurismática y salida completa de los coils hacia el espacio subaracnoideo con los riesgos que ello implica sobre todo en lo que respecta al efecto de masa es una observación demostrada en este material filmico obtenido de una paciente embolizada y tres meses después intervenida microquirúrgicamente por el mismo operador (C.G.).

Material y método: reporte de una paciente de 66 años que

ingresa en coma profundo, intubada en respiración asistida, con pupilas isocóricas reactivas y con respuesta motora en flexión apropiada. Grado clínico según Hunt-Hess III-IV y TAC con grado Fisher III. Ante esta situación se decide realizar ADS y se observa aneurisma de A Co posterior derecho. Se decide su embolización en agudo con coils GDC. La paciente se recupera totalmente y a los tres meses se observa recanalización del cuello aneurismático. Se le recomienda su tratamiento definitivo mediante microneurocirugía. Durante la misma se observa la ruptura total de la pared aneurismática y salida de gran cantidad de espirales de coils al espacio subaracnoideo. Afortunadamente sin compromiso de ninguna estructura neural en vecindad gracias a la orientación supratentorial subtemporal de los coils migrados.

Discusión: la repermeabilización de los aneurismas saculares no se encuentra del todo clarificada en las grandes series presentadas en la bibliografía internacional y ni siquiera se reportan porcentajes confiables de ocurrencia de esta complicación. Se postulan varias causas probables de recanalización aneurismática muchas de ellas ya aceptadas sin una confirmación basada en la evidencia. Pocas veces o nunca se presentó la posibilidad de ruptura de la pared aneurismática y salida de los coils al espacio subaracnoideo en el transcurso del tiempo de control de la estabilidad de la embolización. La presentación de este video trata justamente de mostrar objetivamente y basándose en la evidencia de la existencia cierta de este fenómeno y por lo tanto de contribuir al entendimiento del porqué se repermeabilizan los aneurismas cerebrales.

Conclusión: la erosión de la pared aneurismática en el transcurrir del tiempo por parte de los coils GDC y su lógica salida al espacio subaracnoideo ocasionando importantes fenómenos de efecto de masa a elementos neurales y también como causa de repermeabilización del aneurisma en grado variable es totalmente demostrada basándose en la evidencia microquirúrgica in vivo en esta paciente embolizada y operada por el mismo operador.

Aneurisma de la arteria cerebral anterior precomunicante angiográficamente oculto

G. JUNGBERG, J. MARTINEZ MAURO, H.M. PLOT

Los aneurismas de la arteria cerebral anterior son los más frecuentes aneurismas intracraneanos, constituyendo el 40,7% en la serie de Yasargil. Estos a su vez se clasifican en aneurismas del segmento A1 o precomunicante (1,4%), del complejo cerebral anterior-comunicante anterior (37,1%) y de la arteria cerebral anterior distal o pericallosa (2,3%). El tratamiento microquirúrgico de los dos primeros grupos se realiza a través de un abordaje pterional del lado de la arteria A1 dominante (si ambas A1 son de tamaño similar y las dos llenan el aneurisma, se aborda desde el lado derecho). A continuación bajo microscopio quirúrgico se realiza la apertura de la cisterna silviana de lateral a medial, siguiendo la arteria cerebral media se llega a la cisterna carotídea y a la arteria carótida interna en su segmento supraclinoideo. Remontando ésta hasta su bifurcación se sigue el primer segmento de la arteria cerebral anterior o A1 dentro de la cisterna de la lámina terminalis y se aborda el complejo cerebral anterior comunicante anterior. La disección de los aneurismas de este sector requiere del control proximal de ambas A1 además de otros vasos del complejo. Se presenta el caso de un aneurisma del complejo cerebral anterior-comunicante anterior abordado por izquierda en el que durante la

disección de la arteria A1 contralateral se encuentra un aneurisma sacular que nace de la unión con una arteria perforante, que no es visible en la angiografía digital preoperatoria.

Aneurismas silvianos de gran tamaño

H. SOLE

Los aneurismas silvianos de gran tamaño (mayores a 1,5 cm) plantean problemas difíciles al neurocirujano, vinculados fundamentalmente a la visualización de las ramas de la bifurcación y por ende a la conservación de la circulación distal. En el presente video, se plantean las técnicas utilizadas en el tratamiento de 3 aneurismas silvianos de gran volumen, poniendo énfasis en la completa visualización de toda la anatomía arterial y su correcta preservación.

PATOLOGÍA TUMORAL

Tumores del III ventrículo. Abordaje transcalloso interfornicial

A. MELCHIOR, F. FLORES, G. OLMEDO

Objetivo: revisión de conceptos anatómicos del sistema ventricular y presentación de tres casos quirúrgicos.

Material y método: entre los años 1986 y 2002 fueron tratados 25 casos de lesiones intraxiales del III ventrículo. Se excluyeron de esta serie las neoplasias extrínsecas, compresivas o invasivas al III ventrículo y las lesiones de la región pineal. Veinte pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. La vía transcallosa-interfornicial fue la más frecuente (9), le sigue la transcortical-transforaminal (7), translamina-terminalis (2) y shunt derivativos (4).

Resultados y conclusiones: el conocimiento de la anatomía microquirúrgica del sistema ventricular en relación a los elementos vasculares y neurales reafirma que este abordaje tiene una gran ventaja sobre el transcortical, es menos epileptógeno, ya que la estructura neural que atraviesa es el espacio de la callosotomía. Las angulaciones del microscopio nos permite ampliar la visión quirúrgica de lateralidad y en sentido anteroposterior; por lo tanto diferentes histopatologías de tumores pueden ser extirpadas por esta vía y con las limitaciones propias de la misma. Las lesiones intraxiales del III ventrículo continúan siendo un gran desafío, aún para neurocirujanos de gran experiencia.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Hidatidosis cerebral primaria

E. BAVA, M. ACOSTA HAAB, E. SALAS, R. RECALDE, J. MAGARÓ, S. HARBIN.

Introducción: la hidatidosis cerebral es causada por el estadio larvario del *Echinococcus granulosus*. Es más frecuente en niños que en adultos y se presenta en un 2% de los casos dependiendo de las diferentes series. La forma primaria cerebral es muy rara y existen diferentes teorías que tratan de explicar su patogénesis.

Material y método: se presenta un videocasete formato vhs NTSC de 8 minutos de duración correspondiente a una paciente de 53 años derivada del norte del país. Presenta historia de

cefaleas de larga data asociada náuseas y vómitos. Al momento del ingreso se constata hemiparesia faciobraquiocrural derecha y afasia global. Se realizan estudios por imágenes observándose una lesión espontáneamente hipodensa redondeada de 8 cm en su diámetro mayor de bordes netos que produce desplazamiento de línea media de 18 mm que no refuerza con la administración de contraste; localizada el lóbulo temporal izquierdo. La paciente presentaba signos incipientes de enclavamiento por lo cual es intervenida quirúrgicamente, sin los resultados de laboratorio que confirmarían hidatidosis cerebral. Se realiza la exéresis total de la lesión quística con indemnidad de la pared. Los exámenes posteriores confirman el diagnóstico de hidatidosis cerebral primaria. La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones con mejoría de su foco motor y de su trastorno del lenguaje.

Conclusiones: la hidatidosis cerebral primaria es una forma rara de presentación de la Equinococosis. La localización quística en el encéfalo habitualmente se ubica en el territorio de distribución de la arteria cerebral media. La pared quística presenta una coloración grisáceo perlada que permite, por transparencia, observar la presencia de las hidátides hijas en su interior. Existen dos formas clásicas la alveolar y la unilocular, siendo ésta última la de interés neurológico. Como bien es sabido el éxito terapéutico depende de la resección del quiste en forma íntegra y muchas veces es suficiente como tratamiento definitivo en las formas primarias de ésta enfermedad por dicho motivo es fundamental sospechar en el preoperatorio hidatidosis en las lesiones cerebrales quísticas. Las complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico incluyen rotura del quiste con la consecuente múltiple recidiva quística por diseminación y la presencia de shock anafiláctico.

COLUMNA

Desarrollo de instrumental y vía de abordaje para reemplazo de prótesis nuclear discal lumbar

R. SANTIVANEZ, D. PLUS,

Presentación de video a premio con el desarrollo del instrumental y técnica para reemplazo nuclear discal lumbar. El video contiene el desarrollo de una vía endoscópica retroperitoneal transposas para el reemplazo del núcleo del disco lumbar afectado mediante una prótesis a tal efecto, también contiene el instrumental desarrollado por quien suscribe para poder realizar el procedimiento, aclarando que mediante éste, la Argentina es el segundo país que realiza este procedimiento a cielo cerrado, con casuística que puede ser presentada si se requiere.

NERVIOS PERIFÉRICOS

Exposición quirúrgica y neurolisis interfascicular del nervio crural proximal a la arcada inguinal

G. JUNGBERG, E.J. BAVIO

El trauma de nervios periféricos es una causa importante de lesión y discapacidad. Los pacientes son habitualmente jóvenes y activos y sufren estas lesiones durante actividades de tiempo libre o en su trabajo. Aproximadamente el 5% de los politraumatizados sufre una lesión de plexo braquial o de un nervio periférico. Estas injurias frecuentemente se acompañan de lesiones en otros órganos, lo cual requiere el trabajo en

equipo con cirujanos de otras especialidades. Se presenta el caso de un paciente con lesión del nervio crural por herida de bala que involucró además el colon izquierdo. Se muestra detalladamente el abordaje del nervio con sus reparos anatómicos, la evaluación neurofisiológica y la neurolisis interfascicular del mismo.

PEDIATRÍA

Válvula ventrículo seno transverso para el tratamiento de la hidrocefalia

B. MANTESE

Se presenta la técnica quirúrgica de la colocación de la válvula ventrículo seno transverso. Con el paciente en posición supina se marca la incisión precoronal y se efectúa un segundo orificio por detrás de la oreja, superior y posteriormente al proceso mastoideo donde una prominencia ósea indica la posición. Esta prominencia puede palparse con facilidad. Visualizamos en el film la apertura del seno transverso y la conexión del sistema.

Neurocirugía fetal intrauterina

G. ZUCCARO, J. GUEVARA, M. GUEVARA, F. SOSA, M. MARTINEZ FERRO, S. LIPPOLD, A. VIZCAINO, A. CLAVELLI, D. SAINT GENE, M. HARRISON

Desde 1997 más de 200 fetos han sido operados intraútero por mielomeningocele (MMC) en tres centros universitarios de Estados Unidos (San Francisco, Filadelfia y Vanderbilt). En este video se presenta el primer caso operado en Latinoamérica; un feto de 26 semanas de gestación el cual fue intervenido quirúrgicamente por el equipo multidisciplinario del centro de diagnóstico y tratamiento fetal en el Hospital Universitario CEMIC. El cierre del MMC fue realizado con técnicas microquirúrgicas sin complicaciones para el feto ni para su madre. El

nacimiento fue en la semana 35 de gestación objetivándose una cicatriz quirúrgica casi imperceptible, con una función neurológica grado 5 (buena movilidad en miembros inferiores con vejiga neurogénica).

Descompresiva transoral

J. Ledesma, J. Ciechowski, A. Fernández, E. Olivella, P. Picco

Se presenta una paciente de 12 años portadora de hidrocefalia controlada que desarrolla posteriormente siringomielia cervical por impresión basilar. Se optó por un abordaje transoral, en conjunto con un cirujano plástico, para resección de la odontoides extradural, con buenos resultados y remisión de la sintomatología. Se evalúan las opciones de tratamiento, la vía y los resultados obtenidos

Malformaciones arteriovenosas del circuito anterior

M. JAIKIN, J. LEDESMA, E. OLIVELLA, P. PICCO

Se presentan dos MAV del circuito anterior resueltas mediante abordaje quirúrgico directo. El primer paciente con debut hemorrágico a los 13 años presentaba una MAV dependiente de A1 con un componente venoso de tipo aneurismático orientado hacia el núcleo caudado, durante la resección debido a dificultades anestésicas se optó por la coagulación de la aferencia sin resección del nido con buenos resultados. La segunda paciente de 5 años con hemorragia interhemisférica y hacia el núcleo caudado. Presentó una MAV dependiente de A2, abordada por vía pterional se logró adecuada exposición y exéresis. Se discute la estrategia para ambos casos, vías de abordaje y resultados.