

RESÚMENES DE PRESENTACIÓN EN VIDEO

Laminoplastia cervical: técnica de apertura lateral con estabilización mediante miniplacas.

JUAN JOSÉ MEZZADRI¹, MARTÍN GUEVARA²,
DANIEL D'OSVALDO¹, JAIRO FERNÁNDEZ¹,
JORGE OLGUÍN², ANTONIO CARRIZO¹.

¹Sección de Cirugía de Columna, División de Neurocirugía, Instituto de Neurociencias Aplicadas, Hospital de Clínicas «José de San Martín», Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

²División de Neurocirugía, Departamento de Cirugía, Hospital General de Agudos «Juan A. Fernández», Buenos Aires.

Objetivo: Describir la técnica de O'Brien et al. (Spine 21:474, 1996), de laminoplastia cervical con apertura lateral y estabilización con miniplacas, para el tratamiento de la mielopatía cervical por canal estrecho.

Descripción: La técnica se empleó en 20 pacientes. En la apertura se conservaron los tejidos blandos para que las láminas formen un bloque. En el tiempo óseo, con una fresa comedora se efectuaron cortes en la unión lámino-articular: uno completo (lado de apertura) y otro incompleto (lado de bisagra). Luego, con un decolador, se elevaron las láminas hasta quedar horizontales. La apertura se estabilizó en cada nivel con miniplacas atornilladas a la lámina y el pilar articular. La cirugía duró dos horas, no se necesitó transfusión sanguínea y el tiempo de internación promedio fue de dos días.

Conclusión: la técnica de laminoplastia con apertura lateral y estabilización con miniplacas es sencilla, rápida y efectiva.

Hernia de disco t2t3: Abordaje preesternal

M. PLATAS¹, J. SHILTON¹, D RIVA¹, S. ORTIZ¹,
J. TRAININI², M. QUINTANA

¹Servicio de Neurocirugía. ²Servicio de Cardiocirugía
HIGA Presidente Peron, Avellaneda, Pcia de Buenos Aires

Objetivo. Ilustrar un caso de discopatía dorsal inhabitual, resuelto mediante abordaje anterior.

Descripción. Paciente de 23 años, masculino, con paraparesia espástica de un mes de evolución, sin trastornos sensitivos ni esfinterianos. IRM: discopatía blanda central T2T3, con compresión medular asociada.

Intervención. Abordaje cervicotorácico, con esternotomía parcial. Identificación de remanentes tímicos, pericardio, tronco braquiocéfalo derecho y tronco venoso innominado homolateral. Reclinando dichos elementos, así como el eje traqueoesofágico y vasculonervioso en el sector derecho del cuello, se logró el acceso a los cuerpos vertebrales desde C7 a T3. Microdissectomía T2/T3 y artrodesis mediante injerto autólogo de cresta iliaca. Excelente evolución postoperatoria.

Conclusión. Las hernias de disco dorsales son infre-

cuentes, predominando en el sector T1/T12. Su ubicación por arriba de T5 es excepcional. Los abordajes propuestos en esta topografía particular son el postero-lateral (costotrasversectomía) o anterior (supra o preesternal). Destacamos la factibilidad del acceso anterior y la exposición obtenida mediante esta vía, habitualmente utilizada en cirugía cardiovascular.

Aneurisma del segmento oftálmico de la carótida

J. SALVAT, J.C. SALABERRY, S. CONDOMI ALCORTA,
A. CERVIO, C. URBINA, G. PIROLO, C. FUSTER, P. GRAFF

Departamento de Neurocirugía - FLENI
Buenos Aires - Argentina

Introducción. Los aneurismas del segmento oftálmico nacen de la arteria carótida interna entre el origen de la arteria oftálmica y la arteria comunicante posterior. La complejidad de la anatomía de la región, frecuentemente resulta del trabajo multidisciplinario, para optimizar los resultados en el tratamiento de estas lesiones.

Descripción. Presentamos un paciente de 46 años de edad, masculino, antecedentes de tabaquismo, quien seis meses previos a la consulta, presenta deterioro de la agudeza visual del ojo izquierdo, lentamente progresiva, lo cual lleva a la realización de estudios de imágenes, diagnosticándose lesión expansiva paraclinoidea izquierda, que resulta ser un aneurisma del segmento oftálmico luego de la realización de una angiografía digital cerebral. Fue sometido al test de oclusión carotídea, el cual fue bien tolerado, decidiéndose la intervención quirúrgica.

Intervención. La cirugía se realizó por un abordaje pterional izquierdo, monitoreo electrofisiológico de potenciales evocados corticales, la colocación de un balón intraluminal a nivel de la arteria carótida interna. Es posible realizar el clipado quirúrgico sin la necesidad del drillado de la apófisis clinoides anterior, procediendo en forma simultánea a la oclusión carotídea con un balón intraluminal, y clipados transitorios distales a la lesión. Utilizando angiografía intraoperatoria, es posible demostrar, tras la colocación de un clip de titanio recto, el llenado parcial del aneurisma, haciendo necesario la colocación de un segundo clips recto, logrando la exclusión del aneurisma de la circulación, preservando la permeabilidad del vaso principal. Con la utilización de una sonda doppler, se verifica un adecuado flujo a través de la carótida. No se registraron alteraciones de los potenciales evocados durante la oclusión carotídea o clipados transitorios. Buena recuperación postoperatoria, sin agregar déficit neurológico.

Conclusión. Dada las características anatómicas de la región paraclinoidea, las dimensiones de esta lesión vascular, su historia natural y las graves complicaciones posibles en su tratamiento, hacen necesaria la participación de un equipo multidisciplinario para lograr minimizar los índices de morbilidad y mortalidad.