

REVISION DE LA LITERATURA

RADICAL RESECTIONS OF CHILDHOOD CRANIOPHARYNGIOMAS

T. TOMITA, D. G. MCLONE

Pediatr Neurosurg 19:6-14, 1993

Los autores presentan los resultados de 27 pacientes operados de craneofaringioma en el Children's Memorial Hospital de Chicago cuyas edades oscilaron entre los 11 meses y 15 años. Cefaleas, dificultades visuales y retardo del crecimiento han sido los motivos de consulta más frecuentes. Todos los pacientes fueron estudiados mediante T.C. y, en los últimos años, R.N.M. Esta última ha sido particularmente útil en la evaluación del tamaño, extensión y dirección del quiste tumoral. Dos de los 6 pacientes que requirieron la colocación de un shunt precraneotomía presentaron severos compromisos visuales luego de la derivación: ceguera en un caso y hemianopsia bitemporal en el otro atribuibles a compresión quiasmática por hernia ascendente de un gran quiste tumoral luego de la descompresión de los ventrículos laterales. Un abordaje subfrontal-pterional fue realizado en 23 casos como procedimiento único y como segundo tiempo de un abordaje transcalloso en 2 casos. Dos pacientes fueron operados por vía trans-septo-esfenoidal. La posición del quiasma óptico, prefijado o posfijado no influye, en opinión de los autores, en las posibilidades de resectibilidad de un craneofaringioma. Ellos recomiendan el drenaje ventricular intraoperatorio en caso de hidrocefalia y remover el reborde orbitario conjuntamente con la plaqueta ósea pues ello amplía el campo operatorio y reduce la distancia a la lesión. Destacan que, en forma constante, la aracnoides se interpone entre el tumor y las estructuras visuales y vasculares lo que facilita la disección y separación de dichas estructuras mediante una adecuada técnica microquirúrgica. Esta barrera aracnoidea no existe entre el tumor y el piso del tercer ventrículo pero, en cambio, entre la cápsula tumoral y el hipotálamo existe un tejido gliótico no funcional, cuya disección es tediosa pero habitualmente factible. Destacan, por otra parte que esa es la única adherencia del tumor al tercer ventrículo, pues la cápsula no se adhiere al techo ni a las paredes laterales del mismo, recomendando la tracción continua de la cápsula hasta hacerse totalmente visible en el campo operatorio, maniobra que facilita la disección bajo visión directa de las adherencias entre la cápsula tumoral y el piso del tercero. Disturbios visuales son frecuentes en el postoperatorio, así como alteraciones endocrinológicas, particularmente diabetes insípida, obesidad e hipofunción anterohipofisaria. Los autores concluyen que estas secuelas son controlables y que en el 90% de los casos los craneofaringiomas pueden ser extirpados en su totalidad con una baja incidencia de recurrencias y evitándose el uso -y los efectos colaterales-, de la radioterapia postoperatoria.

Cabe señalar que la conclusión de los autores coincide con la tendencia actual reflejada en la literatura (1, 2) acerca de la conveniencia de un tratamiento quirúrgico agresivo del craneofaringio-

ma debido a la alta incidencia de recurrencias en casos de exéresis parcial y la alta morbimortalidad en casos reoperados que se acentúa si ha existido radioterapia. Como es sabido, la oportunidad quirúrgica en los craneofaringiomas, es siempre la primera.

1. Hoffman HJ; De Silva M; Humphreys RP, Drake JM, Smith ML; Blaser, SI: Aggressive surgical management of craniopharyngiomas in children. *J Neurosurg* 76:47-52, 1992.

2. Yasargil MG; Curcic M; Kis S; Siegenthaler G; Teddy PJ; Roth P: Total removal of craniopharyngiomas. Approaches and long-term results in 144 patients. *J Neurosurg* 73:3-11, 1990.

Dr. Edgardo Schijman
Htal. de Niños R. Gutiérrez

INTRINSIC III VENTRICLE CRANIOPHARYNGIOMA

A. MIGLIORE, F. CALZOLARI, A. MARZOLA, R. GHARDIRPOUR, M. M. MIGLIORE
Child's Nerv Syst 8:56-58, 1992

Los autores presentan un caso poco frecuente de craneofaringioma estrictamente intraventricular. Se trata de una niña de 11 años que consulta por hipertensión endocraneana sin manifestaciones endocrinológicas. En las Rx simples de cráneo se observó una silla turca normal y ausencia de calcificaciones y en la T.C. una lesión hiperdensa que ocupaba gran parte del tercer ventrículo.

Mediante un abordaje transcalloso la misma fue completamente resecada a través del agujero de Monro encontrándose adherida tan sólo al plexo coroideo por su polo posterior y hallándose libres tanto las paredes laterales como el piso del tercer ventrículo. La paciente no presentó alteraciones endocrinológicas en el postoperatorio sin requerir terapia sustitutiva alguna. En su revisión bibliográfica los autores destacan la habitual ubicación selar y supraselar de los craneofaringiomas y su posible presentación en la región pineal o dentro del quiasma óptico; sólo 33 casos de craneofaringiomas intraventriculares han sido descritos, 5 de ellos en niños, debiéndose considerar a los mismos dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones del tercer ventrículo.

Migliore y col. mencionan la importancia de la R.N.M. y de los cortes coronales en la T.C. que permiten apreciar la relación de la lesión con las paredes del tercer ventrículo y establecer la vía de abordaje más adecuada para cada caso. Recomiendan la vía translámina terminalis para aquellos casos que los estudios muestran ubicados en la parte baja del tercero y adherentes al piso, mientras que para los tumores más altos, aquellos que empujan, dilatan o protruyen a través del agujero de Monro la vía transcallosa resulte la más conveniente.

Dr. Eduardo Schijman
Htal. de Niños R. Gutiérrez