

RESÚMENES DE TRABAJOS DE PRESENTACIÓN ORAL

Patología tumoral

Factores pronósticos en oligodendrogliomas

G. TRÓCCOLI, E. D'ANNUNCIO, E. ZEMMA, G. SALMAN

Objetivo. Los oligodendrogliomas representan entre el 4 % y 22 % aproximadamente de los gliomas. Analizamos una serie de casos recientes con especial énfasis en los elementos pronósticos a la luz de nuevas evidencias al respecto.

Método. Se revisaron las historias clínicas, imágenes radiológicas y material de biopsia de todos los pacientes con diagnóstico de oligodendroglioma tratados en nuestro servicio entre 2000 y 2005. El significado pronóstico de distintos factores (edad, sexo, sintoma inicial, características en RM, histología, características moleculares, magnitud de la resección y tratamiento oncológico instituido) fue evaluado en forma individual.

Resultados. Fueron tratados 10 pacientes con oligodendrogliomas, de los cuales sólo dos casos fueron anaplásicos. Cefalea y convulsiones fueron los síntomas mas frecuentes de inicio. Seis casos de bajo grado y un anaplásico mostraban refuerzo en resonancia magnética. Se efectuó resección total en 7 pacientes. Solo se complementó con radio y quimioterapia a aquellos casos de resección parcial, y un caso de oligodendroglioma anaplásico con resección total. No hubo progresión del tumor en los casos de extirpación parcial ni recidiva en los pacientes con resección total. No se registró mortalidad.

Conclusión. Si bien la histología (bajo grado versus anaplásico) aparece como el principal elemento pronóstico en oligodendroglioma, deben considerarse también otros factores como edad, sintoma inicial, captación de contraste en resonancia magnética, hiperplasia endotelial y alteraciones cromosómicas del tumor.

Resonancia magnética intraoperatoria (REMAIN) en tumores cerebrales

R.L. HERRERA, J.L. LEDESMA, J. LAMBRE, A. VIRUEGA, A. HOUSSAY,

Objetivo. Presentar las primeras experiencias en nuestro país e Iberoamerica, en cirugía de los tumores cerebrales, guiada mediante imágenes Intraoperatorias de resonancia magnética. Demostrar que se pueden lograr resecciones quirúrgicas mas completas, intervenciones neuroquirúrgicas mas precisas y seguras de los tumores cerebrales con esta metodología y tecnología y la importancia de alcanzar este objetivo respecto a calidad y tiempo de supervivencia de los pacientes.

Método. Se utilizó un quirófano especialmente diseñado que tiene además del equipamiento habitual de todo quirófano un resonador magnético Philips de estructura abierta, de 0.23 Tesla, que produce un campo magnético vertical en el cual la línea de 5 G, (0.5 mT), forma un elipse alrededor del magneto con ejes de 2.1 por 2.3 metros. Se realizaron en 11 meses 19 neurocirugías por tumores cerebrales. Oligodendrogliomas 6, glioblastomas multiformes 4, astrocitomas 5, neurocitoma extraventricular 1, craneofaringioma 1, ependimoma anaplásico 1, metástasis 1. Se obtuvieron imágenes intraoperatorias

de resonancia magnética antes de iniciar la craneotomía para la exacta localización de la lesión. Se efectuó siempre una IRM con Gadolinio antes de abrir la duramadre. Luego se efectuó una IRM intraoperatoria al momento en que el neurocirujano consideró que había logrado una importante resección del tumor o cuando tuvo dudas respecto a localizaciones anatómicas o límites del tumor y/o del encefalo sano, morfológicamente alterados por la neoplasia. Posteriormente fueron necesarias nuevas adquisiciones de imágenes intraoperatorias con las cuales se localizaron restos tumorales en todos los pacientes y se continuó la resección de los mismos, hasta considerar completada la extirpación tumoral.

Resultados. En todos los casos, cuando el neurocirujano habría finalizado la intervención operando en condiciones habituales se observaron mediante IRM intraoperatoria (REMAIN), remanentes de tumor. La identificación de estos restos tumorales inadvertidos por el neurocirujano aún bajo el microscopio quirúrgico pudo ser completada finalmente en forma total siendo necesarios entre 3 y 8 controles por imágenes intraoperatorias. En todos los casos los límites de las lesiones así como de las estructuras encefálicas que se debían preservar, fueron identificados con precisión mediante las IRM intraoperatorias y coincidieron con las imágenes postoperatorias.

Conclusión. La IRM intraoperatoria, en la cirugía de los tumores cerebrales, permite lograr resecciones quirúrgicas mas completas, intervenciones mas precisas y mas seguras para el paciente que con los métodos y técnicas convencionales. El neurocirujano tiene mayor precisión y seguridad, porque sabe mediante las IRM intraoperatorias, donde exactamente se encuentran las estructuras anatómicas normales y cuales son los límites del tumor. REMAIN, no es sólo un cambio en la técnica, sino un cambio de paradigma, de una cirugía basada en la apreciación de la anatomía de superficie (subjetiva), por una neurocirugía basada en la anatomía 3D (objetiva).

Lipomeningocele

E. D'ANNUNCIO, G. TRÓCCOLI, V. G. SALMAN, E. ZEMMA

Objetivos. Evaluar el manejo de 14 pacientes con lipomeningocelos y revision de la literatura.

Método. Entre 1997 y 2004 fueron operados 14 pacientes portadores de este disrafismo, analizamos las características de la lesión, empleo de métodos de diagnósticos, aspectos quirúrgicos, estado neurológico pre y post operatorio, complicaciones, y evolución a largo plazo.

Resultados. Durante un periodo de 7 años fueron operados 14 pacientes con lipomeningocele, 8 de ellos varones. La gran mayoría fue intervenida antes de los 6 meses de vida. Las manifestaciones cutáneas fueron el modo de presentación clínica mas frecuente. La fistula de líquido cefalorraquídeo fue la complicación mas observada. No hubo mortalidad en esta serie. El seguimiento a largo plazo no evidenció un deterioro neurológico tardío en ninguno de los pacientes.

Conclusión. Creemos en la necesidad del diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología para evitar el déficit neurológico progresivo.

Tumores de órbita. Experiencia Quirúrgica

M. OLIVERO, M. GAVIRA, M. NEBREA

Objetivo. Evaluar las distintas patologías que se presentaron en la órbita y el rol del neurocirujano en las mismas, en una serie de 6 pacientes.

Método. Se revisaron retrospectivamente 6 casos de procesos ocupantes de la órbita, intervenidos quirúrgicamente entre marzo de 2002 y junio de 2005.

Resultados. Predominancia en sexo femenino, intervalo etario entre 46 y 74 años con una media de 60,3 años. El síntoma de principal de presentación fue la exoftalmía. La anatomía patológica mostró 3 casos de mucocele, 1 hemangioma cavernoso, 1 meningioma, 1 pseudotumor inflamatorio. Los abordajes quirúrgicos utilizados fueron: 4 orbitotomías laterales, 2 abordajes frontoorbitarios. La exéresis fue completa en todos casos, no hubo déficit visual postoperatorio, como complicación observamos 2 celulitis periorbitarias alejadas a la cirugía.

Conclusión. Es importante la participación del neurocirujano en la patología orbitaria, como también el trabajo en conjunto con oftalmólogos. El conocimiento anatómico y el manejo de las técnicas quirúrgicas son la clave para la resolución de estas patologías.

Astroblastoma cerebral: reporte de dos casos

M. AMAOLO, S. PALLINI, V.G. PASSANTE, V. LASSALLE, J.P. CASASCO, J. ALINEZ

Objetivo. Reportar dos casos de astroblastomas cerebrales, su correlato radiológico y patológico.

Descripción. Se describen dos pacientes de 19 y 40 años respectivamente que debutan con síndrome de hipertensión endocraneal presentando imágenes por resonancia magnética que muestran lesiones expansivas intraaxiales mixtas hemisféricas bien circunscriptas con escaso edema perilesional en relación al tamaño tumoral

Intervención. Se realizó exéresis parcial seguidas de radioterapia y quimioterapia en ambos casos. Los pacientes continúan al momento con un Performance Status aceptable 90-100/100, con un tiempo de seguimiento desde su diagnóstico de 15 y 19 meses respectivamente.

Conclusión. Los astroblastomas cerebrales son tumores raros de pacientes jóvenes, de origen y pronóstico incierto en continuo debate entre los neuropatólogos. Creemos que la presencia de lesiones expansivas bien delimitadas en adultos jóvenes y la radiología deben hacer sospechar dicho tumor si bien los estudios citogenéticos aportan una mayor certeza diagnóstica

Meningiomas: objetivos, planeamiento y resultados

M. AMAOLO, V. PASSANTE, S. PALLINI, G. BONILLA, P. SEOANE, C. MAGALLANES

Objetivo. Correlacionar el grado de resección con los factores que influyen directa o indirectamente en el pronóstico de estos pacientes

Método. Se revisaron 84 historias clínicas correspondientes a un lapso de seis años (1998-2004), evaluándose grado de exéresis quirúrgica (clasificación de Simpson), edad, ubicación, dimensiones, complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, tiempo de intervención quirúrgica, ASA, escala de funcionalidad y anatomía patológica pero les aportaría una supuesta disminución de los riesgos operatorios y postoperatorios inmediatos.

Resultados. Se revisaron retrospectivamente una serie de 84 pacientes con diagnóstico de meningioma operados en el periodo comprendido entre agosto de 1998 y agosto de 2004. Las complicaciones intraquirúrgicas fueron del 8,42% y posquirúrgicas del 15,71% siendo más del 80% en mayores a 60 años. La ubicación fue predominantemente parasagital (44,04%), seguido por los de la convexidad (22,6%) y clinoides (14,28%). Aquellos con ASA III tuvieron mayor incidencia de complicaciones intraquirúrgicas (87,4%) y posquirúrgicas (82,2%). El tiempo medio quirúrgico fue de 4,2 hs, con mayores complicaciones por encima de las 6hs. Con respecto al grado comparativo de déficit neurológico, aquellas que presentaron complicaciones intraoperatorias tuvieron un peor outcome en un 52,1%, igual en un 16,6% y mejor en un 31,3%.

Conclusión. Los meningiomas constituyen un desafío para los neurocirujanos, no solo en lo concerniente a la habilidad quirúrgica per se, sino también a su planeamiento, debiendo tener claro el objetivo de la cirugía, reflejado en el grado de resección buscada (Simpson), teniendo en cuenta los factores que inciden directa o indirectamente sobre el pronóstico.

Quiste dermoide intradiploico frontal del adulto

N. GOLDENBERG, L. VALDEZ, J.C. MORALES, A. ZILIO, J. VILLEGAS, J. SHILTON

Objetivo. Presentar dos casos de quistes dermoides intradiploicos de inclusión con características poco usuales debido a su situación en la línea media alejado de la localización clásica y a la edad de diagnóstico.

Descripción. Se trata de dos casos de quiste dermoide de inclusión en la línea media en relación con la fontanela anterior. Caso 1: paciente de sexo femenino de 17 años de edad. Al momento de nacer evidenciaba una lesión pequeña, indolora, blanda que incrementó lentamente su tamaño en la infancia y la adolescencia. Caso 2: paciente de sexo femenino de 15 años de edad con una masa blanda pequeña y de lento crecimiento desde los primeros años de vida.

Intervención. En ambos casos, una delicada resección permitió la resección quirúrgica total en bloque de dos tumores semisólidos, intradiploicos, de paredes finas, firmemente adheridos y cubiertos por periostio. La histología confirmó el diagnóstico de quistes dermoides

Conclusión. Los quistes dermoides intradiploicos han sido descriptos recientemente como entidades anatomopatológicas aunque siguen siendo considerados como de aparición infrecuente. Se producen por la inclusión de células dérmicas desplazadas a lo largo de la línea de fusión embriológica. Si bien tienen mayor incidencia en los niños de raza negra, no están limitados a éstos. Las lesiones suelen estar presentes al momento del nacimiento o manifestarse desde los primeros años de vida cuando suelen aumentar de volumen gradualmente. Su identificación y diagnóstico en adultos es inusual, y la resección suele efectuarse dentro del primer año de vida. La mayoría de los casos están confinados a la fontanela anterior, pero pueden observarse en cualquier otro sitio de la línea media.

Experiencia con la cirugía oncológica de los tumores intraxiales localizados en áreas elocuentes cerebrales

A. RABADÁN, D. HERNÁNDEZ, M. PIETRANI, M. ELETA, P. FERRARA, L. LANGHI, S. HASDEU,

Objetivo. Evaluar los resultados quirúrgicos funcionales en pacientes con tumores malignos localizados en áreas corticales paraelocuentes y elocuentes.

Método. Una cohorte consecutiva de 20 pacientes con tumores malignos intraaxiales en áreas elocuentes o paraelocuentes fueron tratados mediante cirugía resectiva, en ocasiones con cirugía guiada por imágenes y/o monitoreo cortical intraoperatorio. Los resultados se evaluaron a través de medición de score de Karnofsky a los 30 días de posoperatorio.

Resultados. El 90% de los pacientes tuvo una significativa mejoría o estabilidad del score de Karnofsky postoperatorio.

Conclusión. La experiencia lograda hasta el momento en los tumores malignos ubicados en áreas elocuentes y paraelocuentes cerebrales nos alienta a continuar con el criterio de citorreducción oncológicas manteniendo un enfoque funcional.

Tercer ventriculostomía endoscópica en hidrocefalias secundarias a tumores de fosa posterior

B. GROSZ, P. GALVAN, M. BARTULUCHI, V. CUCCIA, G. ZUCCARO

Objetivo. Evaluar la utilidad de la III ventriculostomía endoscópica (III V.E.) en hidrocefalias secundarias a tumores de fosa posterior (TFP).

Método. Fueron evaluados retrospectivamente 137 pacientes operados con diagnóstico de TFP de los cuales 34 (24,8%) fueron tratados con III ventriculostomía endoscópica por su hidrocefalia.

Resultados. Desde agosto de 2000 (incorporación de la endoscopia en forma regular a las prácticas neuroquirúrgicas) hasta la fecha fueron tratados 137 pacientes con diagnóstico de TFP, incluidos en este grupo tumores de tronco. Todos los pacientes, a excepción de 3 tumores de tronco fueron tratados quirúrgicamente de sus tumores originales, de éstos 7 fueron reoperaciones. Los diagnósticos anatomopatológicos fueron en orden de frecuencia ependimoma, astrocitoma y medulloblastoma, además de papiloma de plexos coroideos, tumor rabdoide y ganglioglioma. La III V. E. fue realizada previo a la exéresis tumoral en la mitad de los pacientes. Todos los pacientes tenían diagnóstico de hidrocefalia severa o moderada. No se registraron complicaciones directamente relacionadas a los procedimientos neuroendoscópicos. De los 28 pacientes incluidos, solo 10 (35,7%) requirieron la colocación de una derivación ventrículo peritoneal definitiva, en todos ellos la III V.E. se realizó previamente a la exéresis tumoral, 3 pacientes que previamente a la III V.E. tenían colocada una DVP el procedimiento endoscópico permitió extraer definitivamente la derivación.

Conclusión. La III V.E. es una opción terapéutica que debe tenerse en cuenta a la hora de definir el tratamiento de las hidrocefalias secundarias a tumores de fosa posterior. El alto porcentaje de pacientes que no requirieron derivación definitiva 18/28 (64,3%) después del tratamiento con III V.E., confirma la importancia y eficacia de este procedimiento.

Meningiomas parasagittales: análisis y resultados de 20 casos operados

I. MENDIONDO, E. MENDIONDO, C. MODAD, M. GUGLIEMETTI, M. CECETTO

Objetivo. Analizar y correlacionar la ubicación de los meningiomas parasagittales en el tercio anterior, medio y posterior, con los resultados obtenidos, las dificultades quirúrgicas que se plantearon de acuerdo a la localización, el grado de resección y el índice de recidiva observada.

Método. Entre los años 1997 y 2005 hemos intervenido quirúrgicamente 20 pacientes con meningiomas parasagittales. La distribución por sexo fue de 12 femeninos y 8 masculinos. La edad promedio fue de 50 años, con un rango de 28 y 81. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: cefalea 19 casos (95%), déficit motor en 10 casos (50%), convulsiones en 7 casos (35%), alteraciones de la personalidad en 6 casos (30%), y edema de papila en 5 casos. Los estudios complementarios que se realizaron fueron TAC en 16 casos e IRM en los 20 casos. En 10 casos se realizó angiografía y en los otros 10 una angiografía cerebral, estos son fundamentales para observar la permeabilidad del seno longitudinal superior y la relación de las venas corticales con el tumor.

Resultados. Se ubicaron en el tercio anterior 5 casos (25%), en el tercio medio 12 (60%) y en el tercio posterior 3 casos (15%). El grado de exéresis de acuerdo a la clasificación de Simpson fue: para los 5 casos del tercio anterior en 3 se realizó Simpson 0 y en los otros 2 Simpson 1, en los 15 casos del tercio medio y posterior se realizó exéresis Simpson 2, coagulando la base de implantación en el seno longitudinal. Se realizaron en todos los casos TAC o IRM al mes de operados confirmando el grado de resección. Como complicaciones tuvimos 2 abscesos cerebrales (10%) y 3 pacientes empeoraron el déficit motor (15%). La evolución fue muy buena en 15 pacientes (75%), buena (déficit menor) en 3 pacientes (15%), regular en un caso (5%) y falleció un paciente (5% de mortalidad). El porcentaje de recidivas fue del 20% en los casos de exéresis Simpson 2 del tercio medio y no tuvimos hasta el momento recidivas en los grados 0 y 1 de Simpson del tercio anterior.

Conclusión. Los meningiomas del tercio anterior son los que mejor evolución han tenido, con una exéresis radical y sin recidivas. En los localizados en el tercio medio y posterior observamos incremento del déficit neurológico (15%), mayores dificultades quirúrgicas y aumento del índice de recidiva.

Teratoma maduro de la fosa posterior: reporte de caso

F. COPPOLA, R. RECALDE, C. ZOTTIS, M. ACOSTA HAAB, E. BAVA

Objetivo. Describir un nuevo caso de teratoma maduro de la fosa posterior.

Descripción. Se describe el caso de una paciente 23 años que presentaba cervicalgia y cefaleas de 6 meses de evolución, ataxia de cuatro miembros, hiperreflexia y disimetría en hemicuerpo izquierdo. Se realizan estudios por imágenes compatibles lesión expansiva de aspecto quístico en línea media de la fosa posterior con extensión hasta C2.

Intervención. Es intervenida quirúrgicamente realizándose resección completa del tumor. Diagnóstico histopatológico de teratoma maduro (TM). Presentó buena evolución postoperatoria.

Conclusión. Los TM de la fosa posterior son lesiones sumamente infrecuentes con solo unos pocos casos descriptos en la literatura. Su localización más frecuente es en la línea media y al contrario de los teratomas supratentoriales tienen

predilección por el sexo femenino. La resección total de la lesión es curativa con un pronóstico favorable a diferencia de los teratomas inmaduros.

Tumor dermoide y epidermoide: nuestra experiencia

G. DI MASI, F. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, F. CLAR,
M. PALLAVICINI, A. CARRIZO

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia en tumores dermoides y epidermoides.

Métodos. Siete pacientes intervenidos entre enero de 2002 y octubre de 2005. Cinco epidermoides (2 varones y 3 mujeres, edad media 27 años). Cuatro localizados en fosa posterior y uno supratentorial. Dos tumores dermoides (1 varón y 1 mujer, edad media 23 años), ambos supratentoriales. Todos los pacientes fueron estudiados con IRM y fueron tratados mediante cirugía convencional, sin otro tratamiento posterior.

Resultados. Tuvimos preponderancia de tumor epidermoide sobre el dermoide, coincidiendo con la literatura. Las IRM fueron características, la señal en T1 puede ser hipointensa o hiperintensa y la señal en T2 es hiperintensa. La principal complicación fue la meningitis química, que según estadísticas puede presentarse en un 40% y está relacionada con la diseminación del contenido del quiste. Como complicaciones un caso presentó meningitis química y otro compromiso de pares bajos transitoria. La resección fue completa en todos los pacientes con quistes epidermoides e incompleta en los dos casos de quiste dermoide.

Conclusión. El tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo infrecuente la resección completa en los tumores dermoides debido a las adherencias que presentan estas lesiones.

Patología vascular

Nuestra experiencia en aneurismas cerebrales en los últimos 4 años

R. MOYA, SEGVIC G, CALANI A., CERNEAZ S, LUPETTI F, ROSENDE H.

Objetivo. Analizar los resultados del diagnóstico, evolución, tratamiento médico quirúrgico mediante cirugía convencional y complicaciones de pacientes con aneurisma cerebral ingresados en uti y neurocirugía en un período de 4 años.

Metodo. En el período de estudio ingresaron 130 pacientes con un total de 148 aneurismas, por presentar algunos pacientes más de uno. La edad promedio fue de 50 años, femeninos 80 (62%), masculinos 50 (38%), con Glasgow de ingreso de todo tipo, en su mayoría 12-13/15, HH 2-3 y Fisher 3. Promedio de días de hsa a cirugía 21 días. Localizaciones fueron: a.co. ant. 34 (23%); a. co. post. 40 (27%); silviano 49 (33%); carotideo 8 (5,4%); carot. oftal. 5 (3,3%); PICA 6 (4%); tope del basilar 5 (3,3%); intracavernoso 1 (0,7%).

Resultados. 47 pacientes (32%) sufrieron complicaciones. Neurológicas 36 pacientes (77%) (isquemia 20, resangrado 8 e hidrocefalia 8); No neurológicas 11 pacientes (23%) (infecciosas 9, neumonía 6, infección urinaria 3 y alteraciones metabólicas 2). Mortalidad total: 17 pacientes (11,5%) (resangrado 7, isquemia 5, hidrofalia 2, sepsis 3). Sólo uno es un tope basilar. Mortalidad prequirúrgica: 13 pacientes (77%). Mortalidad postquirúrgica: 4 pacientes (23,5%)

Conclusión. La ruptura de un aneurisma continúa siendo una enfermedad muy grave a pesar de los grandes avances en el

diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico en los últimos años. Producida la ruptura, el 50% de los pacientes fallece antes de ingresar al hospital o queda con severas secuelas, y un 25% a 35% fallece por resangrado si no se opera a la brevedad. Se intervinieron quirúrgicamente, en los últimos 4 años, en nuestro hospital, un total de 148 aneurismas cerebrales, todos por cirugía convencional, mediante clipado de los mismos, como único método de tratamiento, independientemente de la localización y tamaño. El tiempo quirúrgico prolongado 21 días de promedio depende de las condiciones clínicas del paciente y en especial de la disponibilidad de los insumos hospitalarios. Teniendo en cuenta que la mortalidad global es del 12%, lo consideramos positivo en comparación con el 26% reportado por Kassell et al (J Neurosurg 1990; 73: 18-36). La tasa de complicaciones también es considerada favorable, por ser baja y, en muy pocas ocasiones, con secuelas incapacitantes, que modifican la calidad de vida. De los pacientes clipados solo 4 fallecieron, siendo la causa isquemia asociado a complicaciones clínicas, y no por resangrado, de manera que consideramos la resolución completa del aneurisma una vez clipado, sin riesgo de resangrado o recanalización como sucede con otros métodos utilizados. Y que el clipado de aneurismas en manos experimentadas sigue siendo el método de elección independientemente de la localización.

Experiencia sobre aneurismas encefálicos, malformaciones arteriovenosas encefálicas y fistulas carótido-cavernosas Período 1999-2005

E. ECHEVERRIA, E. TEJADO, R. MENDEZ, A. HERNÁNDEZ

Objetivo. Se tomaron pacientes ingresados en el Hospital Gral de Agudos San Martín de La Plata, admitidos por guardia, con patología cerebral hemorrágica. En un período comprendido entre 1999 y el año 2005. Se objetiva el manejo en el Hospital Público, como equipo multidisciplinario, donde se introduce la técnica endovascular en los últimos años con muy buenos resultados, en complementación con la técnica microquirúrgica.

Método. En este trabajo se objetiva el manejo de la patología hemorrágica en nuestro Servicio, optando por diversas técnicas según en la elección de la patología, actuando como equipo multidisciplinario en un período transcurrido de 6 años. Las opciones terapéuticas para la patología cerebrovascular hemorrágica han ido en expansión para incluir a la microcirugía, la terapéutica endovascular y la radiocirugía estereotáctica en el caso de ciertas malformaciones arteriovenosas. Examinamos el manejo y los resultados de 246 enfermos con estas características, admitidos en nuestro Servicio desde enero de 1999, hasta Septiembre de 2005. Se individualizaron dentro del pool de pacientes, 124 aneurismas, 65 fueron operados con técnicas microquirúrgicas habituales y 36 con técnicas endovasculares. De estos 23 eran portadores de aneurismas múltiples. También fueron tratadas 29 malformaciones arteriovenosas, de las cuales 13 fueron embolizadas, 9 fueron operadas, 3 fueron irradiadas, de las cuales una se completó quirúrgicamente, 4 con tratamiento combinado con embolización y cirugía. 3 fistulas carótido-cavernosas (fistulas C-C), dos de las cuales fueron tratadas por técnicas endovasculares y una fistula dural, asociada a una gran malformación arteriovenosa (MAV) facial y de cuero cabelludo resuelta por el mismo método.

Conclusión. El manejo de la patología hemorrágica, debe ser tratada mediante un equipo multidisciplinario perteneciente a un servicio vascular, para optar por la mejor elección individualizada y complementaria en técnicas para la resolución de

cada patología. Hoy con el avance en la técnica y los materiales empleados en técnicas endovasculares han ido mejorando la resolución de la patología vascular cerebral. Las decisiones de Servicios en los cuales se posee ambas técnicas, mejoran la morbimortalidad de la patología vascular en cuestión de toma de decisiones rápidas y efectivas en su complemento.

Embolización de aneurismas cerebrales con espirales Matrix: análisis de complicaciones trombóticas relacionadas al procedimiento

J. FERNÁNDEZ, J. GOLAND, W. CASAGRANDE, S. GARBUGINO,
L. LEMME PLAGHOS

Objetivo. Realizar un análisis retrospectivo comparativo de 121 aneurismas embolizados, comparando las complicaciones trombóticas ocurridas entre los casos tratados con espirales de platino y los casos tratados con espirales Matrix.

Método. Entre el 1 de junio de 2004 y el 30 de junio de 2005 fueron tratados en nuestro centro 121 aneurismas. Sesenta y cinco pacientes portadores de 67 aneurismas fueron embolizados con espirales Matrix. Cuarenta y siete pacientes portadores de 50 aneurismas fueron tratados con espirales de platino. Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas e imágenes para identificar los casos con complicaciones trombóticas ocurridas durante el posicionamiento, desprendimiento de los espirales, como así también las complicaciones isquémicas tardías. Todos los pacientes fueron tratados bajo anticoagulación sistémica con heparina.

Resultados. De los 50 procedimientos realizados con espirales de platino, en un caso (2%) se identificó la presencia de trombo en la arteria portadora a nivel del cuello del aneurisma. En uno de 71 casos (1,4%) tratado con Matrix se produjo un trombo en la arteria portadora a nivel del cuello. En un procedimiento de 71 (1,4%) realizado con Matrix el trombo se generó a nivel del cuello y migró distalmente al aneurisma. Dos pacientes tratados con Matrix (2,8%) presentaron evento isquémico tardío. Uno de 71 pacientes (1,4%) tratados con Matrix, tuvo secuela neurológica. En el grupo de pacientes tratados con Matrix la morbilidad fue del 1,4% en el grupo tratado con espirales de platino fue nula.

Conclusión. El tratamiento de aneurismas con Matrix se asoció a un 7,1% de complicaciones trombóticas. No se observó diferencia estadística significativa en la morbilidad entre los grupos estudiados. El tratamiento con antiagregantes plaquetarios antes, durante y posterior al procedimiento debe ser tenido en cuenta.

utilizar la vía anterior con discectomía del disco C2-C3 y la colocación de un injerto ínter somático de cresta íiaca más la colocación de una placa tipo Caspar con tornillos corporales en C2 y C3, dicho procedimiento se realizó con el Halo Vest colocado y solamente se extrajo la barra anterior derecha. La dificultad que se presentó fue que acceder al espacio mencionado, el gónion de la mandíbula impedía un mejor ángulo de abordaje. Se mantuvo la alineación e inmovilización por 3 meses sin proceder con un segundo tiempo quirúrgico por vía posterior para disponer de una mejor dinámica de la columna cervical. Se realizó seguimiento radiológico hasta los 6 meses corroborando un muy buena fusión ínter somática C2-C3 y fusión pedicular de C2. Se realizaron las pruebas funcionales radiológicas constatando la inmovilización del segmento. La inmovilización inmediata fue primordial para evitar una lesión medular y el procedimiento quirúrgico permite reestablecer las funciones dinámicas de la columna cervical ya que el segmento móvil por excelencia es cóndilo-C1-C2.

Conclusión. Consideramos que pensar en realizar la menor cantidad de procedimientos disminuyen los riesgos de morbilidad ya que la patología en sí es altamente crítica pero debemos estar seguros en reestablecer las funciones dinámicas de la columna sin vacilar.

Malformación de Chiari I: episodios sincopales a repetición como síntoma de presentación clínica

C. FUSTER, A. CERVIO, F. MORELLO, M. FERREIRA,
S. CONDOMÍ ALCORTA, J.C. SALABERRY, J. SALVAT

Objetivo. Presentar el caso clínico de una paciente con malformación de Chiari I que debutó clínicamente con episodios sincopales a repetición.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 36 años de edad con antecedentes de migraña crónica quién consulta por cuadro clínico de reciente comienzo caracterizado por la aparición de cuadros sincopales de inicio súbito que se repiten en 3 oportunidades. La evaluación clínica descarta las causas cardiovasculares de los cuadros sincopales. La resonancia magnética mostró la malformación de Chiari I con descenso amigdalino hasta C1.

Intervención. En Agosto de 1998 fue intervenida quirúrgicamente practicándose descompresión de fosa posterior, remoción de arco posterior de C1, apertura dural con liberación de adherencias aracnoideas y plástica de duramadre con injerto autólogo de fascia lata. El postoperatorio no mostró déficit neurológico y los episodios sincopales no se repitieron en los 7 años de seguimiento clínico.

Conclusión. El debut clínico con cuadros sincopales es infrecuente en la malformación de Chiari I y representa sólo el 3% de los casos. La etiología es desconocida y distintos mecanismos fisiopatológicos fueron propuestos entre ellos: a) Compresión del sistema vascular vértebrobasilar secundariamente al aumento de la presión intracraneana durante las maniobras de Valsalva, b) Compresión de la sustancia reticular ascendente del tronco cerebral y c) compresión de los centros cardiorrespiratorios o de sus vías aferentes-eferentes. Los cuadros sincopales son más frecuentes con accesos de los previos y se cree que son debidos a un aumento del gradiente de presión entre el compartimiento intracraneano y el espinal. En nuestro caso los cuadros sincopales se presentaban sin pródromos y no eran precedidos de maniobras de Valsalva. Creemos que la descompresión quirúrgica eliminó los factores compresivos y el restablecimiento de la circulación de líquido cefalorraquídeo mejoró los gradientes de presión evitando la repetición de los síntomas.

Columna

Fractura luxación C2-C3 de Hangman: a propósito de un caso

F.N COCCO, M.L. PLANA, J.C. BORDES, M.G. AGUILERA

Objetivo. Establecer la elección terapéutica correcta y efectiva.

Descripción. Paciente de 28 años que sufrió un accidente automovilístico con mecanismo de hiperextensión compresión forzada provocando una fractura luxación C2 sobre C3 y fractura del pedículo de C2 sin provocar lesión medular.

Intervención. Se realizó como primera medida la inmovilización y alineación con sistema de Halo Vest. Posteriormente y en un segundo tiempo se discutió la vía de abordaje y se decidió

Utilidad de la fijación elástica interespinosa en la patología degenerativa de la columna lumbosacra

G. FERNÁNDEZ MOLINA, E. GUERRA, R. FEITO, G. VIDAL

Objetivo: Demostrar la utilidad de este sistema de fijación-distracción interespinosa con preservación de la biomecánica de la columna lumbar en la patología degenerativa.

Método. Se presentan 22 pacientes (13 femeninos y 9 masculinos) de los cuales 10 presentaban enfermedad degenerativa lumbar, 8 estenosis dinámica y 4 hiperlordosis inestable a los que se les realizó tratamiento quirúrgico de liberación radicular seguido de colocación de un sistema de fijación - distracción interespinosa que permite la preservación de la biomecánica de la unidad funcional espinal. La ubicación topográfica fue L2-L3 en 1 caso, L3-L4 en 6 casos, L4-L5 en 14 casos y L5-S1 en 6 pacientes. En 5 pacientes se colocaron 2 sistemas en el mismo procedimiento, 1 en L2-L3 y en L4-L5, 2 en L3-L4 y en L4-L5 y 2 en L4-L5 y L5-S1, lo que suma un total de 27 implantes en 22 pacientes.

Resultados. Veinte pacientes evolucionaron favorablemente con desaparición del dolor y del déficit funcional. Un paciente con estenosis y pinzamiento severo no mejoró y se le indicó fijación rígida. En un paciente con hiperlordosis inestable y enfermedad degenerativa discal persiste dolor aunque con mejoría por lo que aún se encuentra en tratamiento fisiátrico y control. El tiempo promedio de cirugía fue de 90 minutos. Todos los pacientes fueron externados al día siguiente de la cirugía. En tres pacientes se produjo una colección subcutánea de líquido que se resolvió espontáneamente. No se presentaron otras complicaciones.

Conclusión. Consideramos que la utilización de un sistema de fijación-distracción interespinosa con preservación de la dinámica en la unidad funcional espinal en la enfermedad degenerativa discal, en la estenosis y en hiperlordosis inestable nos brinda los siguientes beneficios: Tenemos en cuenta que pese a los buenos resultados y a la experiencia internacional presentada necesitamos más tiempo de seguimiento en nuestros pacientes para evaluar resultados definitivos.

Laminoplastia cervical. Reporte de un caso

P. GRAFF, C. URBINA, G. PIROLO, R. NAZAR, J. VIVE, F. PIEDIMONTE

Objetivo. reportar el tratamiento quirúrgico realizado en un paciente de 28 años de edad, femenino con diagnóstico de tumor medular a nivel cervical.

Descripción. Paciente femenino de 28 años de edad que sufre severo trauma encefalocraneano por accidente automovilístico. Como consecuencia presenta fractura en base de cráneo en fosa temporal izquierda por impactación del condilo del maxilar inferior a nivel del lóbulo temporal que requiere una solución quirúrgica. En los estudios por imágenes realizados se identifica, como hallazgo, una extensa lesión expansiva intramedular cervical con extensión desde C3 a C7 que ensancha y deforma la médula. El examen neurológico solo evidencia reflejos vivos en miembros inferiores. La paciente decide optar por una conducta expectante con control clínico neurológico estricto e IRM periódicas. A los tres años del diagnóstico la paciente desarrolla intenso dolor en miembro superior derecho, de características centrales y progresiva inestabilidad en la marcha. Las imágenes demuestran leve progresión del tamaño de la lesión

Intervención. Ante la existencia una rectificación constitucional de su raquis cervical y por la necesidad de efectuar un

amplio abordaje por la extensión de la lesión se decide realizar laminotomía (C3 a C7) y laminoplastia (fijación mini placas) con el fin de evitar la potencial inestabilidad y cifosis secundaria que podría generar una laminectomía. Exeresis tumoral con cavitador ultrasonico y bajo control neurofisiológico. Evolución favorable con remisión de sus signo sintomatología preoperatorio. El estudio anatomopatológico informa astrocitoma pilocítico. Las IRM de control alejado no evidenciaron persistencia ni recidiva tumoral y la Rx de control confirmaron la estabilidad de la columna cervical.

Conclusión. Esta técnica proporciona ventajas prácticas comparadas con otras técnicas, incluyendo la oportunidad de realizar una descompresión lateral amplia y mejor acceso intradural. Disminuye los riesgos de inestabilidad y de cifosis, con una preservación más favorable del movimiento.

Ependimoma pigmentario: reporte de un caso

C. ZOTIS, R. RECALDE, F. SANZ, C. KOITAR, M. ACOSTA HAAB, E. BAVA

Objetivo. Presentar un caso infrecuente de ependimoma pigmentario.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 60 años de edad, sin antecedentes, que consulta por disestesias en la cara externa de muslo izquierdo de meses de evolución. Al examen se constata hipoestesia en cara externa de miembro inferior izquierdo (MII), arreflexia patelar y paresia leve ipsilateral. Se realizaron estudios por imágenes hallándose una lesión localizada en el epicóno a nivel D12, heterogénea que desplaza anteriormente las estructuras y ensancha el cono medular.

Intervención. Se realizó exéresis de una lesión negro-amarroada moderadamente vascularizada sin buen plano de clivaje. El informe anatomopatológico es compatible con ependimoma pigmentario. Presentó postoperatorio favorable con paresia moderada en MII sin trastorno esfinterianos. Cumplió tratamiento radioterapéutico en médula dorsal con 5040cGy.

Conclusión. Los EP son tumores raros, presentan la misma evolución que los ependimomas en general y que pueden ser resueltos quirúrgicamente cuando se asocia a la terapia adyuvante.

Oss Odontoideum: reporte de caso y revisión bibliográfica

V. HUGO, R. RECALDE, F. SANZ, E. BAVA

Objetivo. Presentar un caso de oss odontoideum (OO).

Descripción. Paciente de 10 años de edad con antecedentes de un traumatismo cervical leve en la infancia. Consulta por dolor cervical y contractura cervical moderada. Se realizan estudios por imágenes observándose lesión compatible con oss odontoideum.

Intervención. Es intervenido quirúrgicamente realizándose fijación por vía posterior de C1-2 con alambre e injerto interlaminar.

Conclusión. El OO es una entidad que debe ser sospechada frente a la presencia de antecedente traumático, dolor cervical persistente y tortícolis como la mayoría de las patologías de la unión craneocervical. El tratamiento debe ser quirúrgico frente a la presencia de inestabilidad espinal. La evolución es buena aunque el índice de pseudoartrosis es elevada.

Presentación esporádica en medio urbano de patología rural endémica

J. SHILTON, N. GOLDENBERG, J. C. MORALES, C. VAZQUEZ,
J. VILLEGAS, A. ZILIO

Objetivo. Alertar sobre la presentación en medio urbano de patología rural endémica.

Descripción. Caso 1: paciente masculino, 52 años, residencia intermitente en área rural. Lumbalgia con irradiación a ambos miembros inferiores. RMI: cambio de señal en platillos adyacentes al disco L5-S1 + lesión ocupante de espacio epidural. Incremento progresivo de los síntomas hasta imposibilitar la marcha y compromiso de ambos cuerpos vertebrales a los 5 meses del inicio del cuadro. La sospecha de patología infecciosa por IRM y el relato de ingesta de leche no pasteurizada conducen a la presunción de brucelosis espinal, a pesar que el absceso epidural de este origen es excepcional (10 casos publicados). El diagnóstico se confirma por serología y hemocultivos. **Caso 2:** paciente femenino, 53 años, residencia en zonas rurales durante la infancia. Lumbociatalgia de larga data diagnosticada por TC como "lesión extradural con compresión radicular". Antecedentes de dos intervenciones quirúrgicas previas con diagnóstico de hidatidosis. La serología fue reiteradamente negativa para equinococosis. Mejora en forma transitoria, reapareciendo intenso dolor en ambos miembros inferiores. IRM: múltiples quistes extradurales, uno de los cuales se proyecta a través del neuroforamen dilatado L4-L5 izquierdo. Presenta importante mejoría clínica, reapareciendo a posteriori una severa cruralgia izquierda. IRM: aumento de volumen del psoas, imagen isodensa redondeada en su parte posterior, e imagen similar en el retroperitoneo adyacente, delimitada por una delgada pared cálcica.

Intervención. Caso 1: laminectomía y exéresis de tejido duroelástico que engloba saco dural y raíces. A-P: granuloma inespecífico. En el estudio microbiológico del material se aísla brucela. **Caso 2:** laminectomía y exéresis previa inyección intraquística y lavados permanentes con cloruro hipertónico de quiste posterior y medial de gran tamaño y otro que se extiende al retroperitoneo a través del foramen. Dichas lesiones evidencian un contenido sólido de aspecto similar a la grasa, inmersas en el cual se observaron un sinnúmero de pequeñas vesículas.

Conclusión. Ante el antecedente de residencia en área endémica y la existencia de lesiones óseas + intrarraquídeas, debe considerarse la posibilidad de presentación esporádica en medio urbano de patología infecciosa del ámbito rural.

Tratamiento de las hernias discales con técnica percutánea de láser y Oxígeno-Ozono en 100 pacientes

G. FERNÁNDEZ MOLINA, E. GUERRA, R. FEITO, A. BASSO

Objetivo. Demostrar la utilidad de la técnica mínimamente invasiva percutánea con láser y Oxígeno-Ozono en el tratamiento de las hernias discales sintomáticas.

Método. Presentamos una serie de 100 pacientes tratados con esta técnica en los que se realizaron 162 procedimientos. Todos los enfermos evidenciaron elementos de dolor agudo secundario a compresión radicular por hernia discal durante más de un mes que no respondió al tratamiento conservador. Todos los pacientes fueron estudiados con Rx dinámicas, IRM y EMG. Los enfermos fueron evaluados clínicamente una vez por mes durante los siguientes seis meses al procedimiento y una IRM de control se efectuó a los tres meses aproximadamente.

Resultados. Fueron evaluados el dolor, la disfunción sensitivo-motora y la reducción del disco herniado en la RMN de

control. La escala visual analógica se utilizó para evaluar el dolor. Clínicamente se recuperaron completamente 82 enfermos, 10 mejoraron significativamente, y 8 fueron sometidos a microcirugía luego de 6 semanas sin mejoría. En 4 pacientes se decidió repetir el procedimiento con muy buen resultado. El control por IRM mostró una reducción de la hernia en 83 pacientes y 17 no evidenciaron cambios. Todos los enfermos fueron externados a las 4 horas del procedimiento y el 75% se reintegró a su trabajo dentro de la semana siguiente a la cirugía. El éxito del procedimiento fue del 92%, y no se presentaron complicaciones.

Conclusión. La descompresión discal percutánea con láser seguido de oxígeno-ozono es una técnica mínimamente invasiva que en nuestra serie mostró ser segura y efectiva con un éxito del 92%. La estadía en el hospital fue de alrededor de 6 hs. sin requerir anestesia general y con una rápida recuperación luego de la práctica.

Abceso epidural espinal. Tuberculosis dorsal

D.F. LUPINUCCI

Objetivo. Exponer una reseña de la patología y presentar un caso atípico de presentación y evolución, de una patología olvidada.

Descripción. Se presenta una mujer de 62 años de edad con antecedente de bronquiectasia, que desarrolla una infección de vías aéreas bajas tratadas con doble plan de ATB y que 60 días posteriores de alta neumonológica comienza con dorsalgia leve progresiva y signos de impregnación clínica con anemia, leucocitosis, eritrocitometría elevada, cultivos negativos. Pruebas serológicas para tuberculosis negativas. La IRM muestra signos de espondilodiscitis con invasión de los cuerpos vertebrales T5-T6 y a través del espacio intersomático se veía un tejido que invadía el espacio extradural contactando con la meninge sin deformar ni comprimir el saco dural.

Intervención. Se inicia tratamiento con triple plan de antibiótico endovenoso y la paciente continúa subfebril y con mala evolución clínica y neurológica. A los 20 días de comenzado con el tratamiento de antibiótico la paciente desarrolla un síndrome de compresión medular con nivel sensitivo T6 por lo que se decide realizar nueva IRM con gadolinio: observándose aumento del foco infeccioso y mayor volumen de la colección extradural, ahora con compresión medular anterior. Se indica cirugía, realizando laminectomía amplia de tres espacios, drenaje del material purulento y lavado abundante con solución fisiológica y antibiótico. La anatomía patológica puso de evidencia la presencia de un proceso inflamatorio típico y material caseoso con el aislamiento de un germen: mycobacteria tuberculacae.

Conclusión. A pesar de ser una patología muy antigua, no desaparecida después de los avances clínicos, de laboratorios y de aparatología diagnóstica, esta enfermedad fue hallada en la patología, con todos los medios de diagnóstico negativa para etiología.

Trauma

Lesiones múltiples con arma de fuego por autoagresión

A.J. PAULO, R. LOFFREDO A.

Objetivo. Presentación de un caso de múltiple intento de suicidio con arma de fuego en un mismo acto.

Descripción. Paciente de 50 años de edad que realiza autoa-

gresión con un arma calibre 32 largo, presentando tres heridas craneanas y una en tórax; las lesiones de cráneo no comprometían el parenquima encefálico.

Intervención. Se realizó la extracción quirúrgica de uno de los proyectiles que producía una fractura hundimiento de la tabla interna del seno frontal, con posterior craneoplastia y fijación instrumental.

Conclusión. Llama la atención el calibre del arma utilizado, la localización de los orificios de entrada y el poco daño ocasionado en relación a los mismos.

Funcional

Tratamiento quirúrgico del espasmo hemifacial

H.D. GALAFASSI, F.A. BARBONE

Objetivo. El objetivo de nuestro trabajo es comunicar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de 10 pacientes con espasmo hemifacial a quienes se le realizaron 11 descompresiones neurovasculares del nervio facial.

Método. Desde enero de 1987 a diciembre de 2004 se efectuaron 11 descompresiones neurovasculares del VII par en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Rivadavia. A la totalidad de los pacientes se les realizó mediante una craniectomía suboccipital retrosigmoidea una descompresión neurovascular del nervio facial con interposición de injerto libre de músculo.

Resultados. Los resultados fueron buenos con la desaparición del hemiespasmo inmediato a la cirugía en todos los casos. Hubo 2 recidivas después del primer año. Uno de dichos pacientes fue reintervenido presentando buena evolución. No hemos registrado infecciones, fistulas, ni mortalidad.

Conclusión. En pacientes bien seleccionados la indicación de la cirugía descompresiva neurovascular es un método efectivo de tratamiento según lo reflejado en nuestra pequeña casuística.

Estimulación cortical y dolor

O.A. STELLA, F. MORILLO, J.M. SALVAT

Objetivo. Se presenta la experiencia con la técnica de estimulación cortical epidural de la corteza motora (ECM) en cinco casos, tres síndromes dolorosos post ACV y dos de neuropatías trigeminales por deaferentación.

Método. Cinco pacientes con dolor crónico refractario, fueron tratados con ECM, por medio de electrodos cuadrupolares extradurales en la corteza precentral contralateral del área dolorosa. Esta parte del procedimiento quirúrgico se realiza con la ayuda de métodos de topografía craneoencefálica. PPEE, estimulación cortical y últimamente de neuronavegación.

Resultados. En 4 de ellos (seguimiento aproximado de 60 meses) se consiguió una analgesia estable y significativa por ECM; al restante se le retiró el equipo por falta de respuesta; impresiona que las mejores respuestas antálgicas se lograron en las neuropatías deaferentativas trigeminales (77,5%) con respecto que en los dolores centrales post ACV (43,3%).

Conclusión. Si bien hay dificultades para explicar su mecanismo fisiopatológico, resulta claro que ésta metodología terapéutica es una vía segura, efectiva y mínimamente invasiva cuando todas las opciones terapéuticas en "dolor intratable" han fallado. Impresiona que las mejores respuestas trigeminales se deban probablemente a una mayor repre-

sentación cortical de la cara y en consecuencia una mayor área de estimulación. Por el contrario, los aceptables resultados en el grupo ACV estarían relacionados indirectamente con el grado de hemiparesia/plejía. Si la ECM fallase la respuesta probable serían los procedimientos psicoquirúrgicos. La casuística es pequeña y sólo refleja tendencias: se necesitan más estudios.

Abordaje endoscópico del síndrome del túnel carpiano. Cinco años de experiencia

M.A. ROTT, A. ARENA

Objetivo. Mostrar los resultados de los pacientes intervenidos.

Método. Desde el mes de enero de 2000 hasta el 15 de octubre pasado hemos realizado 46 procedimientos quirúrgicos con esta técnica en 38 pacientes, ocho pacientes con abordaje bilateral. Treinta y seis fueron hechos en mujeres y diez en hombres. Todos fueron evaluados clínicamente y con electromiograma con velocidad de conducción. Se utilizó anestesia local. Se siguió la técnica biportal de Chow. Los puntos fueron extraídos alrededor del séptimo día. El lapso aproximado de tratamiento de rehabilitación kinésica en la mayoría de los pacientes fue de un mes (4 a 10 semanas). La edad promedio de los pacientes fue de 55.3 años y el tiempo promedio de las cirugías fue de 20,5 minutos.

Resultados. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. Una paciente con marcado déficit sensitivo preoperatorio mostró pobre recuperación. Una paciente presentó hematoma en la mano, que no requirió tratamiento quirúrgico. Al momento actual no se diagnosticaron recidivas. La sintomatología dolorosa desapareció en todos los pacientes en el postoperatorio inmediato y comenzaron a desarrollar sus tareas habituales alrededor de la cuarta semana de haber sido intervenidos. No se detectaron complicaciones infecciosas. Las cicatrices fueron muy pequeñas y evolucionaron normalmente.

Conclusión. Los resultados se asemejan a los de la literatura mundial, y la ventaja de esta técnica comparada con el abordaje a cielo abierto es el menor tiempo quirúrgico, menor uso de anestesia y recuperación más rápida.

Periférico

Síndrome del escaleno. A propósito de un caso

D. PITHOD, E. SOSA MEDINA

Objetivo. Describir un caso de síndrome del escaleno

Descripción. Mujer de 24 años de edad que al momento de la consulta presenta: dolor en miembro superior desde el hombro hasta los dedos de la mano, parestesia palmar, paresia y atrofia muscular global de la misma, con evolución de 4 años. Radiografía simple, tomografía computada y resonancia magnética nuclear de columna cervical con resultados no concluyentes. La electromiografía con velocidad de conducción de miembro superior derecho sugiere un compromiso neurogénico periférico axonal de C7-C8 y D1, motor de nervio mediano y sensitivo de nervio cubital.

Intervención. Se diagnosticó síndrome del escaleno por lo que se explora quirúrgicamente el plexo braquial derecho. Abordaje supraclavicular en el que se observa: engrosamiento tendinoso muscular interescalénico que produce

compresión aguda de fibras inferiores de troncos primarios, realizando la tenotomía de músculo intermedio sin escalectomía anterior con desaparición del dolor en el postoperatorio inmediato y mejoría parcial de la paresia a dos meses del tratamiento.

Conclusión. Los planteos diagnósticos que sugieren las manifestaciones clínicas en este síndrome, llevan al profesional a realizar diferentes estudios que frecuentemente no aportan datos suficientes, por ello hacer hincapié en la evaluación clínica y electrofisiológica minuciosa creemos que es lo más importante para arribar a un tratamiento eficaz.

Relación entre la porción extracraneana del nervio facial y el arco cigomático: triángulo cigomático facial

A. CAMPERO, A. CAMPERO, R. TORINO, M. SOCOLOVSKY, C. RIVANEDEIRA

Objetivo. Describir la relación entre la porción extracraneana del nervio facial y el arco cigomático.

Método. Se estudiaron ocho cabezas cadavéricas (4 regiones parotídeas).

Resultados. El nervio facial tiene seis porciones. La porción extracraneana comienza cuando el nervio atraviesa el foramen estilomastoideo y corre dentro de la glándula parotídea. En la parte inmediatamente anterior al trago, el nervio está localizado 26,88 mm por debajo del borde superior del arco cigomático. A partir de ese punto, el nervio toma una dirección superior y anterior, atravesando el arco cigomático 18,65 mm por delante del trago. De esta manera dibujando un triángulo (triángulo cigomático facial), con tres puntos: a) por encima del borde superior del arco cigomático, a nivel del borde anterior del trago, b) 26 mm por debajo del punto a, y c) 18 mm por delante del punto a, podemos trazar un área segura de trabajo, sin riesgo de dañar el nervio facial.

Conclusión. El triángulo zigomático facial es un punto de referencia muy útil para evitar daño iatrogénico al nervio facial.

Patología infecciosa

Neurocisticercosis: formas clínicas de presentación

G. TRÓCCOLI, E. ZEMMA, E. D'ANNUNCIO, G. SALMAN

Objetivo. La neurocisticercosis (NC) es causada por la infestación del estadio larval de la *Tenia Solium*, siendo la parasitosis más frecuentemente observada del sistema nervioso. Presentamos tres casos con diferentes formas clínicas de neurocisticercosis.

Descripción. Análisis retrospectivo de tres pacientes con diagnóstico radiológico de neurocisticercosis con confirmación histopatológica e inmunoserológica. Un paciente padecía un quiste único y microcalcificaciones, un segundo caso tenía dos quistes parenquimatosos, y un tercer paciente padecía múltiples quistes ventriculares y subaracnoideos con hidrocefalia.

Intervención. En los pacientes con quistes parenquimatosos se extirpó la lesión mayor y en el caso de neurocisticercosis ventricular y subaracnoidea se realizó tercer ventriculostomía endoscópica y extirpación de varios quistes. En todos los casos se completó el tratamiento con albendazol.

Conclusión. La neurocisticercosis tiene diversas formas anató-

mo-clínicas de presentación, debiendo personalizarse el tratamiento para cada caso en particular.

Paracoccidiodomicosis del SNC

M. OLIVETTI, E. STRAY, H. GONZA, D. AVATANEO,
J. FERNÁNDEZ, W. NIGRI

Objetivo. Presentar un caso de *neuroparacoccidiodomicosis* aislada en un huésped inmunocompetente y revisar la literatura sobre su patogénesis y prevalencia.

Descripción. Reportamos el caso de un paciente masculino de 41 años, internado por haber manifestado signos de hipertensión endocraneana y de compromiso cerebeloso. La TAC e IRM de cerebro con contraste objetivaron una imagen hipodensa con realce en anillo en el hemisferio cerebeloso izquierdo.

Intervención. Cirugía de exéresis en posición sedente, a través de craneotomía suboccipital izquierda con técnica microquirúrgica y resección macroscópica total. Luego de la cirugía, el examen histopatológico confirmó una *neuroparacoccidiodomicosis*. Se efectuó tratamiento adyuvante con antifúngicos y el paciente fue dado de alta con buenos resultados a los 20 días de la cirugía.

Conclusión. Esta entidad, endémica en el norte de nuestro país, puede afectar tanto a huéspedes inmunocomprometidos como inmunocompetentes. La sospecha clínica del compromiso neurológico en la enfermedad sistémica es clave cuando los hallazgos radiológicos son sugestivos. Debido a que en pacientes sin evidencias de enfermedad sistémica, el diagnóstico tardío se asocia a un pobre pronóstico, considerar tempranamente a la *neuroparacoccidiodomicosis* en los diagnósticos diferenciales confiere un pronóstico favorable.

Abscesos cerebrales: nuestra experiencia

F. LATORRE, M. LORENZO, J. SCHULZ, G. DEL GIUDICE,
F. ALBERIONE

Objetivo. Analizar los casos de absceso cerebral que se presentaron en un servicio de neurocirugía y así describir la situación actual de dicha patología con el fin de colaborar en su diagnóstico y tratamiento.

Método. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Htal. Santojanni desde mayo del 2003 hasta octubre del 2005 y se analizaron las historias clínicas de los casos que tuvieron diagnóstico de absceso cerebral.

Resultados. En 2 años se diagnosticaron 14 abscesos cerebrales de los cuales 6 fueron postoperatorios. Uno posterior a traumatismo encefalocraneano. Dos metastasis abscedadas. Uno por herida de arma de fuego. La tuberculosis fue la responsable en 3 pacientes y un caso de chagoma.

Conclusión. En la actualidad, gracias al gran control que se logra con los tratamientos antibióticos empíricos de los focos sépticos, se observa que las principales causas de abscesos cerebrales son las postoperatorias y tomen relevancia los casos producidos por tuberculosis. La evolución de los pacientes tuvo relación con el tipo de absceso, la demora en el diagnóstico y el estado general del paciente. La punción aspiración bajo tomografía tuvo buenos resultados en los de etiología postoperatoria. El drenaje seguido de tratamiento antibiótico prolongado fue la conducta tomada en todos los casos de evolución aguda.

Miscelánea

Guías para el manejo del drenaje ventricular externo

N. SPAHO, E. SALAZAR, G. ALMADA, O. GARCÍA, L. CAMPUTARO,
A. T. RABADÁN

Objetivo. La infección es la complicación más frecuente del drenaje ventricular externo (DVE). Las consecuencias de la ventriculitis son siempre severas debido al riesgo de secuelas neurológicas, la necesidad de antibióticos, múltiples procedimientos neuroquirúrgicos invasivos, hospitalización prolongada y mortalidad. El presente trabajo se realizó con el fin de disminuir el índice de infección en nuestros pacientes y de buscar soluciones de aplicación práctica.

Método. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura médica sobre el tema (MEDLINE 1984-2004). El análisis de los artículos publicados y las conclusiones basadas en nuestra propia experiencia fueron debatidos en un grupo constituido por neurocirujanos, enfermeras de terapia intensiva, infectólogos y el Comité de Infecciones de nuestro hospital.

Resultados. El análisis de la literatura demuestra que existen controversias en cuanto al manejo del DVE. Basados en el debate de estos puntos de controversia, escribimos "Las guías para el manejo del DVE para los médicos y las guías para el manejo del DVE para las enfermeras".

Conclusión. La alta incidencia de infección del DVE representa un grave problema para los pacientes y las instituciones, no sólo en lo relativo a los aspectos médicos sino también a los económicos y legales. Creemos que la aplicación sistemática y multidisciplinaria de guías es sumamente útil para la prevención de la infección.

Utilidades de la técnica neuroendoscópica en el tratamiento de las hidrocefalias complejas

G. FERNÁNDEZ MOLINA

Objetivo. Demostrar la utilidad de la neuroendoscopia en el tratamiento de las hidrocefalias complejas

Método. Se presentaron 45 pacientes (18 femeninos y 27 masculinos) a los que se les realizaron 82 procedimientos neuroendoscópicos para el tratamiento de algún tipo de hidrocefalia compleja. 29 enfermos presentaron una hidrocefalia multitabizada-multicompartimentada, 14 presentaron ventrículos laterales excluidos y en 2 pacientes la causa fue un IV ventrículo excluido. Se realizaron 29 fenestraciones de membranas, 14 septostomías, 14 monoplastias, 12 colocaciones de catéteres, 11 extracciones de catéteres y 2 acueductoplastias. En todos los casos fue utilizado un neuroendoscopio rígido con un equipamiento convencional excepto en las 2 acueductoplastias donde se utilizó además un endoscopio flexible.

Resultados. En todos los casos el procedimiento resultó útil para el tratamiento de la hidrocefalia compleja ya sea resolviendo el problema sin necesidad de un shunt o brindando la posibilidad de drenar la hidrocefalia a través de un único catéter ventricular luego de comunicar todos los compartimentos del sistema ventricular. Como complicaciones se presentaron 5 casos de meningitis todas ellas en pacientes con historias de meningitis a repetición que también habían sufrido más de una cirugía previa por complicaciones en el shunt. En todos esos casos el tratamiento médico infectológico fue efectivo. No se registraron óbitos y nunca se observó mayor morbilidad a la previa en pacientes con secuelas neurológicas

preexistentes.

Conclusiones. Consideramos que la neuroendoscopia es hoy una técnica de elección en el tratamiento de las hidrocefalias complejas ya que con un abordaje minimamente invasivo permite resolver el problema con muy buenos resultados y mínimo riesgo de morbilidad para el paciente.

Abordaje translaberítico usando hueso temporal con partes blandas (video)

P. AUGUSTO RUBINO, E. DE OLIVEIRA

Objetivo. Demostrar a través de este video los pasos para realizar el abordaje translaberítico al canal auditivo interno, utilizando hueso temporal seco y con partes blandas.

Descripción. El abordaje translaberítico fue propuesto primeramente por Panse en la década del 10 del siglo pasado, fue también propuesto por Quixy y Cushing años más tarde, igualmente este abordaje no fue muy bien recibido por la comunidad neuroquirúrgica, debido a la complejidad del mismo, fue entonces en la década del sesenta que House utilizando el microscopio y poderosos tornos, facilitó la realización de este abordaje y el mismo comenzó a ser más familiar para el neurocirujano. Utilizando huesos temporales secos y con partes blandas, bajo microscopio quirúrgico y con tornos de alta velocidad realizamos en forma escalonada el abordaje translaberítico al canal auditivo interno y el mismo fue registrado en un video.

Conclusión. Tanto la anatomía del hueso temporal como el abordaje translaberítico son complejos, la práctica en el laboratorio de neuroanatomía, facilita el aprendizaje de ambos.

Drenaje lumbar externo: nuestra experiencia

E. CARRASCO, F. SÁNCHEZ, P. JALÓN, M. PALLAVICINI, A. CARRIZO

Objetivo. Comunicar la experiencia de nuestro servicio con los drenajes lumbares externos evaluando morbilidad y eficacia.

Método. Se colocaron 24 derivaciones a 21 pacientes (12 varones, 9 mujeres, edad media 40,5 años) entre enero de 2003 y junio de 2005. Las indicaciones fueron: fístula postoperatoria por patología de base de cráneo (14), fístula traumática de base de cráneo (2), fístula postoperatoria por patología medular (2), hidrocefalia comunicante posthemorragia subaracnoide (1), como complemento de abordajes a la base del cráneo (2). El promedio de días de drenaje fue de 6,71 (1-18).

Resultados. En todos los casos se resolvió el cuadro, a excepción de un postoperatorio de abordaje transesfenoidal que presentó neumoencefalo, retirándose el catéter. No se registraron casos de infecciones, ni mortalidad relacionada con el procedimiento.

Conclusión. El drenaje lumbar externo es un dispositivo seguro y eficaz para el tratamiento de patologías donde se indica la evacuación de LCR en forma continua o repetida.

Quiste coloidal del III ventrículo. Técnica microquirúrgica por vía transventricular-transforaminal

I. MENDIONDO, E. MENDIONDO, C. MODAD,
M. GUGLIELMETTI, M. CECETTO

Objetivo. Realizar la presentación de un caso de quiste coloidal

del III ventrículo, resaltando la anatomía y la técnica microquirúrgica utilizada a través de un abordaje transventricular-transforaminal.

Descripción. Paciente de 50 años que consulta por un cuadro de cefalea intensa, vómitos, incontinencia urinaria, somnolencia, trastornos de memoria y bradipsiquia. Se le realizó una TAC cerebral donde se observaba una lesión en el III ventrículo redondeada, homogénea, acompañada de una importante hidrocefalia. Se completa los estudios con una IRM aportando más detalles de la lesión y sospechando el diagnóstico de quiste coloide.

Intervención. Debido a la importante ventriculomegalia se decidió realizar una vía prefrontal transcortical, que nos permitió tener una muy buena visualización intraventricular, observando el tumor a través del agujero de Monro agrandado, se realizó primero un vaciamiento parcial del quiste para poder

movilizarlo mejor y diseccionarlo de las estructuras adyacentes con menor tensión, así fue posible diseccionarlo del trigono, del tálamo, de la vena talamoestriada, del plexo coroideo y de la porción anterior del piso del III ventrículo. Finalmente se seccionó la adherencia del quiste a la tela coroidea pudiendo reseccionar totalmente la lesión. La evolución del paciente fue muy buena, recuperando progresivamente la bradipsiquia. No fue necesario la colocación de una válvula y en el control postoperatorio se confirmó la exéresis total y la resolución de la hidrocefalia.

Conclusión. En la resolución del quiste coloide del III ventrículo a través de un abordaje transventricular transforaminal es importante reconocer las estructuras anatómicas, vaciar parcialmente el quiste para ejercer menor tensión fundamentalmente sobre el trigono y permitir una mejor disección, y preservar las venas para evitar edema venoso regional, infartos o hemorragias.

RESÚMENES DE TRABAJOS EN PANEL

Patología tumoral

Osteoma craneano agresivo

M. OLIVETTI, E. STRAY, H. GONZA, D. AVATANE, M. ERPEN, W. NIGRI

Objetivo. Presentación de un caso de osteoma craneal agresivo, revisión bibliográfica.

Descripción. Paciente femenina de 42 años, que sufre pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo en forma súbita sin alteración del nivel de conciencia. Se diagnostica mediante TC de cerebro lesión de calota craneana frontoparietal derecha, comprometiendo al diploe, asociado a hematoma cortical cerebral subyacente.

Intervención. Se adoptó conducta quirúrgica con resección total de la lesión. Los osteomas son la patología más frecuente de la calota craneana, senos paranasales y mandíbula. Tienen predilección por el sexo femenino y suelen ser asintomáticos en su gran mayoría, detectados por molestias estéticas y en muy raras ocasiones, por invasión cerebral. El tratamiento es la resección quirúrgica.

Conclusión. Los osteomas generalmente no son invasores, pero pueden serlo ocasionando severos daños intraparenquimatosos que varían desde leves hasta mortales, por lo tanto se debe considerar a esta entidad como causa potencial de complicaciones graves si no es asumida correctamente.

cuadro clínico de 4 meses de evolución compuesto por hipocusia de conducción izquierda y paresia facial periférica izquierda. Examen otoscópico normal. TC y RMN: lesión que compromete el peñasco del hueso temporal izquierdo. Se realizó un abordaje translaberintico con resección aparente total de la lesión. El paciente evolucionó con anacusia del oído izquierdo y con mejoría parcial de la paresia facial izquierda. Y luego de cinco años existe empeoramiento de la función facial izquierda asociado a la aparición de una masa palpable retroauricular izquierda. Los nuevos controles por TAC e IRM mostraron recidiva extensa de la lesión con compromiso de todas las porciones del hueso temporal.

Intervención. Se realizó la exéresis de la lesión a través de una craniectomía temporal con transposición transigomática del músculo temporal. Luego de dos años libre de enfermedad se constata recidiva de la lesión. El resultado del estudio anatomopatológico resultó en FO.

Conclusión. Reportamos un paciente con FO de hueso temporal como una contribución al pequeño número de casos que han sido publicados en la literatura. Un tratamiento quirúrgico con el objetivo de una resección completa debe intentarse siempre sin sacrificar estructuras nobles. Caso contrario debe saberse que la reintervención es una posibilidad válida.

Fibroma osificante de hueso temporal: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

S. GONZÁLEZ ABBATI, P. JALÓN, J.C. DOBARRO, R. ZANINOVICH,
P. CIAVARELLI, A. BASSO

Objetivo. Describir un caso de fibroma osificante de hueso temporal y revisar la bibliografía de la patología.

Descripción. Paciente de sexo masculino de 14 años con

Tumor epidermoide de base de cráneo

J. CIGOL, C. TARSIA, M. KOHANOFF, J. ROMÁN

Objetivo. Ilustrar las imágenes de un tumor cerebral poco frecuente, su localización y su tratamiento quirúrgico.

Descripción. Paciente de 57 años con historia de cefalea de larga data que ingresa refiriendo incremento de su cefalea durante los últimos meses y con debilidad progresiva de hemicuerpo derecho. Se realizó TAC de cráneo que mostró lesión hipodensa frontotemporal izquierda sin refuerzo. La IRM evidenció una lesión frontotemporal izquierda en contacto con el seno cavernoso que se extendía a la corteza con discreto efecto de masa.