

Resúmenes de los trabajos presentados en el Congreso Argentino de Neurocirugía 2014

E-POSTERS

RAQUIMEDULAR

Excitación genital persistente causada por un quiste de Tarlov: presentación de un caso

Juan José Mezzadri, Francisco Fuertes, Mariana Condomí Alcorta, Alfredo Guiroy, Martín Gagliardi, Ana Lovaglio
Sección Cirugía de Columna, División Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
jjmezzadri@gmail.com

Introducción: En un estudio reciente con resonancia magnética (RM) en pacientes con excitación genital persistente (EGP) se observó que el 66% de estos tenían quistes de Tarlov (QT). Debido a esto, dichos quistes han sido considerados como posibles causas de EGP. El objetivo de este reporte es escribir y analizar un caso de EGP causada por un QT.

Descripción del caso: Se describe un caso (Fem. 58 años) que consultó por dolor sacro y perineal de 1 año de evolución. Además, espontáneamente al sentarse o recostarse en la cama, sentía en los genitales una sensación similar al orgasmo. Dicha sensación persistía varias horas y las describía como cosquillas y congestión en el clítoris y la vagina, compatibles con una EGP; a pesar de no ser dolorosa, le generaba una gran incomodidad. La RM mostró en S2-3 QT bilaterales. El estudio ginecológico, urológico y proctológico fue normal. Primero se le hizo un bloqueo del nervio pudiendo sin resultados. Por dicho motivo la paciente fue llevada a cirugía y se procedió a excluir el QT de mayor tamaño a través de una laminectomía sacra.

Resultados: La evolución fue favorable y la RM mostró que el quiste estaba excluido. Los síntomas de EGP cedieron casi inmediatamente y siguió así luego de 18 meses de seguimiento.

Conclusión: En este caso la exclusión quirúrgica del QT logró hacer desaparecer los síntomas de EGP.

Palabras Clave: Excitación Genital Persistente; Laminectomía; Quiste de Tarlov

Neumorraquis asociado a trauma cerrado de tórax

Soledad Barretta, Silvina Apraiz, Agustín López Sanabria,

Leandro Saucedo, Eugenio D'Annuncio, Gustavo Tróccoli

Servicio de Neurocirugía, Hospital Interzonal Dr J. Penna, Bahía Blanca

soledadbarretta@gmail.com

Objetivo: Neumorraquis se define como la presencia de aire dentro del espacio raquídeo epidural o subdural. Es una condición poco común y benigna. Las causas se clasifican en: iatrogénica (la más común), espontánea o traumática. La mayoría de los casos son asintomáticos, suelen ser hallazgos en tomografías computadas y se tratan conservadoramente.

Descripción: Caso 1: paciente que ingresó por politrauma con trauma craneoencefálico grave luego de caída. Tomografías: hemorragia subaracnoidea difusa, con volcado ventricular, fracturas de base de cráneo, fémur, costales múltiples y de cuerpo de C5 con neumorraquis anterior.

Caso 2: paciente que ingresó por accidente en moto. TAC de encéfalo sin particularidades, se observó neumorraquis a nivel cervical y dorsal, fracturas de clavícula, costales, de escápula y enfisema que disecaba planos dorso-lumbares y neumotórax grado II.

Intervención: Caso 1: óbito por paro cardio-respiratorio. Caso 2: evolucionó favorablemente. Recibió el alta al mes de su ingreso.

Conclusión: La presencia de aire dentro del canal vertebral es un fenómeno raro, habitualmente inocuo, que se resuelve con tratamiento conservador, pudiendo presentar sintomatología en casos de compresión medular importante, en contexto de neumotórax por barotrauma.

Palabras Clave: Neumorraquis; Neumotórax; Trauma de Tórax

BASE DE CRÁNEO Y TUMORES

Meningiomas Intracraneales Múltiples

Elvio Cejas, Gastón Rottino

Neurocirugía. Hospital San Luis, San Luis Capital
drcejas@hotmail.com

Introducción: Se presenta un caso de una paciente tratada en el Hospital San Luis (H.S.L.) con dos lesiones, una en cada hemisferio cerebral.

Material y Métodos: Fue intervenida quirúrgicamente por una lesión de la convexidad frontal derecha grande de urgencia luego de compensada hemodinámicamente por grave deterioro neurológico y posteriormente por lesión pterional izquierda de menor tamaño. Ambos Simpson I.

Resultados: La paciente evoluciono favorablemente con restitución a su vida y tareas habituales.

Conclusión: La cirugía es el único medio verdaderamente curativo, sobre todo cuando el paciente ingresa con deterioro neurológico por esta causa.

Palabras Clave: Meningiomas, Múltiples; Tratamiento Quirúrgico Curativo

Resolución quirúrgica de meningioma del foramen magno, variedad anterolateral. Presentación de un caso

Noelia Del Rio, Emilio Mezzano, Matías Berra, Ricardo Olocco, Francisco Papilini

Hospital Córdoba, Córdoba
delrio_noelia@hotmail.com

Introducción: Se presenta un caso clínico de meningioma de la región anterolateral de foramen magno, su resolución quirúrgica y resultados.

Descripcion del caso: Paciente de sexo femenino, de 31 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de relevancia que consulta por presentar cerviconalgia de 1 año de evolución, de moderada intensidad, progresiva, que se agravaba con maniobras de valsalva y cedía parcialmente con AINEs. El examen físico no reveló signos positivos. En IRM cervical se objetiva lesión expansiva en región anterolateral derecha de foramen magno, sugestiva de meningioma.

Resultado: Intervención: paciente en decúbito lateral izquierdo, se realiza abordaje suboccipital lateral derecho clásico, con mayor exposición caudal. Craniectomía suboccipital lateral hasta el foramen magno, se realiza hemilaminectomía de C1 y se respeta el cóndilo del occipital. Luego de la apertura de duramadre se observa lesión expansiva rojiza desplazando la unión bulbomedular, con nervios craneales y radicales en su periferia. Bajo magnificación microscópica se disea la cápsula tumoral de las estructuras neurovasculares, debulking de la lesión y posterior exéresis completa, con coagulación del implante. La paciente es dada de alta al 3° día postquirúrgico sin déficit neurológico alguno. El resultado anatomopatológico informó meningioma meningotelial.

Conclusión: Los meningiomas del foramen magno representan aproximadamente el 1 al 3% del total los meningiomas. Su presentación clínica suele ser insidiosa e inespecífica. El tratamiento indicado es la resección quirúrgica. En el caso presentado se realizó diagnóstico e

intervención quirúrgica precoz. Mediante un abordaje clásico suboccipital lateral y una delicada disección microscópica se logró una excelente resección tumoral con preservación de funciones neurológicas.

Palabras Clave: Abordaje Extremo Lateral; Foramen Magno; Meningioma

Cavernomatosis Múltiple asociado a Mixoma Cerebeloso secundario a Mixoma Auricular Cardíaco

Martin Alejandro Lucero, Facundo Camacho, Brian Wernicke, Dimas Ebel, Jorge Nuñez, Víctor Domenech

Servicio de Neurocirugía del Hospital Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco

martinlucero@gmail.com

Introducción: El Mixoma cardíaco es un tumor cardíaco primario benigno y puede hacer metástasis con frecuencia a sitios extracardíacos. Los cavernomas son hamartomas vasculares benignos que se pueden presentar de manera esporádica o familiar, siendo esta última la más frecuente en su forma múltiple

Descripción del caso: Presentamos el caso de una mujer de 31 años, sin antecedentes patológicos que consulta por una paresia facial central izquierda grado 2 (House-Brackmann), y una paresia braquiocrural izquierda sutil, con cavernomatosis múltiple por imágenes. Se le realiza exéresis del cavernoma cortical parietal derecho. Posteriormente se le diagnóstica masa multilobulada móvil en septum interauricular de 60 x 41 mm, correspondiente a mixoma auricular. Se le realiza cirugía cardiovascular con exéresis de la misma evolucionando favorablemente. Concorre nuevamente con síndrome de hipertensión endocraneana con hidrocefalia triventricular y una formación en hemisferio cerebeloso izquierdo. Se realiza craniectomía suboccipital y exéresis de la lesión.

Resultados: Las malformaciones cavernomatosas pueden coexistir con anomalías mesenquimáticas de otros órganos, pero existen escasos reportes de asociación con mixomas auriculares.

Conclusión: La cavernomatosis múltiple esporádica es muy infrecuente, aun más asociado a metástasis cerebelosas del mixoma auricular, pero debe ser incluido dentro de nuestros diagnósticos diferenciales, y para prevenir las embolias el mismo debe hacerse un seguimiento a largo plazo.

Palabras Clave: Cavernomatosis Múltiple; Embolia; Mixoma Auricular; Mixoma Cerebeloso

Glioblastoma Cerebeloso en Adulto. Reporte de un Caso

Martin Alejandro Lucero, Americo Oscar Arguello Gottschalk, Facundo Camacho, Jorge Nuñez, Oscar Gareis, Víctor Domenech

Servicio de Neurocirugía Hospital Julio C. Perrando, Resistencia (Chaco)

martinlucero@gmail.com

Introducción: Presentar un inusual caso de Glioblastoma Multiforme cerebeloso (GBMc). Revisión de la literatura en cuanto a la patogénesis, diagnósticos diferenciales y pronóstico. Determinar la causa de la baja frecuencia de GBMc con respecto al compartimiento supratentorial.

Presentación de caso: Se presenta un caso clínico de una paciente de 68 años que consulta con inestabilidad en la marcha, cefaleas y náuseas. En la RNM craneal se observa tumoración en hemisferio cerebeloso derecho hipointenso con realce en anillo. Se realizó la excéresis mediante craniectomía suboccipital, resección de arco posterior de C1 y plastia dural.

Resultados: Los GBMc pueden causar un síndrome cerebeloso y/o síndrome de hipertensión endocraneana. Estos, pueden sugerir la existencia de una lesión en la fosa posterior. Sin embargo, ninguno de ellos es específico para GBM, planteándonos múltiples diagnósticos diferenciales.

Conclusión: El tratamiento estándar de los GBMc consiste en excéresis completa y radioterapia complementaria. Su sobrevida es de 19 meses aproximadamente. Su baja frecuencia a nivel cerebeloso podría deberse a una composición astrocítica diferente de su porción subcortical. Aunque en toda lesión ocupante de fosa posterior en un adulto lo primero a descartar son Metástasis y Astrocitoma anaplásico, debemos incluir a nuestro diagnóstico al GBM.

Palabras Clave: Cerebelo; Diagnóstico Diferencial; Fosa Posterior; Glioblastoma Multiforme Cerebeloso

Tumor epidermoide del ventrículo lateral. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Sofía Beltrame, Lucas Garategui, Maximiliano Toscano, Silvia Christiansen, Pablo Ajler, Claudio Yampolsky

Hospital Italiano de Buenos Aires

sofia.beltrame@hospitalitaliano.org.ar

Introducción: Los tumores epidermoides son lesiones de baja incidencia que se ubican sobre todo en la región del ángulo pontocerebeloso, cisternas perimesencefálicas y en el IV ventrículo. Los que asientan a nivel de los ventrículos laterales son lesiones muy poco frecuentes. El objetivo del presente trabajo es el conocimiento de esta localización

para poder tenerlos en cuenta a la hora de plantear diagnósticos diferenciales con otras lesiones similares a partir de la exposición de un caso clínico.

Descripción del caso: Se presenta un caso clínico en donde se realiza el diagnóstico de un tumor epidermoide del ventrículo lateral. Se describe técnica quirúrgica y el resultado clínico postoperatorio.

Discusión: Los quistes epidermoides son lesiones raras con una incidencia reportada de 0.5 a 1.5% de los tumores encefálicos. Su ubicación a nivel de los ventrículos laterales es aun mas inusual habiéndose reportado únicamente 9 casos en la toda la literatura. Suelen manifestarse hacia la quinta o sexta década de vida con síntomas inespecíficos como cefalea, déficits cognitivos o patología psiquiátrica. La RMN de cerebro es el método diagnóstico de elección. El tratamiento es quirúrgico y puede ser curativo si la excéresis es completa.

Conclusión: Los tumores epidermoides ubicados a nivel de los ventrículos laterales son lesiones sumamente infrecuentes. La RMN permite realizar un diagnóstico presuntivo sobre todo porque la secuencia de difusión lo diferencia de otras lesiones. El conocimiento de su existencia y diagnóstico diferencial con otros tumores similares hace posible orientar su diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave: Tumor Epidermoide; Ventrículo Lateral

Mucocele esfenoide. Presentación de un caso clínico

Adán Aníbal Romano, Juan Adolfo Lovato, Alfredo Hernández

Hospital Italiano de La Plata, Buenos Aires

dr_anibalromano@hotmail.com.ar

Introducción: El mucocele esfenoide es una lesión pseudoquistosa benigna, de expansión progresiva, que por su localización puede generar compromiso intracraneal. Es poco común (3% de los mucoceles sinusales). Su característica imagenológica puede simular procesos neoplásicos. Los síntomas neurológicos son poco frecuentes.

Descripción del caso: Paciente de 55 años, sin antecedentes de importancia, consulta por presentar cefalea intensa retroorbitaria, asociada a fiebre, fotofobia y rigidez de nuca sin foco infeccioso conocido. En neuroimágenes (TC y RM) se evidencia una lesión intrasinusal esfenoide, homogénea, con captación periférica de contraste y sin comunicación con las cavidades nasales. Se decide un abordaje endonasal microquirúrgico, esfenoideotomía anterior, y drenaje del contenido sinusal. Cursa un postoperatorio con mejoría clínica inmediata.

Discusión: La fisiopatología del mucocele esfenoide se asocia al bloqueo de la secreción mucosa impidiendo su normal drenaje a las fosas nasales con su consiguiente ex-

pansión. Histopatológicamente se encuentra: metaplasia escamosa o células epiteliales mixtas. Posibles etiologías: mucoviscidosis, infecciones, tumoraciones, traumatismos, malformaciones, displasia fibrosa, etc. El diagnóstico es principalmente radiológico, ayudando a diferenciarlo de lesiones con comportamiento atípico de la base de cráneo. El tratamiento es principalmente quirúrgico, consistiendo en el drenaje y comunicación de la cavidad del seno con las fosas nasales.

Conclusión: El mucocele esfenoidal es una patología benigna con tratamiento curativo. Su escasa frecuencia y la facilidad de confundir ésta entidad con procesos neoplásicos de la base de cráneo, hace interesante contar con su conocimiento en el diagnóstico diferencial.

Palabras Clave: Abordaje Endonasal; Base de Cráneo; Mucocele Esfenoidal

Glioblastoma de fosa posterior. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

Sofía Beltrame, Michael Cruz Bravo, Ezequiel Goldschmidt, Silvia Christiansen, Pablo Ajler, Claudio Yampolsky
Hospital Italiano de Buenos Aires.
sofia.beltrame@hospitalitaliano.org.ar

Introducción: Los Glioblastomas (GB) de fosa posterior son lesiones infrecuentes, representando el 0.4 – 3.4% de todos los GB. Dado su rareza, existen pocos estudios de investigación acerca de estos tumores. Los datos disponibles arrojan diferencias y similitudes con los supratentoriales tanto en la biología tumoral, inmunohistoquímica y pronóstico del paciente. El conocimiento de esta localización posibilita tenerla en cuenta a la hora de plantear diagnósticos diferenciales y optimizar el tratamiento.

Descripción del caso: Se presenta un paciente de 40 años de edad que comienza con náuseas, vómitos, cefalea e inestabilidad en la marcha, con una RM que evidencia una lesión sólido-quística cerebelosa izquierda con realce perilesional luego del contraste. Se realiza un abordaje suboccipital medial logrando la exéresis completa de la lesión. El paciente evoluciona sin complicaciones postoperatorias con mejoría de la clínica previa. La anatomía patológica arroja hiperplasia celular dispuesta en empalizada, gran proliferación endotelial y GFAP positivo compatible con GB de fosa posterior.

Discusión: Los GB son los tumores primarios malignos más comunes del SNC; su localización cerebelosa es poco frecuente. Se diferencian de las lesiones supratentoriales por presentarse en personas más jóvenes (media 50 años). A pesar de esto no existen diferencias significativas en cuanto a la supervivencia. Según estudios publicados, la exéresis quirúrgica y la radioterapia adyuvante son factores

de buen pronóstico.

Conclusión: Resulta importante tener en cuenta la localización infratentorial de un GB para orientar el diagnóstico y poder diferenciarlo de otras lesiones similares.

Palabras Clave: Glioblastoma; Fosa Posterior; Cerebelo; Infratentorial

Neurosífilis en paciente inmunocompetente: a propósito de un caso

Patricia Quevedo, Walter Arias, Juan Pablo Sirena, Víctor Ramia, Angel Melchior
Hospital San Roque, Córdoba
patricia-quevedo@hotmail.com

Introducción: La sífilis terciaria se desarrolla en 1/3 de pacientes no tratados. La prevalencia y familiaridad de los médicos a esta vieja enfermedad disminuyó tras la era antibiótica, pero la emergencia del SIDA y HIV la incrementaron nuevamente. El treponema invade el SNC entre 3 y 18 meses después de la inoculación y causa una insidiosa inflamación meníngea crónica, que años después puede dar síntomas tempranos (meningitis, meningovascular) o tardíos (tabes dorsal, atrofia óptica, meningomielitis y demencia).

Descripción del caso: Caso Clínico: Femenino, 55 años, sin antecedentes. Comienza con alteración del comportamiento y trastornos amnésicos de 8 meses de evolución, sin respuesta al tratamiento psiquiátrico, que profundiza y agrega trastornos del lenguaje. VDRL en LCR 1/8, VDRL en suero 1/32, FT Abs (+), inmunocompetente. RM: lesión difusa de sustancia blanca frontal izquierda. Se diagnóstica neurosífilis. Inicia tratamiento: Penicilina G 6.000.000 UI c/6 horas (14 días) sin mejoría. Es admitida en nuestra Institución, se repite RM: progresión de la enfermedad y extensa afección bifrontal. Se realiza biopsia estereotáctica: vasos sanguíneos con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario perivascular, edema y congestión. Reajuste de medicación: Penicilina G 4.000.000 c/4 hs (14 días), luego con 2.400.000 UI G Benzatinica c/7 días (3 dosis). Mejoría clínica y resolución de imágenes; serología de control en LCR: VDRL 1/4 a 6 meses de tratamiento.

Discusión: La Neurosífilis, también llamada “la gran imitadora” corresponde a menos del 10% de los pacientes no tratados. Su progresión, aún con tratamiento, es peor en inmunodeprimidos y formas parenquimatosas (daño neuronal irreversible) que en la meningitis sífilítica o forma meningovascular (nuestro caso). La VDRL en LCR positiva es diagnóstica, pero algunos casos requerirán pruebas treponémicas y/o biopsia.

Conclusión: La Neurosífilis debe ser considerada en to-

dos los pacientes con desordenes cognitivos, especialmente jóvenes, sin respuesta a tratamientos psiquiátricos. Su pleomorfismo puede simular tumores. La identificación y tratamiento correcto determinan mejor pronóstico.

Palabras Clave: Neurosífilis; Sífilis Terciaria; Treponema

Abordaje transciliar supraorbitario a meningioma supraselar

Alexis A. Morell, María Laura Canullo, José Carlos Nallino

Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, Rosario, Santa Fé

alexismorell@hotmail.com

Introducción: Los meningiomas supraselares son una entidad de baja frecuencia, pudiendo imitar adenomas, craneofaringiomas u otros tumores. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son disminución de la agudeza visual, alteraciones en la campimetría, atrofia óptica e hiposmia.

Descripción del caso: Se describe un caso de un paciente de 61 años de edad con diagnóstico por RM de una masa ocupante en la región supraselar. El paciente ingresa con ceguera completa derecha y hemianopsia temporal izquierda, de 4 meses de evolución, de carácter progresivo. Se decidió tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realizó un abordaje supraorbitario derecho, por incisión transciliar, logrando la exéresis de la masa (Simpson III). El diagnóstico anatómo patológico confirmó la presencia de un meningioma grado I de la OMS. El paciente tuvo una recuperación parcial de la visión del ojo izquierdo, sin cambios en el campo visual derecho.

Conclusión: Los meningiomas supraselares son tumores infrecuentes, cuya resolución depende de las características anatómicas del mismo. En nuestro caso, a través de un abordaje transciliar supraorbitario se logró una remoción de la mayor parte de la masa, con aceptables resultados funcionales y estéticos.

Palabras Clave: Abordaje Transciliar; Meningioma Supraselar

Tuberculoma simulando MTS del SNC

María Florencia Navallas, Hernán Moya, Matias Sein, Juan Iturrizaga, José Rego, Esteban Loncharic

Hospital Interzonal General de Agudos .Dr. Luis Güemes de Haedo

aicnerolfnalls@hotmail.com

Objetivo: Presentar un caso de tuberculoma simulando

clínica y radiológicamente, una lesión metastásica del SNC.

Descripción: Paciente femenina de 23 años, nacida en Perú; consulta por epilepsia de 1 mes evolución, sin historia previa de tuberculosis. La RMN evidencia una lesión isointensa en T1, hipointensa en T2 que realce con contraste, en región parietal derecha y abundante edema perilesional.

Intervención: Siendo todas las serologías infecciosas negativas (HIV, Chagas, Toxoplasmosis, etc.) y TC TAP normal; se realiza craneotomía frontoparietal con exéresis total de dicha lesión. La histopatología evidencia un granuloma tuberculoide, sin rescate de bacilos en LCR. Evoluciona favorablemente sin déficit, y comienza tratamiento antituberculostático por 9 meses.

Conclusión: Los tuberculomas pueden tener una presentación clínica y apariencia imagenológica similar a las lesiones metastásicas del SNC. Es necesario realizar exéresis y diagnóstico histológico para distinguir entre estas dos lesiones.

Palabras Clave: Lesión Única de SNC; Tratamiento Antituberculostático; Tuberculoma del SNC

Cavernomatosis múltiple: sangrado simultáneo de dos lesiones en una forma no familiar

María Emilia Paday Formenti, Viviana Ali, Roxana Piris, Andrés Mayer, Guillermo Larrarte, Diego Masaragian

Hospital Prof. Dr. Ramón Carrillo

maria_emilia_paday@yahoo.com.ar

Objetivo: Los angiomas cavernosos son espacios vasculares sinusoidales, separados por finas paredes de colágeno, sin parénquima cerebral interpuesto. Afectan al 0,4-0,8% de la población. El 18,7 % de los cavernomas son múltiples y el 75% de las formas múltiples son familiares.

El objetivo de nuestro trabajo es realizar una revisión bibliográfica y presentar un caso de cavernomatosis múltiple con sangrado simultáneo.

Descripción: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino con cavernomatosis múltiple cerebral la cual fue diagnosticada a los 29 años de edad, cuando presento episodio de convulsión tónico clónica generalizada.

Intervención: Se realiza cirugía de exéresis de cavernomas frontal izquierdo y parietal derecho. Persiste con crisis parciales simples motoras derechas. Luego de 4 años, efectúa la exéresis de cavernoma frontal izquierdo utilizando marco de estereotaxia. Continúa luego con lamotrigina 300 mg/d y lorazepam 0,25 mg/d presentando crisis parciales simples motoras derechas esporádicas.

Conclusión: Los cavernomas deben ser siempre considerados ante lesiones cerebrales múltiples en la RMN. El

sangrado simultáneo de dos o más lesiones en la cavernomatosis es extremadamente raro y más aún lo es en las formas esporádicas. Encontramos un solo caso reportado en la bibliografía de cavernomatosis múltiple con sangrado simultáneo en una forma no familiar.

Palabras Clave: Cavernomatosis Cerebral; Estereotáctica; Forma no Familiar; Sangrado Simultáneo

PEDIATRÍA

Malformación aneurismática de la vena de Galeno (MAVG): nuestra Experiencia

Juan Manuel Liñares, Guido Gromadzyn, Juan Manuel Marelli, Roberto Jaimovich, Flavio Requej
Servicio de Neurocirugía, Hospital de Pediatría J. P. Garrahan, Buenos Aires.
 juanma_kolke@hotmail.com

Introducción: La MAVG consiste en una dilatación aneurismática de la vena prosencefálica medial producida por comunicaciones arteriales persistentes, generando una fístula arteriovenosa de alto flujo. Es importante diferenciarla de la dilatación de la vena de Galeno secundaria a una MAV.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron las historias clínicas y estudios por imágenes (TAC, RMN y angiografías) de 13 pacientes con diagnóstico de MAVG en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2013.

Resultados: El rango etario osciló entre los 3 días de vida y los 4 años de edad; 8 correspondieron al sexo masculino y 5 al femenino. La edad al diagnóstico fue en general antes de los 12 meses de vida, siendo en 5 pacientes en la primera semana. La forma de presentación más frecuente fue la inestabilidad hemodinámica al nacer. Dos de los pacientes requirieron un sistema de derivación del líquido cefalorraquídeo. La mayoría requirió más de una embolización terapéutica. Tres pacientes fallecieron por insuficiencia cardíaca y uno debido a hemorragia cerebral.

Conclusión: Es una patología poco común de la población pediátrica. El tratamiento más aceptado es por vía endovascular. La RNM y angioRNM son fundamentales para la estrategia de embolización. La insuficiencia cardíaca refractaria del recién nacido tiene una alta mortalidad aún con oclusión exitosa de las fistulas.

Palabras Clave: Hidrocefalia; Insuficiencia Cardíaca Congénita; Vena de Galeno; Vena Prosencefálica; Tratamiento Endovascular

Tumores cerebrales gigantes en pediatría: diagnóstico y evolución

Jesica Buznick, Marcelo Bartuluchi, Ramiro del Rio, Maria Laura Gonzalez, Roberto Jaimovich
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, CABA
 jbzuznick@hotmail.com

Introducción: El objetivo es analizar nuestra experiencia en pacientes pediátricos con tumores cerebrales gigantes.

Material y Métodos: A través de un estudio retrospectivo y observacional se analizaron 837 historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de tumor cerebral al Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan entre el año 2010 y la actualidad. Se definió como tumor gigante a todo aquel cuyo diámetro mayor supere los 7 centímetros. Se tomaron en cuenta la edad del paciente, síntomas iniciales, anatomía patológica, resección quirúrgica y evolución.

Resultados: Se hallaron 8 pacientes con diagnóstico de tumor cerebral gigante, 6 de sexo masculino y 2 femenino con una edad media de presentación de 2 años y 2 meses (rango 6 días -7 años). Los signos o síntomas iniciales en 4 de los pacientes fue aumento de perímetro cefálico, 2 presentaron hemiparesia y 2 crisis convulsiva e inestabilidad en la marcha. En 7 casos la anatomía patológica informó tumor maligno y solo en un caso tumor benigno. En 5 pacientes se logró la exeresis total del tumor. Hasta la fecha 3 de los 8 pacientes fallecieron.

Conclusión: Al igual que en la bibliografía publicada se pudo observar que los tumores de mayor tamaño se presentan con mayor frecuencia en los primeros años de vida. Pese a que los tumores gigantes, en nuestra experiencia, fueron en su gran mayoría histológicamente malignos, una exéresis quirúrgica agresiva sumada al tratamiento oncológico, logró la sobrevida en la mayoría de ellos, con un seguimiento de 3 a 54 meses y la resolución del foco neurológico inicial en la totalidad de los casos.

Palabras Clave: Cirugía; Pediatría; Tumores Cerebrales

IV ventrículo aislado como complicación de pioventriculitis por klebsiella pneumoniae

Soledad Barretta, Agustín López Sanabria, Eugenio D'Annuncio, Silvina Apraiz, Leandro Saucedo, Gustavo Tróccoli
Servicio de Neurocirugía, Hospital Interzonal Dr J. Penna, Bahía Blanca
 soledadbarretta@gmail.com

Objetivo: Reportar el caso de cuarto ventrículo aislado, producto de pioventriculitis por klebsiella pneumoniae y su posterior resolución quirúrgica.

Descripción del caso: Paciente de 13 años de edad que ingresó con deterioro del sensorio y cefalea. La TAC de encéfalo demostró hemorragia subaracnoidea difusa con dilatación y volcado ventricular. Se le colocó drenaje ventricular externo. La angiotomografía cerebral informó malformación arteriovenosa, confirmada por angiografía. Presentó complicación con pioventriculitis por *klebsiella pneumoniae*. Recibió tratamiento intravenoso con meropenem e intraventricular con amikacina. Posteriormente presentó trastornos deglutorios y sensorios alternantes que requirió asistencia respiratoria mecánica. La TAC de encéfalo mostró dilatación del 4° ventrículo con descenso de las amígdalas cerebelosas.

Intervención: Se realizó craniectomía descompresiva suboccipital y acueductoplastia desde el 4° ventrículo. La TAC encéfalo demostró 4° ventrículo con normalización del diámetro del mismo. La paciente evolucionó satisfactoriamente sin secuelas.

Conclusión: El 4° ventrículo aislado es una complicación poco frecuente, generalmente secundario a hidrocefalia post infección o post hemorrágica. La craniectomía suboccipital más la acueductoplastia con colocación de un stent es un método efectivo para restaurar la circulación del LCR.

Palabras Clave: Acueductoplastia; Cuarto Ventrículo Aislado; Pioventriculitis

VASCULAR CEREBRAL

Tratamiento endovascular de las fístulas piales

Maria Paula Leyes, Cesar Maximiliano Quintana Corvalan, David Emmanuel Linguido, Eduardo Emilio Tejado, Eduardo Guerra, Gabriel Antonio Russo
HIGA San Martín, La Plata, Buenos Aires
paulitaleyes@hotmail.com

Introducción: Las Fístulas Arteriovenosas Piales No Galénicas (FAVP) son parte del 1.6% de todas las malformaciones vasculares y se presentan generalmente en niños y adolescentes.

Presentación de caso: Paciente masculino de 20 años, que debutó con una lesión hemorrágica temporal basal derecha. La angiografía cerebral demostró un cortocircuito arteriovenoso desde un ramo de M1 derecho hacia una rama Temporal Basal tributaria del seno Transverso homolateral.

Se procedió al tratamiento endovascular mediante cateterización superselectiva del pedículo arterial y embolización con material líquido.

Los disparos angiográficos finales demostraron la oclusión de la fístula y la permeabilidad del árbol vascular. Actualmente no se observa recanalización de la lesión.

Resultado: Las FAVPNG son generalmente congénitas y pueden asociarse a otros síndromes. La mitad de los casos desarrollan un episodio hemorrágico o isquémico grave con evolución ominosa. Debido a su historia natural es importante establecer rápidamente el diagnóstico.

El manejo quirúrgico se reserva para los casos con pedículos superficiales accesibles. El tratamiento endovascular es la primera elección en las FAVPNG profundas. Debe escogerse adecuadamente el material embolizante y la técnica. Se pueden utilizar materiales líquidos y coadyuvantes, como coils o balones, para la disminución del flujo previo a la inyección.

Conclusión: Debido a la elevada morbimortalidad de las FAVNG, deben ser precozmente tratadas. La estrategia endovascular consiste en la obliteración del cortocircuito mediante embolización superselectiva de los afluentes arteriales. La Embolización debe practicarse lo más cercanamente posible a la vena de drenaje, evitando la migración del material y limitando las complicaciones.

Palabras Clave: Embolización superselectiva; Fístulas Arteriovenosas Piales No Galénicas

Comportamiento de aneurisma de hiperflujo del polígono de Willis asociado a malformación arteriovenosa: reporte de un caso

Román Pablo Arévalo, Jorge Luis Bustamante, Clara Martín, Fidel Sosa, Romina Argañaraz, Juan Facundo Rodríguez

Hospital El Cruce S.A.M.I.C., Florencio Varela
roman_arevalo@hotmail.com

Introducción: La forma más frecuente de presentación de las Malformaciones arteriovenosas (MAVs) cerebrales es la hemorragia (30-82% según las distintas series). Cerca del 65% de las resultantes hemorragias provienen del aneurisma y no de la MAV propiamente dicha. Otras formas de presentación incluyen convulsiones, cefalea y déficit motor focal. El objetivo del tratamiento es disminuir al mínimo las posibilidades de sangrado.

Descripción de caso: Paciente masculino de 14 años de edad portador de una Malformación arteriovenosa (MAV) Spetzler-Martin grado 3, localizada en el opérculo frontal izquierdo. La angiografía digital evidencia aferencia del ramo silviano de M2, con drenaje superficial a vena de Labbé y seno longitudinal superior. Se observa además asociado un aneurisma de hiperflujo localizado en ramo temporal temprano.

El paciente fue sometido a cirugía de exéresis de MAV, no tomándose conducta con respecto al aneurisma observado por angiografía digital.

Resultado: Se logró una resección quirúrgica completa

de la MAV, con buena evolución postquirúrgica sin déficit neurológico. Se solicitaron TC, RMN y angiografía digital como métodos complementarios de control. Se certificó la ausencia de remanente de malformación, y, a su vez, el estudio endovascular demostró la regresión absoluta del aneurisma de hiperflujos a pesar de no haber sido tratado quirúrgicamente.

Conclusión: Se presentó el caso de una MAV opercular izquierda, asociada a un aneurisma M2 de hiperflujos. Siendo motivo de discusión en la literatura el de si tomar o no una conducta activa con respecto a este tipo de aneurismas, debido a evidencias de su displasia y su delgada pared, los cambios hemodinámicos del tratamiento de la MAV pueden precipitar su ruptura, mientras que otras series muestran la desaparición del aneurisma posterior al tratamiento de la MAV. En este caso en cuestión se observó la regresión espontánea del aneurisma luego del tratamiento quirúrgico de la MAV en sí misma.

Palabras Clave: Aneurisma de Hiperflujos; Malformación Arteriovenosa; Spetzler- Martin

NEUROTRAUMA

Complicaciones de la craniectomía descompresiva. Serie de casos

Juan Carlos Giménez, Lorena Gurdzel, Marcelo Peluso, Horacio Barea, Horacio Solé
Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. CABA.
jrcgimenez@hotmail.com.ar

Introducción: Al margen de las evidencias actuales, la craniectomía descompresiva es ampliamente empleada en el tratamiento quirúrgico de la hipertensión endocraneana en el traumatismo de cráneo. El presente estudio tiene por objetivo evaluar las complicaciones que sufrieron los pacientes sometidos a craniectomía descompresiva.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de la evolución postoperatoria de las craniectomías descompresivas de diversa etiología realizadas en la División Neurocirugía del Hospital Pirovano en los últimos 10 años, pesquizando las complicaciones postquirúrgicas. Se exponen los antecedentes bibliográficos del tema.

Resultados: Se estudiaron 33 casos de craniectomías descompresivas de diverso origen. En el 71,8% de los casos se evidenció aumento de las contusiones existentes, 68,7% presentó aparición de nuevas contusiones, 71,8% desarrolló síndrome del trefinado, 53,3% presentó en el curso de su evolución herniación paradójica, 78,1% presentó herniación cerebral externa, el 34,38% evolucionó con hígroma subdural y el 28,1% desarrolló hidrocefalia.

Conclusión: Si bien se evidenció una alta tasa de compli-

caciones en la población estudiada, esta no varía en relación a otros estudios. Resulta difícil, dada la limitación del tipo de estudio epidemiológico planteado, enunciar cuál fue el rol de la craniectomía descompresiva per se en la evolución de las complicaciones, sin embargo se podrían elaborar hipótesis de futuras revisiones en el tema.

Palabras Clave: Complicaciones; Craniectomía Descompresiva; Hipertensión Endocraneana

INFECCIONES

Hidatidosis cerebral sobre infectada en la Infancia: a propósito de un Caso

Ariel Bravo, Omar Urquizu, Emilio Pelleriti, Raúl Otoya, Ricardo Vidal Moyano

Departamento de Neurocirugía y Neurología infantil, Hospital pediátrico Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina.

Objetivo: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria en la que el hombre es un huésped intermediario accidental, portador de la forma larvaria de *Echinococcus granulosus*. La forma más frecuente de hidatidosis es la hepática, seguida de la pulmonar. La localización en el sistema nervioso central es rara. La gran mayoría de los quistes hidatídicos cerebrales han sido diagnosticados en niños. Los quistes localizados en este sitio presentan diferentes e interesantes características en su evolución diagnóstica y tratamiento.

Descripción: Se presenta el caso de un paciente de 10 años de edad que presenta un cuadro de cefalea, vómitos y hemiparesia braquiocrural izquierda de 48 hs de evolución. Fue evaluado con métodos diagnósticos imagenológicos, bioquímicos y serológicos, logrando el diagnóstico de hidatidosis cerebral múltiple sobreinfectada.

Intervención: Es intervenido quirúrgicamente, reseccando dos quistes hidatídicos de 5 cm en diferentes tiempos quirúrgicos. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema usando la base de datos de pubmed encontrando escasos reportes en la literatura. Se discute sus principales características clínicas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Conclusión: Esta revisión preconiza la importancia del diagnóstico precoz de la hidatidosis cerebral, ya que si bien el compromiso encefálico representa una localización inusual, es una patología con elevada morbimortalidad, sobre todo cuando existe sobreinfección quística. La elevada incidencia de hidatidosis en nuestro país, hacen que esta patología deba ser siempre considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones quísticas encefálicas, cada una de ellas con implicancias terapéuticas y pronósticas muy diferentes. Dado la gravedad de la localización encefálica de los quistes hidatídicos, deben resolverse en

lo posible con tratamiento quirúrgico, resecaando el quiste por completo para evitar su ruptura y el riesgo de recidiva.

Palabras Clave: Echinococcus Granulosus; Hidatidosis Cerebral; Quiste Hidatídico Cerebral Sobreinfectado

Chagoma Cerebral en Paciente VIH/Sida. A Propósito de un Caso

Juan P. Sirena Talocchino, Franco Nicola, Patricia Quevedo, Christian Genoet, Victor Hugo Ramia , Angel Melchior

Nuevo Hospital San Roque de Córdoba

juampisirena@gmail.com

Introducción: En pacientes con SIDA las lesiones cerebrales ocupan un lugar importante presentando un reto diagnóstico para neurocirugía, siendo necesario excluir enfermedades complejas. Los casos reportados de lesiones cerebrales granulomatosas de origen chagásico son escasos (Chagoma), con mayor frecuencia la meningoencefalitis. La biopsia es un método simple y útil para determinar la etiología.

Descripción del caso: Paciente femenina de 32 años, en estadio 3 SIDA, en tratamiento con antirretrovirales con CD4 176 células/uL. Ingresó con desorientación, bradipsiquia y hemiparesia derecha. IRMN imágenes redondeadas, hipointensas en T1 y FLAIR e hiperintensa en T2, con realce en anillo y edema perilesional. LCR s/p. Serología negativa para Toxoplasmosis, TBC, Chagas, Cito-

megalovirus, Hepatitis B y C, con tratamiento antitoxoplasmosis, antifúngicos y antibacterianos empíricos sin mejoría. Se procede a biopsia a cielo abierto en la que se observa T. Cruzi en forma de amastigotes. Se inicia tratamiento con Fluconazol/Benznidazol. IRMN cerebral control a 40 días sin mejoría clínica ni radiológica. Paciente fallece a los 90 días.

Discusión: La reactivación en pacientes inmunocomprometidos es rara salvo en pacientes HIV+ donde existen alteraciones significativas de la inmunidad celular y pueden ocurrir manifestaciones agudas de la enfermedad, sobre todo en pacientes con recuento linfocitario inferiores a 200 CD4+/mm³ (estadio 3 de SIDA). La principal forma es a través del SNC caracterizándose por lesiones focales (chagomas) o meningoencefalitis. Estas lesiones suelen ser indistinguibles con las imágenes diagnósticas obtenidas con TAC o IRMN, de otras únicas o múltiples producidas por toxoplasmosis, criptococosis, linfomas primarios del SNC y Gliomas cerebrales.

Conclusión: En inmunocomprometidos, el chagas cerebral es de exclusión debido a que existen protocolos iniciales para toxoplasmosis, criptococosis y linfomas primarios del SNC como principales etiologías. Dicha afección provoca una mortalidad del 100%, siendo nuestro caso coincidente con la estadística encontrada en la literatura. La biopsia es una herramienta útil en pacientes seleccionados, llevando a un diagnóstico y tratamiento más temprano.

Palabras claves Chagoma; Chagas Cerebral; Tripanosomiasis; Tripanosoma Cruzi