

RESÚMENES DE TRABAJOS DE PRESENTACIÓN ORAL

Patología tumoral

Evolución de los endimomas anaplásicos supratentoriales

G. ZUCCARO, J.F. RODRÍGUEZ, F. PALMA, V. CUCCIA

Objetivo. Analizar nuestra casuística en endimomas anaplásicos supratentoriales resaltando la posibilidad de buena evolución.

Método. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes operados con diagnóstico anatomopatológico de endimoma anaplásico de ubicación supratentorial entre el 1/1/88 al 31/12/03.

Resultados. Se presentan 30 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de endimoma anaplásico: 16 fueron de sexo masculino y 14 femenino con un rango de edad de 3 meses a 17 años, media 6.5 años. Los síntomas iniciales fueron HEC en 18, foco motor en 10, convulsiones en 7, ataxia 3, estrabismo 2, diplopía 1. En todos se realizó TAC prequirúrgica y en 5 IRM. Todos fueron operados: el grado de exéresis fue total (+95 %) en 19, subtotal (70 al 95 %) en 7 y parcial (-70%) en 4, sin mortalidad peri operatoria. En 27 pacientes se realizó quimioterapia más radioterapia, en 1 solo quimioterapia y en 1 solo radioterapia, en el restante no se realizó tratamiento. Quince pacientes se reoperaron por recidiva o remanente. De los 30 pacientes 12 están muertos, con una sobrevida media de 2.6 años, 18 están vivos al 2003 con una sobrevida media de 8.5 años. La sobrevida global fue de 6.1 años.

Conclusión. Pese a que el endimoma anaplásico es un tumor maligno, en la mayoría de los casos la sobrevida suele ser elevada.

Tumores neuroepiteliales disembrionarios de características inusuales

M. BARTULUCHI, F. LUBIENIECKI, A.L. TARATUTO, A. GROZS, H. POMATA, G. ZUCCARO

Objetivo. Presentar un grupo de tumores neuroepiteliales disembrionarios (DNT) con cambios clínico patológicos especiales que asemejan transformaciones malignas.

Método. Fueron estudiados retrospectivamente 29 pacientes con diagnóstico patológico de DNT de los cuales 5 tuvieron cambios clínico patológicos que asemejaban transformación maligna.

Resultados. Desde el año 1988 hasta la fecha 29 DNT fueron operados y seguidos por el departamento de Neurocirugía, 7 (25%) fueron reoperados por persistencia o reaparición de las crisis convulsivas. La localización tumoral de los pacientes que fueron reoperados fue la córtico-subcortical y en dos además hubo compromiso de estructuras profundas. Todos los casos fueron diagnosticados como DNT en la primera biopsia, y los hallazgos encontrados en la segunda biopsia fueron nódulos gliales relacionados con áreas de captación de contraste no presentes en la primera biopsia, áreas de mayor densidad celular con pleomorfismo y necrosis de origen isquémico.

co. Todos los pacientes han tenido buena evolución y todos a excepción de uno están libres de crisis posterior a la cirugía. **Conclusión.** Los cambios clínico patológicos hallados en este grupo especial de pacientes no necesariamente implican transformaciones malignas y los mismos obedecen a cambios evolutivos en algunas formas histológicas complejas.

Fistula de LCR en los abordajes del ángulo pontocerebeloso

F. CARBONE, G. FOENQUINOS, L. BUGIOLACCHI, M. ESPECHE, H. GALAFASSI

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia y conducta quirúrgica precoz en el manejo de este tipo de complicaciones, para evitar los graves riesgos que implica el tratamiento conservador.

Método. Se presentan 18 casos de fistulas de LCR como complicación en 390 abordajes al ángulo pontocerebeloso efectuados desde enero 1983 a julio 2004 por vía suboccipital retrosigmoides en el Hospital B. Rivadavia y Fundación Arauz. Se analizan las causas y mecanismos de producción, se describen la metodología diagnóstica y los procedimientos quirúrgicos utilizados para su resolución.

Resultados. En la totalidad de los casos operados se observó el cierre definitivo de la fistula sin recidiva.

Conclusión. El cierre quirúrgico precoz ha demostrado ser el método más seguro para este tipo de complicaciones, dados los graves riesgos que implica para el paciente una conducta conservadora.

Diseminación leptomenígea en gliomas de bajo grado

M. BARTULUCHI, F. LUBIENIECKI, D. ALDERETE, A. GROZS, G. ZUCCARO

Objetivo. Presentar la evolución de dos pacientes con diagnóstico de gliomas de bajo grado (GBG) con amplia diseminación leptomenígea (DLM).

Descripción: Caso 1. Paciente de 14 años operado en otra institución de un astrocitoma pilocítico de cerebelo con exéresis completa, derivado a nuestro hospital por presentar amplia diseminación leptomenígea. Al ingreso evidencia rápida progresión neurológica. **Caso 2.** Paciente de 9 años que consulta por astenia, pérdida de peso, cefaleas y mareos, la TAC y IRM mostraron una lesión en fosa posterior con amplia diseminación leptomenígea en área supraselar, cisternas de la base y región espinal.

Intervención. Caso 1. Se decide iniciar tratamiento radiante, dos semanas después por aumento de la sintomatología se realiza exéresis de una de las lesiones espinales. Tres meses después por progresión de su enfermedad comienza con Carboplatino y Vincristina sin respuesta. El paciente es reoperado 15 meses después con progresión de las imágenes en las lesiones espinales caudales. El paciente permanece vivo con enfermedad a 4 años del diagnóstico. **Caso 2.** Se realiza exéresis completa de la lesión del vermis cerebeloso con diagnóstico patológico de astrocitoma pilocítico con

componente neuronal. El paciente comienza con Carboplatino y Vincristina al mantenerse estable se intenta agregar a este esquema Etoposido completando 12 meses de tratamiento con enfermedad estable. El paciente está vivo sin signos clínicos de progresión con enfermedad estable desde hace 18 meses.

Conclusión. La DLM es un evento frecuente tanto al diagnóstico como en la evolución de los gliomas de alto grado y asociada generalmente a mal pronóstico. Los GBG tienen una evolución muy favorable con una supervivencia que va del 92% al 100% siendo el grado de resección el factor pronóstico más importante. La DLM en los GBG está estimada en 5% al diagnóstico y entre el 7-10% en la progresión. La DLM en los GBG es posible en cualquier variante histológica. La DLM, aunque excepcional, puede presentarse al diagnóstico o durante la evolución de los GBG. A diferencia de los tumores de alto grado, la DLM en GBG no predice pronóstico por tal motivo la observación y el tratamiento conservador son la mejor terapéutica aunque la quimioterapia podría tener un efecto positivo en la estabilización de las lesiones.

Xantastrocitoma pleomórfico

E.L. D'ANNUNCIO, G. TRÓCCOLI, A. CAMPERO, H. ZEMMA

Objetivo. Presentar el caso de un paciente con un xantastrocitoma pleomórfico.

Descripción. Paciente de 31 años, sexo masculino, con convulsiones y hemiparesia izquierda progresiva de dos meses de evolución.

Intervención. La resonancia magnética reveló un tumor quístico con un nódulo mural del área central derecha. Se realizó la extirpación total de la lesión, cuyo diagnóstico histopatológico fue un xantastrocitoma pleomórfico.

Conclusión. El xantastrocitoma pleomórfico es un tumor cerebral raro, que se presenta en adultos jóvenes y su pronóstico es favorable si la resección quirúrgica es completa.

Tumor anexial ecrino mixto maligno con invasión de calota y endocráneo

P. MAGGIORA, J. EZTALA, C. VÁZQUEZ, P. GIDEKEL

Objetivo. Reportar el caso de un raro tumor de glándulas sudoríparas ecrinas.

Descripción: Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico de espiroderoma-cilindroma maligno que, originándose en el cuero cabelludo, invadió la calota y meninges. El paciente había sido sometido previamente a múltiples intervenciones quirúrgicas por lesiones recurrentes que en principio fueron benignas y confinadas al cuero cabelludo y luego mostraron transformación maligna con un comportamiento local muy agresivo y un intervalo entre recidivas progresivamente menor.

Intervención. Se reseccó la lesión y se instituyó radioterapia postoperatoria.

Conclusión. Los tumores anexiales ecrinos malignos son una rareza histopatológica. Habitualmente se desarrollan sobre un tumor benigno de meses a años de evolución. Tienen comportamiento localmente agresivo, altamente recidivante y potencial metastásico locoregional y a distancia. La resección quirúrgica con criterio oncológico en la base del tratamiento. Radioterapia y quimioterapia no han demostrado alterar la evolución de la enfermedad.

Neurocitoma intraventricular

M. HERNÁNDEZ, C.F. CENTURIÓN

Objetivo. Descripción del tratamiento de un neurocitoma intraventricular.

Descripción. Paciente de sexo masculino de 17 años de edad que debuta con clínica de hipertensión endocraneana. Lo único objetivable en su examen físico era edema de papila bilateral. Los estudios por imágenes revelaron la presencia de una lesión

Intervención. Fue abordado quirúrgicamente a través de una vía transcortical frontal derecha.

Conclusión. Neurocitoma es una lesión tumoral poco frecuente de bajo grado de malignidad, cuyo tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Está en discusión el tratamiento coadyuvante con radioterapia.

Tumor epidermoide supraselar Reporte de un caso y revisión bibliográfica

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

Objetivo. Presentar un caso de una paciente con un tumor epidermoide supraselar y realizar una revisión bibliográfica sobre esta entidad.

Descripción. Paciente de 38 años, sexo femenino, que ingresa con cuadro de cefalea, vómitos, disartria, disminución de la agudeza visual, alteraciones de la memoria y hemiparesia. La TAC y IRM encefálica revelaron una gran lesión supraselar que no reforzaba con el contraste.

Intervención. A la paciente se le realizó una craneotomía bifrontal y la remoción del tumor supraselar fue total. La evolución de la paciente fue muy buena, sin déficit neurológico.

Conclusión. Los tumores epidermoides son lesiones que se originan por la inclusión de elementos epiteliales dentro del sistema nervioso durante el cierre del tubo neural. Son lesiones extraaxiales, que crecen por productos de descamación de la células epiteliales. La mayoría se localizan en la fosa posterior, aquellos ubicados en el compartimiento supratentorial suelen asentar en la región paraselar. En la TAC sin contraste son frecuentemente lesiones hipodensas. Estas lesiones son usualmente inhomogéneas en la IRM y tienen varios grados de intensidad en relación al LCR en todas sus secuencias y no refuerzan tras la administración de contraste. La exéresis total no es siempre posible por las importantes adherencias del tumor a las estructuras neurovasculares.

Colesteatomas y sus complicaciones encefálicas

V. VIERA, G. CLAUSI, E. ECHEVERRÍA, P. GHILLINI, S. RANALLI

Objetivo. Presentar 2 casos clínicos y revisión de la literatura sobre colesteatomas y sus complicaciones encefálicas.

Descripción. Caso 1: paciente de sexo masculino de 20 años de edad con antecedentes de otorrea crónica que es derivado por servicio de O.R.L a nuestro servicio por presentar en TC de encéfalo formación nodular subcortical de localización temporal, de baja intensidad y que con el medio de contraste revela una capsula de 2 mm de espesor, rodeado de una zona de edema. Caso 2: paciente de sexo masculino de 16 años de edad que ingresa a terapia intensiva febril, en mal estado general con antecedentes de otorrea fétida y cefalea de 10 días de evolución, evidenciándose en la Tc de encéfalo realizada,

formación nodular multiloculada temporo occipital con reforzamiento tras la administración del contraste y también reforzamiento epidurario de los ventrículos laterales. Ambos pacientes presentaron colesteatoma con absceso secundario a éste

Intervención. Se indicó cobertura antibiótica y ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente conjuntamente con el servicio de O.R.L. realizándose por parte de este servicio la evacuación del absceso y exéresis de su capsula, al material aspirado se le realizaron tinciones y cultivos de rutina. En cuanto a su evolución fue buena en ambos casos.

Conclusión. El colesteatoma, se trata de un proceso que se produce en aproximadamente 20% de las otorreas crónicas, por lo general el paciente refiere vértigos, mareos y la presencia de una supuración en „escama de pescado“ fétida y espesa. La audición es paradójicamente buena ya que la masa del colesteatoma, actúa favoreciendo la transmisión sonora. En vista a que todos los colesteatomas son tributarios a la cirugía, debe realizarse la TC, la cual define su tamaño, su localización el estado de la cadena osicular, del nervio facial, extensión a la mastoides, sus relaciones con el seno sigmoideo y el bulbo yugular. La extensión del colesteatoma puede producir la lesión del tegmen tímpano, por lo tanto aumenta la posibilidad de complicaciones como meningocelitis, abscesos y trombosis venosas. Por lo tanto consideramos de importancia conocer esta enfermedad ya que el neurocirujano también tiene un rol activo, debido a las posibles complicaciones de esta patología.

Patología vascular

Clipado de aneurisma de arteria cerebral media con origen en arteria cerebelosa superior

E. R. SEOANE, M. COLONA, O. KONSOL, F. KNEZEVICH

Objetivo. Se describe la resolución quirúrgica de un aneurisma de arteria cerebral media izquierda con origen en la arteria cerebelosa superior homolateral y agenesia de arteria carótida interna homolateral. Esta variedad anatómica no ha sido descrita en la literatura.

Descripción. Se trata de una paciente de 48 años de edad que presentó un cuadro de hemorragia meníngea en julio de 1999, Hunt y Hess 3 y Fisher 2. La angiografía detectó un aneurisma sacular en la bifurcación silviana izquierda. Asimismo mostró agenesia de la arteria carótida interna homolateral y un origen del tronco M1 de la cerebral media desde la arteria cerebelosa superior homolateral.

Intervención. Se intervino quirúrgicamente por vía pterional izquierda y se logró el control proximal en la porción M1 inmediatamente luego de su emergencia a través de la membrana de Lilliequist, se clipó el aneurisma silviano y se detectaron las anomalías anatómicas ya vistas en la angiografía preoperatoria. En el postoperatorio evolucionó lúcida pero con moderada disfasia de comprensión. En la angiografía postoperatoria se evidenció una falta de relleno en el tronco inferior silviano izquierdo producto de un clipado aneurismático muy cercano a la pared de la arteria. La paciente presentó una franca recuperación con restitución ad integrum a los 12 meses de la cirugía.

Conclusión. Se describe un caso que demuestra la presencia de una variedad anatómica no descrita de origen de la arteria cerebral media estando acompañada de una malformación vascular.

Cavernomas bitemporales

M.O. FERRERO, G. CUMBO NACHELI, A.J. QUARANTA,
G.E. FOUGA, J.R. NAGEL

Objetivo. Presentar el caso de una paciente que consulta por síndrome depresivo y que al realizarle los estudios por imágenes correspondientes se evidencian dos procesos expansivos en lóbulos temporales correspondiéndose a angiomas cavernosos.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 61 años de edad que consulta por síndrome depresivo, trastornos de la conducta y trastornos cognitivos.

Intervención. Se realizaron estudios con IRM de cerebro en secuencias ponderadas en T1, T2, FLAIR, angioIRM y SPGR con resonador 1,5 Tesla. Las imágenes demostraron dos procesos expansivos en proyección de las estructuras profundas de ambos lóbulos temporales. Están parcialmente calcificados, son heterogéneos en su brillo y refuerzan tras la administración de contraste. Las lesiones no ejercen efectos de masa sobre las estructuras encefálicas adyacentes.

Conclusión. Los angiomas cavernosos (o cavernomas) representan aproximadamente el 10% de todas las malformaciones cerebrales en los estudios posmortem. Se estima que el 4% de la población posee este tipo de malformación y se manifiesta clínicamente entre la 3era y 5ta década de la vida. Si bien las crisis convulsivas son la forma de presentación más frecuente debemos tenerlo en nuestro diagnóstico diferencial en pacientes que presenten síndrome depresivo acompañado de trastornos cognitivos y de la conducta.

Hemorragia intracraneales: experiencia de 112 casos

D.F. LUPINUCCI

Objetivo. Poder analizar lo ocurrido en el transcurso de 5 años, desde enero de 1999 hasta diciembre de 2003, con las hemorragias intracraneales, analizar indicaciones quirúrgicas y poder compararlas con otras casuísticas.

Método. Se estudiaron retrospectivamente un grupo de 112 hemorragias intracraneales que se agrupa en hemorragias subaragnoidea 15 casos (13,4%), hematoma subdurales 18 (16%), hematoma extradurales 4 pacientes (3,6%), 85 (75,9%) casos de hemorragias intracerebrales de los cuales 4 (4,7%) presentaban hemorragias intraventriculares; 51 pacientes (60%) fueron intervenidos quirúrgicamente con una mortalidad de pacientes intervenidos del 31,2% y una mortalidad total de 47%.

Resultados. Un total de 112 pacientes con hemorragias intracraneales 41 mujeres y 71 hombres con una edad promedio de 66,6 años. Con 51 cirugías realizadas, 11 clipados de aneurismas, 3 exéresis de malformaciones arteriovenosas, 2 cavernomas, 4 casos de derivación ventricular externa por hemorragia intra ventricular, 4 evacuación de hematomas extradural y 15 cirugías evacuadora de hematomas subdural y un total de 12 intervenciones de hematoma intra parenquimatoso cerebral. La mortalidad de los pacientes intervenidos fue del 31,2% con una mortalidad total de hematomas intracraneales del 47%. La forma de presentación de esta patología fue: cefaleas intensas: 27 casos convulsiones parciales simples: 3 casos; Convulsiones tónico clónicas generales: 5 casos; pérdida de conciencia: 19 casos; déficit neurológico: 58 casos; traumatismo encéfalo craneal: 20 casos. En este estudio no se tomaron en cuenta los pacientes embolizados. La causa más frecuente de mortalidad postoperatoria fue las infecciones respiratorias 41%, el distress respiratorio 22% y el deterioro neurológico 18%. Otros 19%.

Conclusión. Las hemorragias intracraneales es una patología frecuente, 23 casos cada 100.000 hab. En países desarrollados, que deben ser tenida en cuenta en el momento de adoptar una postura terapéutica quirúrgica para disminuir días de interacción, disminuir la morbimortalidad, acelerar recuperación y disminuir los costos.

Reversión inmediata y espontánea del vasoespasmio angiográfico en aneurismas accidentados luego del tratamiento endovascular

E. BENÍTEZ, C. MAINERI, C. FERNÁNDEZ, C. GIOINO

Objetivo. Analizar y demostrar angiográficamente la observación realizada en la experiencia de los tratamientos endovasculares en aneurismas accidentados con respecto al comportamiento del vasoespasmio focalizado angiográfico luego de la oclusión del aneurisma mediante coils GDC.

Método. Se analizó la serie de los últimos 75 aneurismas accidentados y embolizados. Se utilizó para el presente estudio únicamente aquellos casos en los que se hubiera comprobado vasoespasmio angiográfico focalizado durante el tratamiento. Se excluyó del mismo aquellos casos en los que se necesitó realizar angioplastia química o mecánica para revertir el vasoespasmio.

Resultados. De la serie de los últimos 75 aneurismas accidentados tratados mediante técnica endovascular, sólo 40 (53%) presentaron vasoespasmio angiográfico focalizado durante el procedimiento. De estos 40 casos, sólo 19 (25%) no requirieron reversión del vasoespasmio mediante angioplastia química o mecánica. De los cuales, en 15 (20%) de ellos, una vez embolizado el aneurisma mediante coils GDC, se producía una reversión inmediata sustancial (a veces total) del vasoespasmio angiográfico en los controles posteriores intraprocedimiento, sin haber -insistimos- utilizado ningún tipo de vasodilatador químico o mecánico. Destacando también la estabilidad e incluso mejoría -en algunos casos- del cuadro clínico neurológico luego del tratamiento.

Conclusión. Se realizó una observación basada en la evaluación angiográfica y clínica post-procedimiento acerca de la reversión del vasoespasmio focal inmediatamente a la oclusión endovascular con coils, no habiéndose utilizado angioplastia química o mecánica.

Patología infecciosa

Distonía segmentaria secundaria a cisticercosis cerebral tratada mediante evacuación estereotáctica

M. HERNÁNDEZ, L. BONOMI

Objetivo. Descripción un caso de una cisticercosis cerebral de ganglios basales.

Descripción. Paciente de sexo femenino de 28 años de edad cursando el 6° mes de gestación. Comienza conjuntamente con el embarazo con una posición distónica de su miembro superior derecho con contracción de bíceps hacia el pecho por debajo de la mama, y contracción de la muñeca con flexo-extensión de los dedos de la mano. La resonancia magnética nuclear reveló la presencia de una lesión quística putaminal izquierda de 6 cm³ de volumen.

Intervención. Ante la refractariedad al tratamiento conservador, y la limitación del uso de drogas debido a su

embarazo, se le realiza punción estereotáctica evacuándose la totalidad del quiste, tomando biopsia de la pared del mismo. Del material remitido a anatomía patológica y citología, fue posible realizar el diagnóstico definitivo. A las 24 hrs de realizada la evacuación del quiste, la paciente ya presentaba una clara mejoría en la postura del brazo, que fue objetivada en el tono muscular. A las 48 hrs fue dada de alta con controles inicialmente semanales y posteriormente cada dos semanas hasta la fecha del parto. La mejoría fue progresiva en los evadíos iniciales, logrando realizar actividades manuales con el miembro afectada, pero posterior al parto, la recuperación fue total.

Conclusión. La cisticercosis del sistema nervioso central es la infección parasitaria más frecuente. Las formas de presentación más comunes son las crisis convulsivas, signos y síntomas de hipertensión endocraneana y focos motores. La distonía es una forma muy infrecuente de presentación de esta patología. La evacuación quirúrgica, mediante técnicas estereotácticas, es el tratamiento de elección para lesiones profundas.

Meningitis postquirúrgica por enterococo vancomicina resistente

D. FINOGLIETTO, M. ESTRIN, R. ARIENTI, J. SCAPELLATO, G. SALINAS, M. PERROTTA

Objetivo. Presentación de meningitis postoperatoria inusual, causada por enterococo vancomicina resistente.

Descripción. El paciente R. O. de sexo masculino, 46 años de edad, ingresa al hospital el 26/7/04 por presentar somnolencia, afasia, fiebre y vómitos, sin foco motor, Glasgow 15/15, Hunt y Hess 1, Fisher 4, teniendo como antecedentes tabaquismo y alcoholismo. La TAC de cerebro de ingreso muestra: hemorragia subaracnoidea interhemisférica y de todas las cisternas de la base y ambas cisternas silvianas, con hematoma talámico izquierdo e imagen peritroncal izquierda. El 27/7/04 ingresa a terapia intensiva, con un Apache II al ingreso de 6 y un TISS 28 de 13.

Intervención. Se le realizó una angiografía digital que mostró un aneurisma de la cerebral anterior derecha, siendo clipado el mismo el 4/8/04. El 9/8/04 se le realizó hisopado rectal de control por brote dentro de la UTI, que desarrolló Enterococo vancomicina resistente, por lo que se realiza aislamiento de contacto. El 14/8/04 desarrolla Enterococo faecium vancomicina resistente en LCR, por o que comienza con cloranfenicol endovenoso 1 gramo cada 8 horas. El 17/8/04, se rescata Enterococo Faecium vancomicina resistente de punción de herida quirúrgica de cabeza, también en plaqueta ósea el 21/8/04, se reitera en LCR el aislamiento el 25/8/04. El 31/8/04 se le realiza derivación ventricular externa por hidrocefalia y se comienza con la administración de cloranfenicol 25 mg intratecal por día. La evolución del paciente es estable, permaneciendo vigil, afásico, con paresia a predominio derecho, Glasgow 11/15, completando 38 días de tratamiento con cloranfenicol endovenoso y 29 días de Intratecal, finalmente se negativizaron los cultivos en LCR efectuados el 6/10/04 y 8/10/04.

Conclusión. Motiva la presentación del caso la rareza de la meningitis por Enterococo vancomicina resistente, con escasos reportes en la bibliografía mundial y su respuesta al tratamiento instituido.

Columna

Endoscopia translaminar epidural (TEE). Eficacia y seguridad en el tratamiento de hernias de disco en el adolescente

D.J. DE ANTONI, M.L. CLARO, G.O. CALLE

Objetivo. El propósito de este estudio es mostrar nuestra experiencia, en la técnica quirúrgica T:E:E (Arthroscopy vol 12, n° 3, 1996), en una patología que si bien no es muy frecuente se ha incrementado la incidencia en los últimos años sobre todo en deportistas profesionales, planteándose la discusión en la elección del tratamiento

Método. Sobre un total de 482 pacientes intervenidos con TEE entre los años 1986-2003, 14 fueron jóvenes atletas con un promedio de edad de 17 años todos con extrusión discal e invasión del canal superior al 50% y déficit motor. La técnica quirúrgica utilizada es de abordaje endoscópico posterior, biportal, trans ligamento amarillo, utilizando irrigación a través de bomba, permanente visualización y triangulación óptico-instrumental.

Resultados. Sobre un total de población con hernias de disco con déficit neurológico intervenidos con TEE la incidencia de esta patología fue el 2,90 %, Follow up Max 13 años Min 2 años. Resultados: excelentes buenos 13 (92,85%); regular 1 (7,14%); retornaron a su deporte original 12 (85,71%); 14 excelentes y buenos 168 (96%); regulares 5 (2,85%) y malos 2 (1,14%).

Conclusión. Este procedimiento de mínima invasión está orientado a preservar las estructuras anatómicas y la estabilidad del segmento vertebral, permitiendo el tratamiento de los factores de compresión dentro del canal raquídeo. Se pudieron tratar el 100% de los casos con mínima invasión, bajo riesgo, sin necesidad de reconversión a cielo abierto, mínima agresión de las estructuras anatómicas máxima visualización y exactitud óptico instrumental, evolución postoperatoria y reinserción laboral rápida.

Laminoplastia cervical expansiva luego de cirugía por vía anterior

J.J. MEZZADRI, D. D'OSVALDO

Objetivo. Presentar los resultados de la laminoplastia cervical expansiva en tres casos previamente operados por vía anterior.

Descripción. En el caso 1 (M, 51 años) se efectuó una corpectomía C4 + C5; en el caso 2 (F, 50 años) se efectuó una corpectomía C5; en el caso 3 (F, 65 años) se efectuó una discectomía anterior C5-C6. En todos se empleó injerto autólogo y placa anterior. La resonancia magnética mostró una compresión residual anterior y lesiones medulares en los casos 1 y 3. Tenían clínica persistente de mielopatía (grados 4, 2 y 2 respectivamente). Se indicó una laminoplastia cervical expansiva.

Intervención. Se realizó una laminoplastia cervical con la técnica de apertura lateral y estabilización con miniplacas de 3 niveles (caso 1), 4 niveles (caso 2) y 5 niveles (caso 3). No hubo complicaciones en el postoperatorio. A los 3 meses solo mejoró el caso 2. En los otros dos no hubo cambios, probablemente por la presencia en la resonancia de lesiones medulares previas.

Conclusión. La laminoplastia fue efectiva en descomprimir la médula pero sólo hubo mejoría en los casos sin lesiones medulares previas.

Absceso epidural espinal. Nuestra experiencia en un año

L. FIGUEROA, M. LORENZO, D. MARTÍNEZ, F. ALBERIONE

Objetivo. Presentar tres pacientes con absceso epidural espinal (AEE) y nuestra conducta terapéutica.

Descripción. Caso 1: masculino, 58 años, antecedentes de artritis séptica de rodilla izquierda; dolor lumbar de 2 meses de evolución, presentó paraparesia progresiva 48 hs previas a la consulta. IRM: espondilodiscitis D8-D10 y colección epidural. Caso 2: femenino 68 años, antecedentes de tratamiento percutáneo por lumbalgia secundaria a canal estrecho, ingresa por shock séptico, presenta dolor y parestesias en miembros inferiores. IRM: espondilodiscitis L4-L5, colección epidural y absceso de ambos psoas.

Caso 3: masculino, 56 años, antecedentes de tratamiento crónico con corticoides y AINES por lumbociatalgia, ingresa por shock séptico asociado a cuadriparesia. IRM: colección anterior cervicodorsolumbar epidural.

Intervención. En el caso 1 y 2 se realizó laminectomía y evacuación de colección purulenta. En el caso 3 el tratamiento fue conservador (antibioticoterapia) con resolución de la colección.

Conclusión. El AEE es una urgencia tanto neuroquirúrgica como infectológica. En aquellos pacientes con déficit neurológico, la cirugía es el tratamiento de elección sumado a la antibioticoterapia; mientras que en pacientes sin compromiso neurológico, de alto riesgo quirúrgico, o con extensa una lesión a lo largo del canal espinal, el tratamiento conservador sería el indicado.

Absceso epidural espinal

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 posterior al alta neumonológica comienza con dorsalgia leve progresiva, y signos de impregnación clínica con anemia, leucocitosis, eritrocitopenia elevada, cultivos negativos. Se realiza punción bajo control tomográfico presentando resultados 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 inter somático se veía un tejido que invadía el espacio extradural contactando con la meninge sin deformar ni comprimir el saco dural. 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 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 tuberculae.

Intervención. Se realizó descompresión medular dorsal am-

plia, de tres espacios, evacuación del absceso que se encontraba organizado, lavado abundante con solución fisiológica y antibiótico.

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 diagnósticos negativos para la etiología.

Doble discopatía cervical atípica. Presentación de un caso

M.A. ROTT, A.H. MONTI

Objetivo. Mostrar un paciente con patología de columna cervical múltiple en el cual se aplicaron dos técnicas quirúrgicas diferentes en relación a su enfermedad.

Descripción. Se trata de un paciente de sexo masculino de 43 años de edad y de 145 kilogramos de peso que clínicamente presentaba cervicalgia de más de un año de evolución a la que se agregó cervicobraquialgia bilateral a predominio derecho y cuadriparesia progresiva de seis meses de evolución. No relataba trastornos esfinterianos.

Los estudios complementarios de diagnóstico mostraron: Rx simple de columna cervical frente y perfil: rectificación de la columna cervical y marcada espóndilo discartrosis generalizada con osteofitosis a predominio C3-C4. Tomografía computada de columna cervical: en la ventana ósea se observa marcada invasión del conducto raquídeo por osteofitosis a nivel del espacio C3-C4. IRM de columna cervical con gadolinio: compresión medular cervical a nivel C3-C4 secundaria a osteofitosis y hernia de disco cervical a nivel del espacio C6-C7. No se observaron signos de mielopatía. El E.M.G. mostró compromiso radicular C7-C8 bilateral.

Intervención. Dado la extensión atípica superior e inferior de la osteofitosis C3-C4 el tratamiento quirúrgico instituido consistió en hemiscoporectomía inferior de C3 y superior de C4 con fresa de diamante, liberación del cilindro dural, y artrodesis con injerto óseo tomado de cresta iliaca. A nivel del espacio C6-C7 se realizó disectomía simple por vía anterior e instrumentación con placa tornillo de titanio con cesta incorporada. Se le indicó el uso de collar cervical. El paciente evolucionó favorablemente, mejorando el déficit motor y cediendo el cuadro doloroso.

Conclusión. Lo que nos llevó a reportar este caso fue encontrar una osteofitosis tan marcada en un paciente de 43 años de edad a nivel alto, que además presentaba una hernia de disco cervical baja. Además nos vimos obligados a aplicar dos técnicas quirúrgicas distintas en un mismo paciente. Dado que ambas hernias discales eran sintomáticas, hemos atribuido la cuadriparesia a la hernia superior y la sintomatología dolorosa a la hernia discal inferior.

Vertebroplastia acrílica percutánea: resultados preliminares en 10 casos

M. PLATAS, A. CASTRO, D. RIVA, S. ORTIZ, J. LAMBRE

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia con la técnica de vertebroplastia acrílica percutánea (VAP) para el tratamiento de fracturas osteoporóticas y metástasis vertebrales.

Método. Se analizaron retrospectivamente los resultados obtenidos en 10 pacientes con cuadro de dolor de origen vertebral secundario a fracturas osteoporóticas o metástasis, sometidos a VAP ante el fracaso del tratamiento médico. Los procedimientos

fueron realizados bajo neuroleptoanalgesia, con radioscopia de alta definición y abordaje unilateral en decúbito lateral, manteniendo dispuesto el quirófano para una cirugía descompresiva de emergencia.

Resultados. El alivio de la sintomatología dolorosa (desaparición de los síntomas, respuesta muy buena), se observó en 6 de los 10 pacientes. En dos casos, la respuesta fue considerada buena (alivio del dolor a la mitad, con la mitad de la dosis analgésica del preoperatorio). En los restantes dos casos, el procedimiento fue abortado al observarse fuga en la venografía preceamentación. En 8 de los 10 casos, el aplastamiento vertebral fue secundario a fracturas osteoporóticas. Dos casos correspondieron a metástasis. No se registraron complicaciones inmediatas o mediatas inherentes al procedimiento.

Conclusión. La VAP se mostró como una técnica muy eficaz para el tratamiento del dolor secundario a las lesiones líticas vertebrales, de etiología osteoporótica o tumoral. Observamos en nuestra pequeña serie, así como en la literatura consultada, desaparición del dolor o mejoría notable en un 80% de los casos, sin complicaciones dignas de mención.

Lesiones por hiperextensión en la espondilosis cervical

J. SHILTON, N. GOLDENBERG, A. ZILIO

Objetivo. Describir las características clínicas y radiológicas de presentación de la injuria por hiperextensión en pacientes con espóndiloartrosis, y las consideraciones terapéuticas en relación con la resolución quirúrgica.

Método. Se estudiaron cuatro hombres de entre 51 y 81 años con canal cervical estrechado por espóndiloartrosis que agregaron lesiones medulares severas e incompletas, secundarias a injurias leves a moderadas por mecanismo de hiperextensión.

Resultados. Dos casos no mostraron anomalías radiológicas traumáticas, en los otros dos se observaron lesiones discoligamentarias anteriores compatibles con entorsis. En tres pacientes se hallaron barras osteofíticas anteriores en relación con áreas medulares hiperintensas en T2. La presentación clínica correspondió a dos síndromes espinales anteriores, un medular central y un Brown-Séquard. Los dos primeros pacientes fueron intervenidos, uno por vía anterior y otro por vía posterior; los dos últimos fallecieron por interurrencias.

Conclusión. Los traumatismos por hiperextensión pueden generar déficits neurológicos graves, debido a contusión medular, en pacientes con espóndiloartrosis cervical previamente asintomática. La conducta más apropiada es la inmovilización y el tratamiento quirúrgico diferido.

Artefactos en resonancia magnética de la columna cervical con instrumentación

J. SHILTON, N. GOLDENBERG, J.C. MORALES, A. ZILIO, M. MARTÍNEZ

Objetivo. Interpretar por IRM las imágenes postquirúrgicas del raquis, de difícil interpretación en presencia de implantes metálicos que en ocasiones producen artefactos que reducen el área del canal y pueden generar problemas diagnósticos y demandas legales.

Método. La revisión sistemática de las RMI postoperatorias de los pacientes intervenidos entre 1989 y 2004 por diversas patologías del raquis cervical que requirieron instrument-

ación, tanto por vía anterior como posterior, permitió identificar distintos tipos de artefactos.

Resultados. Las prótesis metálicas expuestas a un campo magnético generan apreciable distorsión de éste, y por lo tanto de la imagen en RMI. La magnitud del artefacto depende directamente de la potencia del campo magnético, de la secuencia utilizada, de la composición química, tamaño y proximidad del implante al canal raquídeo. Debe sospecharse un artefacto por instrumentación metálica cuando: a) el área de baja densidad aumenta progresivamente de T1 a T2 y de éste a eco-gradiente; b) no hay correspondencia entre imágenes sagitales y axiales para una misma secuencia de IRM; c) la evaluación por TC y por Rx convencional del nivel intervenido no son superponibles a los hallazgos de la IRM.

Conclusión. Los artefactos postoperatorios en IRM pueden suscitar problemas diagnósticos y médico-legales. Los métodos radiológicos auxiliares y la no correspondencia entre cortes axiales y sagitales para una misma secuencia de RMI permiten discernir entre artefacto y cambios patológicos. La distorsión puede minimizarse con técnicas adecuadas.

Patología traumática

Evaluación epidemiológica, clínica y de resultados del tratamiento en 35 pacientes operados de hematoma subdural crónico

B.S. SONZINI ASTUDILLO, J.C. VIANO, E.J. HERRERA, J.C. SUÁREZ

Objetivo. El manejo del hematoma subdural crónico (HSD-Cr) es todavía controversial, y hasta la actualidad no existe una terapéutica estándar. En nuestro Servicio son tratados quirúrgicamente a través de uno o dos orificio de trépano, evacuación del hematoma, irrigación de la cavidad, decolamiento galeal y sistema cerrado de drenaje. Nuestro objetivo es analizar la epidemiología, clínica y tratamiento de esta patología.

Método. Estudio analítico, descriptivo, retrospectivo de 35 casos consecutivos operados de HSDCr en pacientes adultos operados en nuestro Sanatorio.

Resultados. La edad media fue 60 años (rango: 19-80). El 97,1% de los pacientes superaba la edad de 38 años. Predominó el sexo masculino (75%). Hubo antecedente de trauma craneano en el 54,3% de los casos, que tuvo 49,6 días de data promedio. El 15,8% de estos pacientes se encontraban bajo terapia de anticoagulación. La forma de comienzo más frecuente fue hemiparesia progresiva (60%) y cefalea (48,6%) con un tiempo de evolución promedio de 19 días. El hematoma fue unilateral en el 67,8%, con relación izquierdo a derecho de 5:4. Recidiva 2,9%. Mortalidad 2,7%. El resto de los pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

Conclusión. El HSDCr es más frecuente en hombres. La clínica predominante es la hemiparesia progresiva y la cefalea. La mortalidad quirúrgica es baja. Los resultados del tratamiento con la técnica usada han sido satisfactorios.

Craniectomía descompresiva en el manejo inicial del TEC grave

A. HOUSSAY, J.L. LEDESMA, L. GALVEZ

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia con craniectomía descompresiva para el manejo de la hipertensión endocraneana aguda en casos con patología neuroquirúrgica trat-

able.

Método. En los últimos 3 años hemos tratado nueve pacientes con TEC grave que requerían de procedimientos neuroquirúrgicos, a los cuales también se les realizó una craniectomía descompresiva inicial. Las patologías de resolución quirúrgica fueron: 2 HAF, 1 estallido de cráneo expuesto, 1 HED y múltiples contusiones bifrontales y 5 HSD agudos.

Resultados. La sobrevida y recuperación neurológica de los pacientes en base la Escala de Glasgow a los 6 meses y 1 año del postoperatorio GOS 5: 2; GOS 4: 3; GOS 3: 1; GOS 2: 1; GOS 1: 2.

Conclusión. Si bien la indicación y el tiempo de craniectomía descompresiva está en revisión, consideramos que en los casos en que se requiere de una intervención de urgencia la craniectomía descompresiva inicial aporta beneficios al tratamiento del TEC grave y puede ser apropiada en casos seleccionados.

Pediatría

Abordaje subtemporal al mesencéfalo y protuberancia en población pediátrica

R. JAIMOVICH, F. SOSA, M. ALTESE, J. MONGES

Objetivo. Analizar nuestra experiencia en el abordaje subtemporal a las lesiones laterales del tronco cerebral medio y alto.

Método. Se realizó la revisión retrospectiva de veinte abordajes subtemporales efectuados basándose en la localización de la lesión, el centro de la misma y su lugar de contacto con la aracnoides en la superficie del tronco cerebral. Se analizaron las características anatómicas de los diferentes abordajes a la región.

Resultados. La región lateral del mesencéfalo, por delante del surco mesencefálico lateral, caudal a la arteria cerebral posterior y por encima de las arterias cerebelosa superior y coroidea póstero medial, expone un área de baja elocuencia, donde una sección horizontal permite introducirse al tronco cerebral con baja o nula secuela, cuando un proceso expansivo la ha modificado. La anatomía patológica mostró astrocitoma maligno en 10 casos, 1 astrocitoma pilocítico, 3 ependimomas, 5 cavernomas y 1 absceso. En la cirugía se realizó resección total en 3/5 cavernomas y parcial en 2, resección parcial en 10/14 tumores y biopsia en 4/14 y el absceso fue evacuado en forma total. Las complicaciones postoperatorias fueron: 2 casos con peoría del déficit neurológico previo, 3 colecciones subdurales que evolucionaron favorablemente, 1 hematoma extradural e intracerebral que requirió ser evacuado y dos pacientes con crisis convulsivas controladas con la medicación. En los cavernomas se requiere la resección de las paredes para lograr una curación definitiva. Si bien en los procesos tumorales, en general, no es posible una exéresis completa, sí es posible una reducción sustancial del volumen previo a los tratamientos complementarios, para los cuales es imprescindible además, contar con el conocimiento de la histopatología

Conclusión. El abordaje subtemporal ofrece una vía rápida y sencilla, reduciendo la resección ósea requerida en otros abordajes. Pone al cirujano en línea directa de visión hacia el mesencéfalo lateral con posible extensión a la protuberancia, evitando excesiva retracción del lóbulo temporal y cerebelo reduciendo además los riesgos de lesión a estructuras vasculares y nervios.

Patología funcional

Psicocirugía: experiencia personal

O. STELLA

Objetivo. Relatar la experiencia del autor en el manejo de pacientes con alteración de la conducta sin respuesta óptima a los tratamientos psiquiátricos.

Método. Hasta el advenimiento de la psicocirugía, los tratamientos psiquiátricos eran los de electroshock, coma insulínico, baños o medidas de contención. Las experiencias neurotranquilizadoras en monos sobre los lóbulos frontales en los años 30 por la escuela de Yale, inspiraron a Egas Monis a practicarla en humanos (1935) desconectando masiva y bilateralmente las conexiones tálamo-corticales. Pese a los buenos resultados las complicaciones, obligaron a mejorar las técnicas restringiéndolas al cuadrante ventromedial frontal y temporal confirmando los efectos indeseables de las lesiones de la convexidad dorsolateral. Se calcula que entre los años 30 y los 60 fueron operados sólo en los EEUU alrededor de 4.000 personas y que en el Reino Unido este procedimiento fue usado entre 1942 y 1954 en el 84% de cada 10.000 de pacientes psiquiátricos. En 1947 Spiegel y Wycis introdujeron las técnicas estereotáxicas y la psicocirugía adquirió auge pero para finales de los 50 se verifica una declinación por un lado por la introducción de los primeros psicofármacos y por otro a partir de la década del 60 por cuestionamientos ético morales. En los 70 con la dupla TC/RMN-estereotaxia y las técnicas electrofisiológicas se retoma aquel impulso que persiste hasta nuestros días.

Resultados. La experiencia del autor se remonta a 162 casos (la mayoría entre los años 1964 y 1979 más una pequeña muestra entre 1998 a 1999) de los cuales 15 son SOC y el resto -147- fueron conductas auto y heteroagresivas asociadas a conductas destructivas, violentas y a menudo epilépticas en oligofrénicos y en menor escala esquizofrénicas. En los SOC se realizaron capsulotomías anteriores y en los agresivos amígdalo-talomotomías y/o hipotalamotomías posteromediales todas bilaterales y en un tiempo con aceptables resultados en más del 55%.

Conclusión. En la actualidad las indicaciones están restringidas a síndromes obsesivos compulsivos (SOC), trastornos bipolares y depresivos (DSM-VI) incontrolables una vez que ha fracasado todo tipo de tratamiento psiquiátrico. Los procedimientos lesionales están siendo reemplazados por la estimulación en la cápsula interna o en el X par craneal a nivel cervical.

Bloqueos y neurotomía periféricas en dolor facial

O. STELLA

Objetivo. Evaluar los resultados en 22 pacientes sometidos a neurotomías periféricas alcohólicas, por radiofrecuencia (RF) y a cielo abierto en el periodo 1979-2004.

Método. Grupo 1: 7 pacientes recibieron procedimientos previos (rizotomía por RF). Fueron tratados con bloqueos de alcohol. **Grupo 2:** 15 pacientes recibieron neurotomía periféricas, la mayoría alcohólicas, como primer tratamiento: *5 gangliotomías esfenopalatinas en 3 "clusters" incontrolables, en una neuralgia "esencial" del trigémino V2 no operada previamente y en una compleja recidiva radioquirúrgica de neuralgia del trigémino; *2 procedimientos en V1; una rizoto-

mía selectiva por RF y otra a cielo abierto postraumática de resolución quirúrgica; *5 bloqueos alcohólicos en V2, 2 mujeres y 3 hombres portadores de dolores faciales secundarios en dos casos a tumores de base cráneo y 1 postraumático; *2 bloqueos V3 alcohólicos por cáncer de topografía local y *1 bloqueo periférico por RF del glosofaringeo (CA de laringe) en el agujero rasgado posterior.

Resultados. En los operados previamente (termolesión por RF) los bloqueos periféricos con alcohol no demostraron utilidad significativa, en todos los casos fueron parcial o totalmente controlados con técnicas microquirúrgicas descompresivas de fosa posterior. En las gangliotomías alcohólicas estos procedimientos fueron repetidos en todos los casos (2 a 5 veces) y fueron exitosos inmediatamente, excepto en el caso radioquirúrgico que cedió con un solo procedimiento. Los bloqueos V1 en patología con cáncer tuvieron resultados muy buenos (75%) en 30 meses (V1 esencial?) y el más reciente postraumático de tres meses. Los 5 bloqueos periféricos V2 y los casos de V3 (todos por cáncer) se les repitió un promedio de casi 2 bloqueos/paciente hasta su muerte. Las 4 neurotomías periféricas en V2 y/o V3 tuvieron buena respuesta - 50% de mejoría - y 2 casos de 75%. El bloqueo periférico del glosofaringeo sólo tuvo 70 días de efecto.

Conclusión. La muestra es pequeña y los procedimientos múltiples y variados para sacar conclusiones, pero entendemos que las neurotomías periféricas usadas como primera y a veces como segunda opción, muestran utilidad pese a su conocida recurrencia 30 a 40%. Vale destacar los buenos resultados obtenidos con las gangliotomías del esfenopalatino en 3 casos de "cluster" refractarios a todo tipo de terapia y en 1 caso de una neuralgia esencial de trigémino que no pudo acceder a las técnicas habituales. En cambio en los dolores faciales, con antecedentes de cirugía previa, todos debieron ser reoperados con descompresivas neurovasculares.

Fundamentos fisiopatológicos de la descompresión neurovascular trigeminal

F. BARBONE, G. FOENQUINOS, L. BUGIOLACCHI,
M. ESPECHE, H. GALAFASSI

Objetivo. Comunicar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de 132 descompresiones neurovasculares del V par, mostrar los cambios anatómicos observados durante la cirugía y correlacionarlos con la evolución postoperatoria.

Método. Sobre una serie de 130 pacientes se realizaron 132 descompresiones neurovasculares del V par efectuadas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Rivadavia y Fundación Arauz, desde enero de 1983 a diciembre de 2003, habiéndolas realizado por vía soboccipital, retrosigmoidea.

Resultados. En la totalidad de los pacientes operados se observaron cambios anatómicos en la raíz del V par, consistentes en adelgazamiento y modificación de la microcirculación del nervio, puesta de manifiesto por la palidez independientemente de la naturaleza del vaso involucrado en la compresión.

Conclusión. Hemos observado que a mayor grado de compresión con mayor alteración anatómica de la raíz del V par, se presentó en pacientes con sintomatología más manifiesta y asimismo mejor evolución postoperatoria. Estos cambios anatómicos, si bien no los pudimos correlacionar histopatológicamente, corresponden a mayor desmielinización, como lo han demostrado algunos autores.

Estimulación espinal crónica en dolor neuropático. Reporte del primer caso de utilización de un sistema de estimulación múltiple en la Argentina

R. RODRÍGUEZ, J. GRUARÍN

Objetivo. Descripción de los resultados obtenidos en el control sintomático del dolor mediante estimulación espinal crónica, utilizando una variante técnica novedosa en el país.

Descripción. Reporte de un caso de sexo masculino de 34 años de edad, con diagnóstico de dolor neuropático secundario a una herida por arma de fuego en miembro superior izquierdo.

Intervención. Se realizó una prueba terapéutica transitoria percutánea utilizando un estimulador de 8 contactos implantado en la región cervical (octrodo marca ANS), al cabo de 7 días se dictaminó que el paciente reunía criterios para realizar el implante definitivo. Para el mismo se usó un equipo activado externamente mediante ondas de radiofrecuencia (Renew marca ANS). Durante la etapa postoperatoria, el paciente fue programado con distintos parámetros eléctricos de estimulación reunidos en 3 grupos de estímulos (MultiStim ANS); los mismos fueron utilizados por el paciente específicamente para diversas situaciones clínicas.

Conclusión. La estimulación espinal crónica es un método viable para el control sintomático del dolor neuropático. La utilización racional del sistema de grupos de estímulos, representa hoy una ulterior optimización de estas técnicas.

Misceláneas

Malformación de Chiari. Nuestra experiencia con la técnica de remodelación de fosa posterior

A. VIRUEGA, H. ROJAS, S. LIEN

Objetivo. Analizar la evolución clínica e imagenológica de los pacientes con malformación de Chiari tipo I operados con la técnica de remodelación de la fosa posterior entre el año 1999 y 2004.

Método. Se revisaron las historias clínicas y los estudios de 7 pacientes operados con la Técnica de Remodelación de Fosa Posterior con plastia dural con sustituto sintético y anclaje del mismo al plano muscular. En una paciente además se realizó la derivación del quiste siringomiélico.

Resultados. El grupo estuvo constituido por 3 mujeres y 4 hombres, las edades oscilaron entre 23 meses y 58 años. La cefalea occipital constituyó el motivo de consulta en 6 pacientes (en dos casos asociada a inestabilidad de la marcha y mareos), mientras que un paciente presentó un síndrome siringomiélico asociado. Seis pacientes presentaban una evolución subaguda o crónica, en un caso la cirugía se realizó de urgencia por un cuadro agudo e invalidante de cefalea occipital. En todos los pacientes se logró la neoformación de la cisterna magna con la elevación de las amígdalas cerebelosas. No se presentaron complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes presentaron resolución de su clínica preoperatoria.

Conclusión. Esta técnica permite la resolución de la ausencia de cisterna magna y de la clínica sin necesidad de sobrepasar el plano aracnoideo para coagular las amígdalas cerebelosas. La tasa de complicaciones en esta serie fue nula.

Monitoreo de la presión intracraneana en el porcino

N. SPAHO, E. MELE, A. LORENTI, C. CEVALLOS,

P. ARGIBAY, A. RABADÁN A.

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia del monitoreo de la presión intracraneana (PIC) en la falla hepática aguda (FHA) en un modelo experimental del porcino.

Método. Estudio prospectivo del monitoreo de la PIC, dentro de un experimento de hígado bioartificial (BAL) en 6 porcinos landrace/yorkshire. Se colocó un monitor de PIC intraparenquimatoso (Camino®), realizándose registros en estado basal, luego de la realización de la falla hepática quirúrgica (shunt porto-cava) y durante la conexión del BAL.

Resultados. De los 6 porcinos utilizados en el experimento, todos tuvieron monitoreo de la PIC basal, 4 durante la FHA y 3 de ellos luego del BAL. PIC basal: rango 6-16mmHg. PIC durante la FHA: rango 17-26mmHg. PIC durante la conexión del BAL: rango 14-30mmHg. El laboratorio mostró valores de amonio basal con rango: 41-109, durante la falla hepática: 117-772, y postconexión del BAL: 184-1291. Observándose ascensos o descensos del mismo, paralelos a los de la PIC.

Conclusión. 1) Los valores obtenidos proveen un punto de referencia para modelos de la hipertensión endocraneana desarrollada en el laboratorio. 2) Observamos un aumento de la PIC que se correlaciona con el del amonio en sangre, por lo que puede deducirse que éste juega un rol importante en la fisiopatología de la hipertensión endocraneana en la FHA.

Posición quirúrgica del paciente en la patología de fosa posterior. Evaluación de riesgos y beneficios

C. MAINERI, C. FERNÁNDEZ, E. BENÍTEZ, C. GIOINO, M. BÁEZ

Objetivo. Evaluar y comparar posiciones del paciente en cirugía en la patología de fosa posterior, considerando los abordajes, beneficios, complicaciones y resultados, de las distintas posiciones quirúrgicas.

Método. Se revisaron historias clínicas, neuroimágenes, fojas quirúrgicas y evolución posquirúrgicas, se evaluó morbimortalidad intraoperatorias y peri operatorias comparativamente, en pacientes operados en posición sentado vs. decúbito lateral, en pacientes con distintas patologías de fosa posterior en el periodo enero 1994-2004. Estudio retrospectivo, comparativo.

Resultados. Se analizaron 38 pacientes (periodo 1994-2004) los cuales padecían patología de fosa posterior (patología cerebelosa, ángulo pontocerebeloso, patología vascular del sistema vértebro basilar) los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente, abordajes utilizados: craneotomía suboccipital mediana o paramediana según la patología y su ubicación en fosa posterior. Las posiciones quirúrgicas utilizadas: 20 pacientes en posición decúbito lateral o banco de plaza, 16 posición sentada o pool position, 2 decúbito supino con el hombro elevado. Se analizaron los resultados quirúrgicos y la evolución posterior, teniendo en cuenta las complicaciones intraquirúrgicas, observándose que en posición sentado hubo 2 complicaciones intraquirúrgicas relacionadas con problemas para la ventilación del paciente y edema cerebeloso por retención de CO₂, con respecto a posición de decúbito lateral esto no se observó pero se observó mayor sangrado durante la cirugía, con mayor dificultad técnica para el abordaje de la lesión. En la posición sentada se observó mejor compliance cerebelosa, disminución del sangrado durante la cirugía y buena visualización de los pares craneales con menor morbilidad peri operatoria.

Conclusión. Comparando la morbimortalidad operatoria y peri operatoria y las ventajas y desventajas de ambas técnicas, en este servicio se continúa y se elige la utilización de la posición sentada, ya que ésta facilita el drenaje de LCR y

mejora el retorno venoso con una buena compliance cerebrosa, disminución del sangrado venoso y disminución de la PIC, con un acceso directo a la mayoría de las lesiones de fosa posterior, aunque posee como desventajas, mayor probabilidad de complicaciones anestésicas, mayor probabilidad de embolia grasa, disponibilidad de camilla neumática para cirugía, microscopio que permita todas la angulaciones de la óptica para mejorar la visión del cirujano y fatiga en las manos del cirujano.

Concentración de metabolitos y enzimas en LCR normales

C.T. COLL, P. PENONE, M. FARIAS, N. LORENZO COROMINAS,
T. COLL, A. LEMBERG

Objetivo. Determinar un rango de valores normales de CPK, LDH, GOT, GPT, lactato y calcio iónico y total en LCR, para analizar sus roles en desórdenes neurológicos con fin diagnóstico y/o pronóstico.

Método. Durante octubre 2003 a octubre 2004 se analizaron 253 muestras de LCR, de acuerdo al protocolo habitual y se dosaron parámetros correspondientes a distintos protocolos. Para el presente se excluyeron las siguientes muestras: LCR con más de 10 hematíes y/o más de 3 leucocitos/mm³, o glucosa y/o proteínas con niveles anormales. Muestras de neonatología y pediatría. Pacientes con enfermedades neurosistémicas, traumatismo craneano, meningitis viral o bacteriana, y/o con enfermedades sistémicas que alteren los niveles de las enzimas en estudio. Quedando 129 muestras; 78 hombres (60 %) y 51 mujeres (40 %); edad media de 39 años (rango=16 a 68). Las enzimas se cuantificaron por métodos cinéticos, el calcio total por colorimetría y por Ion selectivo lactato y calcio iónico; en equipos automatizados, Hitachi 902 y Nova Profile M, con controles de calidad internos y externos.

Resultados. Analizados los resultados, según un estudio de relación y correlación simple (Microcal Origen 6.0), se obtuvieron las siguientes medias: CPK, 3 U/L; LDH, 24 U/L; GOT, 13 U/L; GPT, 1 U/L; Lactato 1,7 mMol/l; Calcio iónico, 3,9 mMol/l; Calcio total, 4,9 mMol/l.

Conclusión. Determinar la concentración de distintos elementos constituyentes preferentemente de la sangre, es uno de los medios más rápidos para el diagnóstico de una patología. Su rol en el LCR y por concomitancia, la existencia de desórdenes neurológicos centrales es aún incierta. Consideramos necesario tener valores de una amplia población para determinar los normales y así iniciar estudios para su aplicación.

Resonancia magnética intraoperatoria: ¿una nueva era en la Neurocirugía?

R.R. HERRERA

Objetivo. Resonancia Magnética Intraoperatoria (REMAIN) como sistema y metodología para lograr neurocirugías más precisas y seguras. Presentamos los fundamentos y detalles de su desarrollo en nuestro país.

Método. Se construyó una gran sala de operaciones con una Jaula de Faraday capaz de albergar el aparato de IRM, el equipamiento quirúrgico y además permitir el espacio necesario para que los cirujanos operen cómodamente. Se describen los detalles técnicos, aparatología, dificultades e innovaciones.

Resultados. La longitud y la calidad en la sobrevida de los pacientes en algunos tumores cerebrales, se correlaciona con la extensión de la resección tumoral. Estos tumores, sin embargo, son muchas veces difíciles de distinguir intraoperatoriamente del tejido cerebral normal, motivo por el cual frecuentemente se realizan resecciones incompletas.

Conclusión. Pensamos que esta tecnología y metodología, al igual que el microscopio quirúrgico en décadas pasadas y el neuronavegador en la actualidad, serán en un futuro cercano, parte del equipamiento de rutina del neurocirujano.

Aplicación de los puntos craneométricos en las cirugías vasculares y tumorales de la región de la cisura central

F. CHADDAD NETO, M. KOHANOFF, I. ORTIZ, B. LOBO,
R. TUROLO, E. DE OLIVEIRA

Objetivo. Correlacionar los accidentes óseos con las estructuras neurales ubicadas en el endocráneo. La utilización de las relaciones craneoencefálicas son de vital importancia en el planeamiento quirúrgico.

Método. Se presentan una serie de 20 casos con lesiones vasculares o tumorales de la región del surco central en los cuales los puntos craneométricos (PC) fueron aplicados. El análisis de la anatomía de superficie tanto cutánea como ósea fue realizada en cada uno de los pacientes.

Resultados. La utilización de la topografía craneoencefálica es de gran utilidad en el momento de planear el tipo de colgajo cutáneo así como la plaqueta ósea a ser realizada. La importancia de conseguir una craneotomía centralizada disminuye los riesgos de complicaciones innecesarias al procedimiento quirúrgico.

Conclusión. El uso de los PC permite una mejor centralización de la lesión y evita agregar morbilidad a la cirugía.

Demostración de las particularidades e indicaciones de los abordajes pterional, pretemporal y orbitozigomático

F. Chaddad Neto, M. Kohanoff, R. Recalde, S. Sasaki, B. Lobo, E. de Oliveira

Objetivo. Investigar las variantes del abordaje pterional (pretemporal y orbitocigomático) y sus particularidades e indicaciones.

Método. Se utilizó el abordaje pterional en 32/64 casos, el pretemporal en 21 y el orbitocigomático en 11, seleccionados los casos de acuerdo a las indicaciones.

Conclusión. Los abordajes pterional, pretemporal y orbitozigomático utilizados son de gran utilidad en neurocirugía mientras que el abordaje pretemporal posee las ventajas del corredor pterional, subtemporal y tempopolar, el abordaje orbitozigomático permite el acceso extradural a componentes de la fosa craneal anterior y media.