

I MESA DE COMUNICACIONES ORALES

NEURO-ONCOLOGÍA

C1 - BIOPSIA DE LESIONES CEREBRALES MEDIANTE SONDA BURR-HOLE EN MODO GUIA CON POSICIONADOR PARA AGUJA CANULADA DE ESTEROTAXIA

Narros Giménez JL, Pérez Prat G, Rocha Romero S, Martín I.
Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Analizamos 22 pacientes a los que se sometió, entre junio de 2013 y enero de 2016 en nuestro centro, a una biopsia cerebral dirigida con ecografía utilizando la sonda Burr-Hole en modo Guía con posicionador estéril para la toma de la muestra mediante aguja canulada de estereotaxia cerebral.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizan 22 intervenciones por el mismo neurocirujano consistentes en una minicraneotomía centrada con referencias anatómicas y toma de 6 cilindros (2 para análisis intraoperatorio y 4 para estudio definitivo) obtenidos mediante aguja de estereotaxia canulada guiada mediante sonda Burr-Hole en modo Guía de ecografía intraoperatoria con posicionador estéril (Aloka®). Se analizan las complicaciones y el porcentaje de éxito de la biopsia y se compararon con las técnicas estándares de toma de biopsia estereotáxica.

RESULTADOS: Se obtuvo diagnóstico anatomopatológico en todos los casos, siendo el diagnóstico más frecuente el de glioma de alto grado, no se registró ninguna complicación clínica ni radiológica en la tomografía de control realizado el mismo día. Solo se observó de forma intraoperatoria el sangrado activo de un vaso arterial que se resolvió mediante apertura dural y coagulación del vaso mediante coagulador bipolar. Un paciente falleció 4 días tras la intervención debido a un sangrado de la lesión tumoral de alto grado con TC postquirúrgico previo sin complicaciones.

CONCLUSIONES: La biopsia de lesiones cerebrales con aguja de estereotaxia canulada guiada mediante sonda Burr-Hole en modo Guía de ecografía intraoperatoria con posicionador estéril, en neurocirujanos entrenados en ecografía intraoperatoria, es igual de eficaz y tiene los mismos riesgos que las técnicas habituales de estereotaxia cerebral. Presenta como ventaja adicional la posibilidad de visualizar en directo el sangrado activo durante la toma de la biopsia.

C2 - EPENDIMOMAS DE FOSA POSTERIOR. MANEJO, TRATAMIENTO ADYUNVANTE Y EVOLUCIÓN. EXPERIENCIA PROPIA EN UNA SERIE DE 26 PACIENTES

Delgado Babiano A., Ros López B. (1), Sánchez Viguera C., Iglesias Moroño S. (1), Carrasco Brenes A., Segura Fernández-Nogueras M., Ros San Juan A., Arráez Sánchez M.A

Servicio de Neurocirugía, Sección Neurocirugía Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los endimomas de fosa posterior son tumores raros en adultos, pero los terceros en frecuencia de los tumores del SNC en niños.

El objetivo del presente trabajo es analizar nuestra experiencia en el manejo y seguimiento de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de endimoma.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen pacientes con diagnóstico de endimoma de localización infratentorial, revisando la base de datos de intervenciones con monitorización neurofisiológica. Se obtienen un total de 23 (6 niños y 17 adultos). Se recogen diferentes variables: demográficas, grado WHO (según la nueva clasificación 2016), clínica debut, Karnofsky (pre y post-tratamiento), hidrocefalia prequirúrgica, tipo de intervención, monitorización neurofisiológica, grado de resección, necesidad DVP postquirúrgica, tratamiento adyuvante y seguimiento.

RESULTADOS: Se obtienen un total de 6 niños (edades entre los 6 meses y 7 años, media 3'43 años), todos ellos con endimoma grado WHO III. 4 pacientes tuvieron resección subtotal y 2 resección radical. Todos recibieron radioterapia y quimioterapia adyuvantes y 2 pacientes precisaron reintervenciones en su evolución por progresión de la enfermedad. Del total, 1 paciente fallece a los 38 meses del seguimiento (por progresión), el resto permanece con enfermedad estable (seguimiento medio: 41 meses). Sólo uno de ellos con un Karnofsky peor (<70). En el grupo de 17 adultos (edades entre los 26 y los 75 años, media de 49,41), 3 pacientes presentaron subependimomas (grado WHO I): todos ellos con resección completa y sin tratamiento adyuvante, y sin recidiva tumoral tras un seguimiento medio de 8,67 meses. 10 pacientes fueron endimomas grado WHO II, 8 tuvieron resección tumoral subtotal. 1 paciente falleció en el postoperatorio (sangrado del lecho quirúrgico), y otro a los 8 meses de seguimiento (progresión). 5 recibieron tratamiento adyuvante radioterápico, estando actualmente estables, con un Karnofsky peor que el prequirúrgico, en 3. 1 paciente está pendiente de un segundo tiempo quirúrgico, para exéresis de lesión contralateral a la intervenida. Por último, 4 pacientes fueron endimomas WHO grado III, 2 de ellos con resección subtotal. 1 falleció a los 2 meses de la intervención (por progresión), y los 3 restantes recibieron tratamiento adyuvante radioterápico, estando actualmente estables, (seguimiento medio 83 meses), con Karnofsky menor de 70 en un único caso.

CONCLUSIONES: El manejo oncológico de los endimomas de fosa posterior dependerá de la edad de presentación, del grado de resección y del grado histológico (WHO). La monitorización neurofisiológica es esencial a la hora de obtener el mayor grado de resección posible con la menor morbilidad.

C3 - POSICIÓN SENTADA EN NEUROCIURUGÍA. ¿ES REALMENTE NECESARIA?

Almarcha Bethencourt JM, Narros Gimenez JL, Márquez Rivas FJ.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El uso de la a posición sentada en Neurocirugía ha sido siempre controvertido. De Martel fue el primero que publicó y describió su uso en abordajes craneales. Aunque todavía vigente, en las últimas dos décadas su uso se ha ido abandonado a favor del decúbito prono y sus variantes. El uso actual en muchos centros se limita a abordajes supracerebelosos, pineal y mesencefaloprotuberancial.

Presentamos nuestra experiencia en Neurocirugía pediátrica y de adultos con abordaje a dichas zonas en decúbito prono.

MATERIAL Y MÉTODO: Para este estudio se han analizado de forma sistemática y consecutiva los datos de los pacientes intervenidos de lesiones en áreas pineales y tronculares en el Servicio de Neurocirugía del hospital en los últimos 8 años.

RESULTADO: Se han encontrado 5 pacientes con Lesiones en dicha zona y que han sido intervenidos en prono, con resección quirúrgica. Presentamos análisis descriptivo de los mismos con video de dos casos (meningioma de cisterna pineal y Cavernoma mesencefálico).

CONCLUSIONES: La posición de decúbito prono reúne ventajas y menos riesgo respecto a la posición sentada pudiéndose realizar incluso en lesiones localizadas en área pineal y tronculares. A pesar de las limitaciones del estudio podemos recomendar el uso de esta patología no solo por la reducción de morbilidad sino también por la mayor comodidad del cirujano y ayudantes.

NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL

C04 - IMPLANTE ESTEREOTÁCTICO CON ELECTRODOS PROFUNDOS EN EPILEPSIA REFRACTARIA. TÉCNICA Y EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Godoy Hurtado A, Olivares Granados G, de la Cruz Sabido J, Ortiz García IM, Serrano Martínez JL

UGC de Angiología y Cirugía Vascul. Complejo Hospitalario de Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento quirúrgico de las epilepsias farmacorresistentes exige reunir información de alto valor localizador para orientar la resección. El método de registro electroencefalográfico mediante electrodos profundos representa una parte de los procedimientos que nos ayudan a localizar la zona epileptógena.

Su uso está cada vez más extendido en detrimento de otras técnicas invasivas (electrodos de foramen oval, mantas subdurales) debido a ventajas como su precisión, la aplicabilidad para estudio de regiones profundas y registro simultáneo de regiones bilaterales.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos estudiado con electrodos profundos 15 pacientes en los últimos 5 años.

RESULTADOS: en todos se localizó la zona epileptógena, no habiéndose detectado con claridad en estudios no invasivos. En 8 pacientes tenía origen temporal, en 4 casos se relacionó con displasias, en 2 casos era multifocal y en otro se descartó relación con lesión radiológica.

7 pacientes acabaron en resección quirúrgica con importante disminución de las crisis. (clase 1 y 2 de Engel)

Tuvimos una complicación grave; un hematoma temporal consecuencia de la pérdida de un electrodo durante el registro. No precisó de cirugía

CONCLUSIONES: el registro EEG mediante electrodos profundos estereotácticos ha demostrado su utilidad para localizar el área epileptógena en casos de epilepsia refractaria en quien se plantea cirugía y existen discordancias clínico-electroradiológicas.

Presenta ventajas en cuanto a su versatilidad (estructuras superficiales y profundas) y posibilidad de estudiar múltiples regiones de forma simultánea. Presenta menor tasa de complicaciones que otros métodos invasivos y es bien tolerada. No obstante no

está exenta de riesgos y su indicación ha de estar plenamente justificada.

C5 - EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DEL O-ARM EN LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

De la Cruz Sabido J, Iañez Velasco B, Godoy Hurtado A, Ortiz García IM, Olivares Granados G, Katati MJ.

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El uso de la estimulación cerebral profunda en diferentes trastornos funcionales es una práctica habitual hoy en día. La precisión en la implantación del electrodo es determinante en el resultado del tratamiento. Los sistemas de imagen intraoperatoria nos permiten mejorar la precisión y conocer la colocación definitiva del electrodo al finalizar el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2017 se han realizado 4 intervenciones en 4 pacientes afectos de enfermedad de Parkinson, temblor distónico familiar y neurodegeneración por acúmulos de hierro para colocar 7 electrodos profundos utilizando el sistema O-Arm (Stealth station®) a nivel de NST bilateral, Vim izquierdo y Gpi bilateral respectivamente.

RESULTADOS: Se ha comprobado la colocación final de todos ellos con realización de CT intraoperatorio y aposición sobre planificación previa, apreciándose únicamente malposición relativa de uno de los electrodos.

CONCLUSIÓN: La utilización del sistema O-arm (Stealth station®) es simple y sencilla. Nos permite una confirmación inmediata de la colocación del electrodo que permite la recolocación antes de abandonar el quirófano.

PATOLOGÍA DE RAQUIS

C06 - ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE TRATADA POR NEUROCIRUJANOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Troya Castilla M, Valencia Anguita J, Ordoñez Carmona M, Márquez Rivas FJ.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Clásicamente la cirugía de la escoliosis idiopática del adolescente (EIA) ha sido realizada por traumatólogos. No obstante, cada vez más neurocirujanos espinales expertos se están sumando a esta patología. Presentamos la experiencia en nuestro centro

MATERIAL Y MÉTODO: Revisamos retrospectivamente las EIA tratadas entre abril de 2010 y enero de 2017. Se recogen variables pre-quirúrgicas: edad, sexo y sintomatología. Basándonos en la clasificación de Lenke estudiamos el tipo de curva (de la I a la VI), el tipo de modificación lumbar (A, B o C) y el tipo de cifosis (normal, hipo o hiper cifosis). Variables quirúrgicas: monitorización, necesidad de transfusión, técnica quirúrgica y niveles instrumentados. Variables postquirúrgicas: complicaciones, necesidad de re-intervención y resultado funcional.

RESULTADOS: 25 pacientes tratados de escoliosis de los cuales 18 eran EIA. Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo neurocirujano espinal experto en patología compleja. Edad entre 13 y 30 años. El 89% tenían menos de 20 años. El 89% eran niñas. Los grados de Cobb varían entre 45º y 60º. 8 pacientes (44.4%) tenían el ápex en región torácica media, 6 (33.3%) en región torácica media y toraco-lumbar/lumbar, y 4 pacientes (22.2%) en

región toraco-lumbar/lumbar. En cuanto a la clasificación de Lenke: a) curva: 50% tipo I, 11% tipo III, 27.8% tipo V y 11 % tipo VI; b) modificación Lumbar: tipo A 38.9%, tipo B 16.7% y tipo C 44.4%; y c) cifosis: 89 % tipo normal, 5.6% hipo-cifosis y 5.6% hiper-cifosis. En conjunto, la curva más frecuente es la 1AN (33.3%) seguido de la 5CN (22.2%). Todos los pacientes se intervinieron bajo control neurofisiológico y con recuperador sanguíneo. En todos los casos se realizó una instrumentación posterior sin osteotomía. Se instrumentó desde T3-T4 o T5 hasta L2-L3 o L4. La cirugía más frecuente fue, en un 28% de los pacientes, la fijación T4-L4. No existieron complicaciones intraoperatorias, 2 pacientes (11%) tuvieron complicaciones postquirúrgicas leves y 2 pacientes se reintervinieron tras meses de seguimiento (11%) para ampliar fusión. Todos los pacientes presentaron evolución postquirúrgica favorable, sin limitación para la actividad física y con satisfacción estética

CONCLUSIONES: A pesar de que el tratamiento quirúrgico de la EIA supone un reto neuroquirúrgico, la realización de la misma por parte de un equipo de neurocirujanos expertos en patología espinal compleja permite tener resultados quirúrgicos, estéticos y funcionales satisfactorios.

C07 - EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE COLUMNA LUMBAR

Serrano Martínez JL, Godoy Hurtado A, Cabrerizo Carvajal F, de la Cruz Sabido J, Ortiz García IM, Olivares Granados G.

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la tasa de hospitalización por cirugía de columna lumbar ha presentado una tendencia ascendente en las últimas décadas que se mantiene actualmente. Paralelamente la cirugía mínimamente invasiva (MIS) ha experimentado un auge en los últimos 30 años con el propósito de mejorar los resultados, reducir la morbilidad y preservar la funcionalidad espinal. El objetivo del estudio es analizar la mejoría en cuanto a dolor y repercusión funcional tras la MIS y comparar estos resultados con la literatura publicada.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo de 8 pacientes intervenidos mediante MIS lumbar entre abril y noviembre de 2016 analizándose las puntuaciones en la Escala Visual Analógica (EVA) lumbar y radicular en extremidades inferiores y el Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI) antes y después de la cirugía durante un periodo de 3-9 meses. Secundariamente se han analizado estancia media y complicaciones de la cirugía. Se consideró como valor estadísticamente significativo $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 21® (IBM®, USA).

RESULTADOS: la mediana de edad fue de $42 \pm 17,23$ años (33min – 77max) siendo el 62,5% de los pacientes varones. Todos recibían tratamiento analgésico con una media de $2,13 \pm 1,13$ fármacos. El 50% (4) de los pacientes tenían un diagnóstico de discopatía, el 25% (2) presentaban una radiculopatía L5 y el 25% (2) restante estaban catalogados de espondilolistesis L5-S1. La mayoría de los pacientes (75%) presentaban un nivel L5-S1 y los restantes tenían afectación conjunta L3-L4 y L4-L5. El 75% (6) de los pacientes se intervino mediante artrodesis colocándose un total de 22 tornillos transpediculares bajo control radiológico anteroposterior y lateral vía percutánea o mini-open. Al 25% (2) restante, se le practicó foraminectomía sin instrumentación con abordaje intermuscular paramedial. La estancia media fue de $3 \pm 1,31$ días. La media de la EVA lumbar preoperatoria fue de $8,5 \pm 1,05$ y la postoperatoria de $5,67 \pm 2,39$ no siendo estadísticamente significativa la reducción porcentual del 33,3% ($p = 0,055$). Por el contrario la reducción porcentual de la de la EVA radicular (75,7%) y del ODI (33,7%) sí resultaron estadísticamente significativos ($p = 0,014$ y $p = 0,02$ respectivamente).

CONCLUSIONES: aunque la principal limitación del estudio radica en su tamaño muestral escaso y la carencia de grupo de control independiente arroja unos resultados iniciales alentadores, pudiendo concluir que la MIS puede aportar ciertas ventajas en un grupo de pacientes seleccionados.

C08 - CURVA DE APRENDIZAJE EN MIS-TLIF. NUESTRA EXPERIENCIA

Roldán Serrano MA, Molina Aparicio MJ, Gómez Baquero MJ, Castañeda Guerrero M.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La irrupción de técnicas mínimamente invasivas de columna han supuesto un cambio de paradigma y planteamiento en el manejo de la patología quirúrgica espinal, con una amplia bibliografía disponible al respecto que soporta su eficacia, efectividad y seguridad así como las ventajas con respecto a los abordajes clásicos abiertos. Sin embargo, en esta misma literatura no se encuentra aún convenientemente caracterizada la curva de aprendizaje obviamente asociada a esta técnicamente exigente cirugía.

Objetivos: Realizar una caracterización de la curva de aprendizaje de MIS-TLIF basada en parámetros intra y postquirúrgicos mediante el análisis de la experiencia de los autores y la revisión de la literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisa de forma retrospectiva los casos intervenidos mediante MIS-TLIF por los autores entre Febrero de 2016 y Enero de 2017. Se utilizan las escalas EVA y Oswestry previamente y después de la cirugía así como cuestionarios de satisfacción. Se recoge recuento de las complicaciones. Se realiza búsqueda bibliográfica sistemática en PubMed para comparar los resultados con la literatura disponible hasta la fecha.

RESULTADOS: En el período de tiempo abordado por el estudio fueron intervenidos 17 pacientes mediante MIS-TLIF, siendo la patología más frecuente tratada la espondilolistesis con inestabilidad (10 casos) seguida por la recidiva herniaria (5 casos). El seguimiento medio fue de 6 meses (1 - 11). La estancia hospitalaria media posquirúrgica fue de 1,5 días. El alivio del dolor fue de al menos el 50% en 4 de los pacientes (80%) en la escala EVA, mejorando tanto la componente lumbar como la radicular. En la escala Oswestry, el 75% mejoraron su situación funcional. En dos pacientes se produjo desgarro dural que no derivó en fistula de LCR. Un paciente sufrió una lesión radicular. No se verificó ninguna infección.

Los datos aportados por otros autores son comparables a los del presente estudio.

CONCLUSIONES: El MIS-TLIF es una estrategia quirúrgica válida para el tratamiento de la patología degenerativa. Por tratarse de una cirugía técnicamente exigente su aprendizaje va asociado a una curva durante la cual el control de las complicaciones es fundamental. Para ello resulta de gran utilidad la preparación previa mediante estancias externas y la colaboración de cirujanos expertos en los primeros casos.

NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA

C09 - UNIDAD DE CIRUGIA CRANEOFACIAL DEL HU VIRGEN NIEVES. EXPERIENCIA INICIAL EN CRANEOESTENOSIS NO SINDRÓMICAS

Saura Rojas EJ, Martínez Plaza A¹, Arcas Navarrete E, Godoy Hurtado A, Olivares Granados G.

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

¹*Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Granada. Granada*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La actividad asistencial en los pacientes con malformaciones craneofaciales es compleja por la necesidad de una especialización de alto nivel, por el uso de recursos tecnológicos de nueva creación y por la colaboración entre distintas especialidades que trabajan en el mismo ámbito patológico.

MATERIAL Y MÉTODOS: La Unidad de Cirugía Craneofacial del CHU Granada fue constituida en 2014. Analizamos los resultados quirúrgicos de los 29 pacientes intervenidos desde esa fecha, valorando resultados cosméticos mediante iconografía e índices cefalométricos en todos ellos. No se han presentado complicaciones menores o mayores en la serie quirúrgica.

CONCLUSIONES: La comunidad científica está de acuerdo en que los pacientes con malformaciones craneofaciales deben ser tratados por equipos quirúrgicos multidisciplinares, especializados en esta patología, que garanticen la excelencia en el tratamiento. Esto solo es posible valorando un número suficiente de pacientes cada año, de forma tal, que permita adquirir una experiencia adecuada en el diagnóstico y tratamiento.

C10 - DIASTEMATOMIELIAS. TRATAMIENTO NEUROQUIRÚRGICO.

Mondragón Tirado CA, Rivero Garvía M, Hernández Hernández M, Márquez Rivas FJ, Giménez Pando J, Moreno Flores A, Sosa Cabezas JP.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las malformaciones con médula dividida SCM (Split Cord Malformations) por sus siglas en inglés, de las cuales las diastematomiélias forman parte, han sido desde siempre uno de los retos diagnósticos y terapéuticos de los neurocirujanos.

Estas anomalías se desarrollan en el período embrionario, presentando alteraciones en la gastrulación (semana 2-3).

Pueden asociarse formas complejas de disrafismo espinal que podrían como el mielomeningocele, así como coexistir con otras anomalías como malformación de Chiari, hidrocefalia e hidrosiringomiélias, hemivértebras, cifoescoliosis entre otras.

Nuestro objetivo es revisar nuestra serie de casos de pacientes intervenidos por diastematomiélias en nuestro hospital y comparar nuestros resultados según sus características.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos recogido nuestros casos de diastematomiélias haciendo hincapié en el diagnóstico y el tratamiento neuroquirúrgico individualizado para cada uno de ellos.

En la Unidad de Neurocirugía Infantil del Servicio de Neurocirugía de nuestro hospital se han realizado varios tipos de técnicas quirúrgicas en los pacientes tratados de diastematomiélias: cirugías de desanclaje medular, resección de espolones óseos, reconstrucción de saco dural único, corrección de escoliosis y/o cifosis con necesidad de artrodesis y colocación de sistemas de derivación ventrículo peritoneal en el mismo acto quirúrgico. Siendo estas intervenciones individualizadas para cada caso basándonos en los hallazgos de las pruebas de imagen y la situación clínica de los pacientes.

RESULTADOS: Encontramos variación entre la forma y la edad de presentación, así como entre la edad de intervención y la mejoría de la evolución postoperatoria.

CONCLUSIONES: Concluimos que el manejo de estas patologías es un manejo complejo y multidisciplinar que requiere de una infraestructura diagnóstica estructurada y la cooperación de varias especialidades clínicas.

Desde el punto de vista neuroquirúrgico la gran variedad de alteraciones que pueden coexistir en cada paciente y la heterogeneidad de los casos establece cierta necesidad de individualización y complejidad para poder otorgar el tratamiento más oportuno y efectivo que posible.

A pesar de lo pequeña de nuestra serie observamos el beneficio del tratamiento neuroquirúrgico temprano, disminuyendo las reintervenciones y los problemas ortopédicos secundarios.

C11 - NEUROPATÍA TOMACULAR EN PACIENTE INTERVENIDA DE CRANEOFARINGIOMA.

Huete Allut A, Escribano Mesa JA, Narro Donate JM, Méndez Román P, Masegosa González J, Contreras Jiménez A, Pedrero García FJ.

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

INTRODUCCIÓN: Los craneofaringiomas son tumores infrecuentes de la bolsa de Rathke, poco frecuentes en la edad pediátrica, siendo el segmento de edad de 5 a 10 años el que acumula más casos. Se denominan también tumores del tubo hipofisario o adamantinomas. Son tumores con componente sólido quístico que debutan bien con hidrocefalia, alteraciones hormonales o visuales por afectación quiasmática.

La neuropatía tomacular es una neuropatía hereditaria con predisposición a la parálisis por presión es una enfermedad genéticamente determinada, autosómica dominante, cuyo diagnóstico pasa desapercibido en muchas ocasiones. Las manifestaciones clínicas en casos de lesión de un nervio aislado, como forma de presentación más frecuente, son similares a las neuropatías por compresión aunque pueden afectarse varios nervios a la vez, e incluso simultáneamente las cuatro extremidades.

Las complicaciones postoperatorias debidas a la colocación del paciente con afectación de nervio periférico son infrecuentes, sin embargo, su prevención es mandatoria en cualquier cirugía. El nervio ciático poplíteo externo o peroneo común es particularmente susceptible de daño en la región de la cabeza del peroné, donde es bastante superficial. Entre las causas de neuropatía peroneal en la edad infantil, encontramos cirugías que conlleven posición en decúbito lateral o en flexión de cadera y rodilla. En la cabeza del peroné las lesiones de la rama profunda del nervio peroneo son más frecuentes que las lesiones del tronco común o de la rama superficial.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una paciente de 10 años de edad que comienza con déficit visual (hemianopsia bitemporal) más acusado en el lado izquierdo de la visión. Se solicita RM craneal donde se aprecia tumoración sólida quística fundamentalmente supraselar con compresión quiasmática. Se procede a realizar craniotomía fronto basal ampliada con orbitotomía derecha para el abordaje, siendo extirpado en un 90% con el diagnóstico de craneofaringioma. Tras la cirugía la paciente presenta debilidad para la extensión de los dedos, y extensión y eversión del pie originando caída del mismo y marcha en steppage con alteraciones sensoriales en todo en dorso del pie y dedos, y en la parte lateral distal de la pierna izquierda. Se inicia tratamiento Rehabilitador, tras realizar estudio neurofisiológico que confirma la afectación del nervio peroneo superficial a la altura de la cabeza del peroné izquierdo. Al alta la paciente continúa con tratamiento Rehabilitador, con mejoría de la función motora de dicha pierna.

En el estudio neurofisiológico de la paciente se observa la existencia de una polineuropatía sensitivo-motora objetivada en ambos miembros superiores e inferiores, de predominio desmielinizante y más acusada en los lugares de compresión nerviosa (canal epitroclicolecrano, cabeza del peroné). Ante la sospecha diagnóstica de una posible neuropatía tomacular se decidió realizar estudio genético.

CONCLUSIONES: Las complicaciones postoperatorias debido a la posición de los pacientes son infrecuentes, sin embargo su aparición obliga a un tratamiento intensivo y su prevención debe ser perseguida y cuidada de forma sistemática.

TRASTORNOS DEL LCR

C12 - HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR AGUDA ASOCIADA A ESTENOSIS DE ACUEDUCTO DE SILVIO POR MAV

González Pombo M, Pérez Prat G, Olivares Blanco M, Ordoñez Carmona M, Rocha Romero S, Meza Martínez AY, López González A.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

ACUTE TRIVENTRICULAR HYDROCEPHALUS DUE TO SYLVIAN ACUEDUCT-OCCLUDING AVM (VIDEO CASE REPORT)

INTRODUCTION AND OBJETIVES: To showcase the steps followed in an endoscopic third ventriculostomy (ETV) in an acute obstructive hydrocephalus case due to an scarcely frequent etiology; a Sylvian acueduct-occluding AVM. We will highlight both its unusual anatomical features and the technical nuances required for a safe procedure.

MATERIAL AND METHOD: We present a video case report of a 76 year old male diagnosed of acute obstructive hydrocephalus requiring emergency surgery. The patient reported to the Emergency Department seeking for assessment after a 12h lasting headache, nausea and vomiting syndrome. For unknown reasons, a lumbar tap was performed gathering a xanthochromic cerebrospinal fluid sample. It was followed by progressive drowsiness and neurological deterioration leading up to a GCS 11/15 on the next 3 hours, not related to the previous lumbar puncture. An emergent EVD was placed, achieving neurological restoration. A second CT scan, revealed a diminished ventricular size with a brand new intraventricular bleeding. A hyperintense T1 1'5 cm mass was detected on a MRI to completely feature the suspected Sylvian acueduct stenosis. After confirming the presence of a posterior cerebral artery (PCA) and superior cerebellar artery nurtured AVM on DSA, the patient underwent ETV surgery for a persistent triventricular hydrocephalus after EVD closure.

RESULTS: After a positive surgical result on the first 72 hours, the patient developed an acute meningitis that needed ICU management. Luckily, the patient was able to overcome the postoperative infectious disease in the next 7 days. He was discharged without any neurological deficits after a full three week-long IV antibiotic plan.

CONCLUSION: Acute hydrocephalus due to Sylvian stenosis presents the most favourable results after ETV. Many etiologies may cause Sylvian stenosis; ranging from congenital idiopathic to posterior fossa tumors. ETV might be taken heed for as a useful surgical choice in those cases.

C13 - VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA COMO ALTERNATIVA A REVISIÓN VALVULAR EN HIDROCEFALIA TRIVENTRICULAR DEL ADULTO

Ordoñez Carmona M, Chocrón González Y, Troya Castilla M, López González A, Narros Giménez JL, Márquez Rivas FJ.
Servicio de Neurocirugía. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La ventriculostomía endoscópica (VE) es considerada actualmente el tratamiento de elección en casos de hidrocefalia triventricular. En la última década también se ha considerado como un tratamiento alternativo a la revisión valvular en casos de malfunción o infección de la derivación ventricular (DV) en pacientes con esta patología, consiguiendo la independencia valvular de por vida y evitando por tanto las complicaciones asociadas a la misma. Sin embargo, la tasa de éxito o factores predictores de la misma en casos de VE "secundaria" no está clara en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos una serie de 28 pacientes adultos con hidrocefalia triventricular portadores de DV a los que se les realizó VE entre los años 2009 y 2015 en nuestro centro. Realizamos análisis retrospectivo de notas clínicas, hojas quirúrgicas y pruebas de imagen pre y post procedimiento, para determinar éxito del procedimiento e intentar identificar factores determinantes del fallo del mismo.

RESULTADOS: 15 de los pacientes (53%) presentaba estenosis de acueducto de Silvio como patología subyacente, 8 (28%) presentaban lesiones ocupantes de espacio, y finalmente un paciente con Chiari tipo II, un paciente con hemorragia intraventricular neonatal y una hemorragia subaracnoidea. La tasa de éxito global fue del 85,7%, con un total de 24 pacientes

libres de DV. Comparar tasa de éxito según lo que se hizo con shunt previo

De estos pacientes, 23 (82,1%) se presentaron con malfunción mecánica y 4 (14,2%) con infección, siendo la tasa de fallo proporcionalmente mayor en éstos casos. La recurrencia de síntomas se presentaron en todos los casos dentro del primer año. En cuanto a las complicaciones, se presentaron en 4 pacientes (14%) y sin fallecimientos asociados al procedimiento. El tiempo de seguimiento medio fue de 4,5 años.

CONCLUSIONES: La VE en pacientes adecuadamente seleccionados y que se presentan con malfunción o infección valvular es un procedimiento seguro con una tasa de éxito elevada y pocas complicaciones. La mayoría de los fallos son evidentes de forma precoz, pero un seguimiento a largo plazo es necesario.

MISCELÁNEA

C14 - CRANEOPLASTIA: UNA INTERVENCIÓN NO TAN INOCUA

Martínez Chinchilla J, Rodríguez Peña F, García Vázquez F, Michel Guerrero K, Gil Salú JL.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La craneoplastia es un procedimiento quirúrgico basado en la reparación de un defecto craneal, ya sea mediante la utilización del propio hueso retirado previamente del paciente o de materiales artificiales. Actualmente no está bien definido el tiempo ideal para realizar una craneoplastia tras una craniectomía descompresiva, ni los materiales a utilizar. En nuestro estudio revisamos un grupo de pacientes sometidos a craneoplastias generalmente tras craniectomías descompresivas aunque lo hacemos extensivos a otras patologías, analizamos los materiales empleados, el tiempo transcurrido hasta la reparación y las complicaciones, no siendo poco frecuentes ni desdeñables.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de las craneoplastias realizadas en nuestro centro en el período comprendido entre los años 2010 y 2016. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a craneoplastia diferida tras craniectomía descompresiva o retirada de colgajo óseo por infección postquirúrgica. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo atendiendo a datos epidemiológicos, antecedentes, estado clínico, tiempo de reposición, material empleado y complicaciones ocurridas tras el procedimiento.

RESULTADOS: Cohorte de 40 pacientes (65% hombres, 35% mujeres) con una media de edad de 44,7 años. Del total de pacientes, 25 de ellos fueron sometidos a craneoplastia tras craniectomía descompresiva mientras que 15 lo fueron tras craniectomía por infección de colgajo óseo tras intervención previa. El tiempo medio para la reparación del defecto fue de 24 meses con una DS = 20,8. Se utilizó material sintético en el 60% de los casos y en el 40% restante hueso autólogo procedente de banco de hueso. Presentaron complicaciones 14 de nuestros pacientes (35%), de las cuales 4 de ellas aparecieron en los casos de plastia autóloga y 10 en los casos de plastia sintética. Entre estas cabe destacar: Infección de herida quirúrgica, absceso, hemorragia epidural, acúmulo, hidrocefalia y crisis comiciales.

CONCLUSIONES: La realización de una craneoplastia es una intervención no exenta de riesgos y complicaciones, quizás incluso en mayor medida de lo esperado; algo muy a tener en cuenta pues se trata generalmente de pacientes con alguna secuela previa que puede empeorar. La reposición del defecto óseo con material sintético presenta mayor porcentaje de complicaciones respecto a la utilización de hueso autólogo. Hacemos hincapié en la utilidad de la craniectomía descompresiva en otros procesos donde exista HTIC incontrolada.

C15 - SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO. EXPERIENCIA EN 5 CASOS INTERVENIDOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Segura Fernández-Nogueras M, Domínguez Páez M, Carrasco Brenes A, Delgado Babiano A, Ros Sanjuán A, Arráez Sánchez MA.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: El síndrome del desfiladero torácico (SDT) constituye una causa infrecuente e infradiagnosticada de cervicobraquialgia y/o síntomas sensitivo-motores en el miembro superior. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en la cirugía de este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre 2013 y 2016, 5 pacientes con diagnóstico de SDT fueron intervenidos por vía supraclavicular para descompresión del plexo braquial y vasos subclavios en el Hospital Regional Universitario de Málaga. En todos los casos se empleó monitorización neurofisiológica intraoperatoria y se procedió mediante escalenotomía anterior, neulolisis de los elementos del plexo braquial, liberación de arteria y vena subclavias y resección de estructuras óseas anómalas, cuando estuvieron presentes. De forma retrospectiva, se recogieron variables como edad, sexo, lateralidad, síntomas, clasificación, hallazgos neurofisiológicos e imagenológicos, hallazgos intraoperatorios, resultado de la cirugía, complicaciones postoperatorias, recidivas y seguimiento.

RESULTADOS: Se realizaron 6 cirugías en 5 pacientes (un caso bilateral). Del total, 60% fueron mujeres. La edad media fue de 35 años, rango (21-44). El 40% presentó síntomas bilaterales, otro 40% derechos y el 20% restante, izquierdos. El síntoma más frecuente fue la cervicobraquialgia (100%), seguida de alteraciones sensitivas (80%) y de afectación motora (40%). Todos los casos se clasificaron como SDT neurogénico verdadero en base a la afectación motora o neurofisiológica preoperatoria. Un 20%, además, asoció alteraciones vasculares. El 80% mostró anomalías óseas en las pruebas de imagen. Dichos hallazgos imagenológicos se confirmaron de forma intraoperatoria atribuyéndose a los mismos la etiología de los síntomas por compresión. En el 80% casos los síntomas mejoraron tras la cirugía, quedando sin cambios en un 20%. No se detectaron complicaciones de interés ni recidivas en ningún caso. El seguimiento medio fue de 15 meses, rango (4-40).

CONCLUSIONES: El SDT debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la cervicobraquialgia y/o alteraciones sensitivo-motoras del miembro superior. En nuestra experiencia, la cirugía de descompresión por vía supraclavicular, en casos seleccionados, puede ayudar a controlar los síntomas del paciente.