Neurocirugia. 2019;30(Espec Congr):3

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0278 - ABORDAJE TELOVERAL INFRACOLICULAR GUIADO POR MAPEO DEL IV MáS FLUORESCENCIA DE 550 NM PARA EXÉRESIS DE CAVERNOMA NO EXOFÍTICo

G. Moreno Madueño[1], M. Rivero Garvía[1], F. B. Arteaga Romero[1], J. Torri[1], J. Herrería Franco[1], D. Arandia Guzmán[2] y J. Márquez Rivas[1]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. [2]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Los cavernomas de tronco constituyen un 4% del total. La baja tasa de sangrado junto con la complejidad del abordaje, reserva el tratamiento quirúrgico a la aparición de sangrados repetidos. Sin embargo, en pacientes pediátricos, con una larga esperanza de vida, el riesgo acumulado de resangrado hace recomendable una actuación más agresiva, máxime si ya existe historia de sangrado intralesional. En el siguiente vídeo se muestra la resección de un angioma cavernoso pontino mediante un abordaje teloveral infracolicular, guiado con mapeo de IV ventrículo y técnica de tinción con fluoresceína IV.

Métodos: Tras colocación de drenaje ventricular externo, en posición concorde y con control neurofisiológico de vías largas y pares V al XII, se realiza craneotomía suboccipital centrada en línea media. Tras apertura dural, se expone el suelo del IV ventrículo mediante abordaje teloveral bilateral, disección aracnoidea y elevación de amígdalas cerebelosas. La exposición bajo magnificación convencional no permitía identificar la lesión. El mapeo del IV permitió identificar los núcleos del VI, VII, IX y XII pares, que estaban conservados y lateralizados, orientando a una lesión medial. La fluorescencia con fluoresceína IV de 550 nm mostró una clara zona medial isquémica infracolicular. Se realizó mielotomía medial hasta localizar una lesión compatible con angioma cevernoso, de aproximadamente 7 mm, y se realizó exéresis microquirúrgica macroscópicamente completa. El control neurofisiológico durante la misma objetivó afectación del VII y XII PC, que se recuperó parcialmente tras instilación con dexametasona. Se realizó cierre dural hermético y por planos.

Resultados: Tras la cirugía, la evolución clínica es favorable, con únicamente paresia de VI PC izquierdo, ya presente previamente. Los estudios muestran una exéresis completa.

Conclusiones: La resección quirúrgica constituye el tratamiento definitivo de los cavernomas. La selección adecuada del abordaje y la disección cuidadosa de las estructuras regionales, aumentan la probabilidad de exéresis con los menores déficit neurológicos posibles.

1130-1473/© 2019 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.