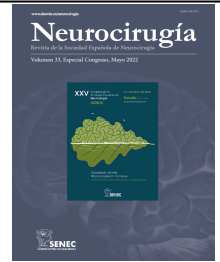




Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

O-103 - UTILIDAD DE LAS VÁLVULAS DE ALTA RESISTENCIA EN EL SOBREDRENAJE VALVULAR REFRACTARIO

F. Narváez Moscoso, S. Iglesias Moroño, B. Ros López, J. Casado Ruiz, R. Simón Wolter y M.Á. Arráez Sánchez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.

Resumen

Introducción: La definición, fisiopatología y tratamiento del sobredrenaje valvular (SV) resulta muy diversa en la literatura. Ante un SV refractario se han recomendado procedimientos invasivos como expansiones craneales o protocolos de independencia valvular, existiendo poca literatura sobre el uso de válvulas de alta resistencia (> 200 mmHg).

Objetivos: Describir las características de los pacientes con SV refractario y su respuesta al uso de válvulas de alta resistencia.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes pediátricos con hidrocefalia tratada mediante derivación ventrículo-peritoneal (DVP) y SV refractario, que requirieron válvulas de alta resistencia entre los años 2000 y 2021. Se estudiaron variables etiológicas, clínico-radiológicas y de tratamiento. Se analizaron media, mediana y rango para variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para cualitativas.

Resultados: De los 291 pacientes derivados, 4,8% precisaron una válvula de alta resistencia, un 1,77% del total de procedimientos realizados (14/792). La etiología poshemorrágica fue la más frecuente (64%) con una mediana de edad al diagnóstico de 1,5 meses (0-67). La media de revisiones valvulares fue de 3 (1-7). La mediana de edad de colocación de la válvula de alta resistencia fue 113 meses (34-183) y a una mediana de 92 meses (32-181) desde el diagnóstico. Todos tenían un dispositivo gravitacional (0/25-0/35). La presión valvular pre-recambio fue mayoritariamente de 200 mmHg, 50% tenían un regulador de flujo. Cuatro pacientes requirieron modificación de presión valvular, tres por persistencia de síntomas hasta 220 mmHg y uno por sobrecorrección. El resto continúan con presiones de 150 mmHg y antigravitatorios en línea con presiones de 0/25-0/35. Todos presentaron mejoría clínica con relleno de reservorio valvular adecuado, que precedió al cambio radiológico.

Conclusiones: El SV refractario puede ser tratado con válvulas de alta resistencia, con respuesta clínica favorable a corto plazo con pocas modificaciones posteriores. Según nuestra experiencia es una opción para evitar o retrasar métodos más invasivos.