

P-141 - ABORDAJE ENDOSCÓPICO PARA TUMORES DEL TERCIO POSTERIOR DEL TERCER VENTRÍCULO

J.L. Caro Cardera, P. Benito Peña, S. Valbuena Dussan, M. Castellví Juan, J. Pérez Bovet, C. Cohn Reinoso, A. Ortega Rodríguez y J. Rimbau Muñoz

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.

Resumen

Introducción: La realización de un doble abordaje endoscópico para tumores del tercio posterior del tercer ventrículo nos permite en el mismo acto realizar una ventriculostomía endoscópica y la realización de una biopsia.

Casos clínicos: Se analizan 3 casos intervenidos en el periodo de mayo 2018 a noviembre 2019. En todos los casos se planteó una estrategia de doble abordaje simultáneo para el tratamiento de la hidrocefalia y biopsia/resección de la lesión. Para esta elección fueron determinantes factores anatómicos como el tamaño de la lesión y su localización. La trayectoria más segura y directa fue planificada mediante el sistema de neuronavegación electromagnética StealthStation S7 Medtronic® con la herramienta “Stylet”. Los casos fueron 1 hombre y 2 mujeres de 30, 35 y 29 años respectivamente. Los tres debutaron con signos de hipertensión intracraneal (HTIC) y ventriculomegalia. Todas las lesiones se localizaron entre la adhesión intertalámica y la entrada del acueducto. 1º caso: lesión quística de glándula pineal con tamaño de $31 \times 21 \times 23$ mm, se realiza resección del quiste y biopsia del nódulo. Al año resolución de la hidrocefalia quedando pequeños restos de quiste pineal. 2º caso: lesión de predominio quístico de 13 mm. Resección completa. Anatomopatología: ependimoma grado II en el posquirúrgico a 30 días la paciente requirió inserción de válvula por fistula de LCR todo y permeabilidad de la ventriculostomía. A los 6 meses asintomática. 3º caso: lesión talámica de tamaño $28 \times 20 \times 21$ mm con gran componente exofítico al III ventrículo probable astrocitoma pilocítico. AP: tejido sin malignidad. Al mes mejoría de la clínica de HTIC tras la realización de ventriculostomía.

Discusión: El planteamiento de doble entrada ofrece una visión más directa y segura de lesiones localizadas por detrás de la masa intertalámica además facilita el manejo en el caso de realizar una resección más amplia.