



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## P-016 - PASO A PASO DEL ABORDAJE PRETEMPORAL TRANSCAVERNOSO PARA PATOLOGÍA DEL TOP DE LA BASILAR

M. Cobos Domínguez<sup>1</sup>, A. Torres Díaz<sup>2</sup>, J.L. Sanmillan Blasco<sup>2</sup> y A. Gabarrós Canals<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España; <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España.

### Resumen

**Introducción:** La porción superior de la arteria basilar se encuentra en las cisternas interpeduncular y prepontina, en lo más profundo de la base del cráneo. La proximidad a estructuras neurovasculares vitales crea grandes dificultades para acceder a ella. En el caso de aneurismas de la bifurcación basilar se usan comúnmente los abordajes subtemporal y pterional que tienen como ventajas que están altamente estandarizados, pero que proporcionan un área de trabajo muy limitada, sobre todo, si el aneurisma es grande o está situado por debajo del dorso de la silla. El abordaje pretemporal transcavernoso, descrito por Dolenc *et al.* en 1987, mejora el área del campo quirúrgico agregando los conocimientos anatómicos del seno cavernoso y las regiones paraclinoideas.

**Objetivos:** Enseñar los pasos de manera gráfica del abordaje, realizado en el laboratorio, y sus relaciones anatómicas con las estructuras colindantes.

**Métodos:** Se realizó el abordaje en ambos lados de un cadáver, fijado e inyectado con látex.

**Resultados:** Craneotomía orbitocigomática, peeling de la fosa anterior y media hasta la fisura orbitaria superior (FOS) y clinoidectomía anterior extradural para exponer el segmento clinideo de la carótida. Apertura de duramadre y corte de los anillos duros distal y proximal de la carótida para poder movilizarla. Disección del valle silviano y las cisternas basales, apertura del techo del seno cavernoso siguiendo el III PC hasta la FOS. Clinoidectomía posterior intradural terminando de exponer la carótida clinidea y la intracavernosa. Rechazando lateralmente el III PC y medialmente la porción horizontal intracavernosa de la carótida, se logra la exposición de las estructuras neurovasculares de las cisternas basales.

**Conclusiones:** A pesar de la gran complejidad del abordaje, es una excelente alternativa para patología compleja del top de la basilar frente a las vías más tradicionales, al lograr mayor exposición anatómica (entre 10-15 mm).