



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## O-006 - ANÁLISIS QUIRÚRGICO CUANTITATIVO COMPARATIVO DEL ABORDAJE ENDOSCÓPICO TRANSORBITARIO Y EL ABORDAJE FRONTOTEMPORO-ORBITOZIGOMÁTICO PARA LA EXPOSICIÓN EXTRADURAL DEL SENO CAVERNOSO

I.L. Sistiaga<sup>1</sup>, A.I. Evins<sup>2</sup>, A.H. Quispe-Flores<sup>2</sup>, M.M. Castro<sup>2</sup>, S. Pérez-Fernández<sup>3</sup>, I. Pomposo<sup>1</sup>, P.E. Stieg<sup>2</sup>, A. Bernardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo, España; <sup>2</sup>Weill Cornell Medicine/NewYork-Presbyterian Hospital, New York, Estados Unidos; <sup>3</sup>Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Barakaldo, España.

### Resumen

**Introducción:** Recientemente, el abordaje endoscópico transorbitario vía párpado superior (SETA) ha surgido como una alternativa para acceder al seno cavernoso (SC). Varios estudios lo han comparado con los abordajes transcraneales tradicionales. Sin embargo, se limitan exclusivamente al área de exposición derivada de la apertura ósea, sin considerar las maniobras microquirúrgicas posteriores.

**Objetivos:** Comparar cuantitativamente el acceso quirúrgico proporcionado por el abordaje frontotemporo-orbitozigomático (FTOZ) y el SETA tras maniobras periclinoideas.

**Métodos:** Se realizaron los abordajes SETA y FTOZ con maniobras periclinoideas en 8 especímenes. Se comparan las longitudes de exposición de los pares craneales (CN) III-VI, de la arteria carótida interna (ACI) cavernosa, el área de los triángulos supratrocLEAR, infratrocLEAR y anteromedial, el área total de exposición y los ángulos de ataque.

**Resultados:** Las longitudes de exposición extradural del CN III, V1, V2 y V3 fueron similares. Sin embargo, el FTOZ otorgó mayor exposición del CN IV ( $20,9 \pm 2,36$  vs.  $13,4 \pm 3,97$  mm,  $p = 0,023$ ) y CN VI ( $14,1 \pm 2,44$  vs.  $9,22 \pm 3,45$  mm,  $p = 0,066$ ). El FTOZ también proporcionó un ángulo de ataque vertical ( $44,5 \pm 6,15$  vs.  $18,4 \pm 1,65^\circ$ ,  $p = 0,002$ ) y horizontal ( $41,5 \pm 5,40$  vs.  $15,3 \pm 5,06^\circ$ ,  $p < 0,001$ ) significativamente mayor y, por tanto, una mayor libertad quirúrgica. Asimismo, el FTOZ proporcionó un acceso significativamente mayor a los triángulos supratrocLEAR ( $p = 0,021$ ) e infratrocLEAR ( $p = 0,007$ ), y una exposición significativamente mayor de la ACI cavernosa ( $17,2 \pm 1,70$  vs.  $8,05 \pm 2,37$  mm,  $p = 0,001$ ). El área total de exposición también fue significativamente mayor en el FTOZ, con amplio acceso a la pared lateral del SC, así como la posibilidad de acceso intradural.

**Conclusiones:** El SETA proporciona acceso a la pared lateral del SC, permitiendo biopsias o descompresiones, mientras que el FTOZ permite un acceso más amplio y con mayor maniobrabilidad. La comprensión de estos datos ayudará a seleccionar un abordaje y maniobras

óptimas en función del tamaño y localización de la lesión.