



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

OC-050 - CIERRE DURAL NO HERMÉTICO EN FOSA POSTERIOR. COMPARACIÓN EFICIENCIA Y SEGURIDAD: MATRIZ DÉRMICA DE CADÁVER DE ORIGEN HUMANO VS. MATRIZ DE COLÁGENO DE ORIGEN ANIMAL

P. Teixidor Rodríguez¹, F. Brugada Bellsola¹, M.L. Pérez Rodríguez², S. Menéndez Girón¹, B. Menéndez Osorio¹, R. García Armengol¹, M. Tardáguila Serrano¹, A. González Crespo¹, A. Blanco Ibáñez de Opacua¹, J. Hoyos¹, L. Parada Arias¹, C. Hostalot Panisello¹, M.C. Cortés Rivera¹, J. Muñoz Aguiar¹, M. Pastor Cabeza¹, A. Rodríguez Hernández¹, X. García Calvo¹, J. Busquets Bonet¹, E. Montane Esteva¹, E. Agustí Rivera², C.J. Domínguez Alonso¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; ²Banc de Sang i Teixits de Catalunya, Barcelona, España.

Resumen

Introducción: El cierre dural no hermético en fosa posterior puede condicionar grandes complicaciones al paciente.

Objetivos: Valorar eficiencia y seguridad de la matriz dérmica de cadáver de origen humano (MDh) usada como implante dural en la cirugía de fosa posterior y valoración del coste efectividad del producto.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo. Se recopiló información de 62 pacientes. En todos ellos se requirió de un implante dural por cierre no hermético. Grupo ensayo: 31 pacientes operados con MDh de forma prospectiva; grupo control: 31 pacientes operados con Tutopatch®/Duragen® de forma retrospectiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro centro. Se registraron las variables epidemiológicas, clínicas, radiológicas, la patología por la cual se intervenía y el uso o no de sellantes durante el cierre dural. Como variable principal se registraron las complicaciones que se podían atribuir al cierre dural no hermético (fístula de LCR, pseudomeningocele, meningitis aséptica o séptica), y el seguimiento (en meses).

Resultados: No existieron diferencias estadísticas entre los grupos en relación a las siguientes variables: edad, reintervenciones previas, antecedentes, patología intervenida, existencia de hidrocefalia prequirúrgica, efecto masa sobre IV ventrículo, localización de la cirugía, la necesidad o no de drenaje intra o posoperatorio y el uso de sellante dural. Donde sí se detectaron diferencias fue respecto a las complicaciones ($p = 0,038$), con 4 casos en MDh y 11 en el grupo control (requirieron reintervenciones 3 del grupo MDh y 8 del grupo control) y en relación al coste global del cierre dural (344 euros más por paciente en MDh, sin contabilizar coste de hospitalización en caso de reintervención).

Conclusiones: Nuestro estudio piloto sugiere una mayor eficiencia y seguridad de la MDh frente a otros implantes duros, dada su menor incidencia de complicaciones y menor coste global.