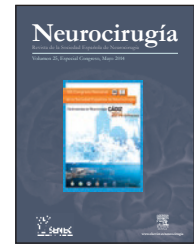


NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



VÍDEOS

XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía

Cádiz, 13-17 de mayo de 2014

VID01

TEMBLOR DE HOLMES Y ROTURA DEL ELECTRODO INTRACEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Cuervo-Arango Herreros, K.M. Piña Batista, S. Álvarez de Eulate Beramendi, E. Liébana, M.A. Álvarez Vega y F.J. Seijo Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Presentación de rotura del sistema de neuroestimulación profunda con un comportamiento de funcionamiento off/on según como estuvieran los terminales rotos del electrodo.

Métodos y resultados: Paciente de 29 años de edad, diagnosticada de temblor de Holmes grado 3 de Speelmann secundaria a hemorragia subaracnoidea perimesencefálica. Se le implanta un electrodo cerebral profundo en el núcleo ventral-intermedio del tálamo izquierdo, obteniendo al alta en la escala funcional de Speelmann la puntuación de 1 para la extremidad superior derecha. A los 6 meses y de forma brusca comienza nuevamente con temblor. Tras chequeo del electrodo observan impedancias > 2000 oh. Se realiza radiografía del electrodo observándose rotura del mismo a unos 13 mm de la conexión, por lo que se recambia dicho electrodo cerebral profundo. La paciente presenta mejoría y durante 20 meses se mantiene estable hasta que de forma esporádica nota episodios de temblor similar al de antes de la cirugía. Se observaron impedancias superiores a 2000 oh. y rotura del electrodo intracerebral en el mismo lugar que la vez anterior. Durante la exploración al tocar cutáneamente la zona donde se suponía que estaba la rotura del electrodo, el temblor cede y las impedancias vuelven a estar por debajo de 2000 oh. Se repite la maniobra varias veces observándose que la presión en la zona de rotura del electrodo se comporta como un interruptor haciendo que el sistema de neuroestimulación pase de fase off a on y viceversa.

Conclusiones: Como norma en caso de malfuncionamiento de la estimulación cerebral profunda se debe valorar la realización de una radiografía del sistema, la comprobación de las impedancias de todos los contactos y finalmente realizar presión sobre el trayecto del electrodo intracerebral.

VID02

TUMORES DEL APEX ORBITARIO: EL PAPEL DEL ABORDAJE ENDONASAL ENDOSCÓPICO EXPANDIDO

V. Rodríguez Berrocal, R. del Castillo López, J.A. Gutiérrez Cierco, M. Sales Sanz, I. Regidor y L. Ley Urzaiz
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Presentar el video de una resección endonasal endoscópica completa de un tumor del ápex orbitario.

Material y métodos: El ápex orbitario es una de las regiones anatómicas más complejas de la anatomía humana, al concentrarse en un reducido espacio un conglomerado de estructuras neurovasculares de vital importancia. Se han descrito múltiples abordajes quirúrgicos a la región (microorbitotomías, craneotomías) para la resección de estos tumores de alta complejidad. En los últimos años coincidiendo con la expansión de la cirugía endonasal endoscópica, se ha propuesto este tipo de abordaje para cierto tipo de lesiones del ápex orbitario, si bien es cierto que todavía hay muy pocos casos descritos en la literatura mundial. Presentamos el caso de una paciente que debuta con una pérdida monocular de la agudeza visual lenta y progresiva. En los estudios de imagen se aprecia una lesión situada en el canal óptico de localización superior al nervio que lo comprime a su entrada en la órbita. Aprovechando el video de la intervención, se exponen las indicaciones, la técnica quirúrgica (enfaticando los puntos clave y las consideraciones anatómicas del caso) y los resultados de este tipo de cirugía. Además creemos que se trata de un caso de especial controversia, pues no se trata de una lesión de localización puramente medial al nervio óptico (contrariamente a las indicaciones de este tipo de cirugía hasta ahora publicadas) si no que se sitúa sobre él acabando lateralmente al mismo.

Resultados: A través de un abordaje endonasal endoscópico expandido al ápex orbitario se consiguió realizar una resección completa de la lesión consiguiendo además una mejoría de los potenciales evocados visuales intraoperatorios.

Conclusiones: El abordaje endonasal endoscópico expandido ha demostrado ser un instrumento versátil, seguro y con muy buenos resultados para este tipo de lesiones pudiéndose considerar de elección en algunos casos.

VID03 ASTROCITOMA INTRAMEDULAR ANTEROLATERAL EXOFÍTICO DORSAL

R. Rodríguez-Mena, J. Piquer Belloch, V. Rovira Lillo, J.L. Llacer Ortega y P.A. Riesgo Suárez

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia.

Objetivos: Los astrocitomas son tumores intramedulares que muy ocasionalmente tienen un componente extramedular o exofítico. Un astrocitoma pilocítico, extra-intramedular anterolateral es una entidad rarísima de diagnosticar y desafiante desde el punto de vista quirúrgico. Describimos la cirugía de un caso de astrocitoma pilocítico exofítico de la médula torácica anterolateral y correlacionamos la vía de abordaje y los tractos implicados mediante un video-dissección anatómico de los diferentes corredores quirúrgicos de la patología intramedular.

Material y métodos: Se trata de una paciente de 38 años de edad sin antecedentes de interés que inicia cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho. La exploración neurológica fue normal. La resonancia magnética muestra una lesión única con captación de contraste en anillo a nivel de D11 aparentemente intradural extramedular anterolateral derecha de 14 x 13 x 13, que asocia marcado edema intramedular.

Resultados: Se realiza abordaje lateral costotransverso D11 derecho que permite acceder a la médula anterolateral, apreciando una lesión intradural intra-extramedular quístico-necrótica que se extirpa de forma completa. El postoperatorio cursa sin complicaciones postquirúrgicas y sin déficits neurológicos. Histológicamente se trataba de una lesión con ausencia de malignidad compatible con astrocitoma pilocítico. Se correlaciona la ubicación exacta de la lesión con un imágenes anatómicas donde se aprecian los posibles corredores de entrada a la médula anterolateral junto con sus tractos más importantes.

Conclusiones: La presencia de un astrocitoma predominantemente extramedular y pilocítico es extremadamente raro. Su origen probablemente surja de nidos heterotópicos en la pia y/o membranas aracnoideas. Por otro lado, las lesiones intramedulares suelen abordarse a través del surco medio posterior. No obstante, si su crecimiento es predominantemente anterior o lateral representan todo un desafío técnico que demanda un abordaje especial 'Two Point', descrito por Neckrysh (2006), y un conocimiento exhaustivo de la anatomía de los tractos medulares con la finalidad de evitar secuelas neurológicas severas.

VID04 ABORDAJE ENDOSCÓPICO ENDONASAL PARA CRANEOFARINGIOMAS RETROINFUNDIBULARES CON EXTENSIÓN INTRAVENTRICULAR

F. Caiazzo, E. Ayats, J.J. Sanz, P. Álvarez y M. García-Bach

Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Presentación de dos vídeos quirúrgicos de resección de craneofaringioma con extensión a III ventrículo mediante abordaje endoscópico endonasal transesfenoidal expandido.

Material y métodos: Se presentan dos pacientes jóvenes, mujeres, diagnosticadas inicialmente por TC craneal de lesión supraselar con invasión intraventricular. Se confirma lesión mediante RM (se aportan imágenes radiológicas).

Resultados: Se interviene mediante abordaje endoscópico endonasal transesfenoidal expandido. El resultado anatomopatológico definitivo informa de craneofaringioma.

Conclusiones: Los craneofaringiomas son lesiones habitualmente benignas que pueden presentar comportamiento maligno por infiltración de estructuras neurovasculares vecinas. La

resección completa puede ser curativa; sin embargo, presentan una alta tasa de recidiva siendo necesario tratamiento complementario. Clásicamente la vía de abordaje ha sido la transcranial. No obstante, para los craneofaringiomas de línea media intra y supraselares con extensión retroinfundibular e intraventricular el abordaje endoscópico endonasal debe considerarse como vía de abordaje de elección.

VID05 CLIPAJE BILATERAL DE ANEURISMAS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA A TRAVÉS DE UNA ÚNICA CRANEOTOMÍA PTERIONAL

R. Lau Rodríguez, J.L. Sanmillán Blasco, I. Fernández-Conejero y A. Gabarrós Canals

Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Presentar el clipaje bilateral de aneurismas de la arteria cerebral media a través de la misma craneotomía como abordaje a considerar en pacientes con aneurismas múltiples.

Material y métodos: Se expone el caso de una mujer de 60 años que, tras un hematoma cerebeloso espontáneo, se realiza arteriografía cerebral que muestra dos aneurismas incidentales de bifurcación silviana: uno derecho, de 3,6 x 4,1 mm de diámetro y 4,4 mm de cuello y otro izquierdo, de 2,5 x 2,3 mm y 2,5 mm de cuello. De forma programada, se decide clipaje bilateral de ambos aneurismas a través de la misma craneotomía pterional.

Resultados: Se realiza el abordaje por la derecha para controlar de forma ipsilateral el aneurisma de mayor tamaño y cuello más ancho, con monitorización neurofisiológica. Se procede a apertura microquirúrgica del valle silviano derecho, se encuentra el aneurisma en la bifurcación silviana y se clipa. Se sigue la arteria cerebral anterior derecha hasta el complejo de la arteria comunicante anterior, se abre la cisterna quiasmática, óptica y carotídea contralateral con mínima retracción del lóbulo frontal. Se sigue la arteria carótida intracraneal izquierda hasta su bifurcación y, posteriormente, el segmento M1 hasta el aneurisma, el cual se clipa sin incidencias. El tiempo quirúrgico es de 3 horas. La paciente presenta un postoperatorio favorable, sin aparición de focalidades neurológicas, con sensación olfatoria preservada. El TAC craneal de control descarta complicaciones postoperatorias agudas y una nueva arteriografía muestra correcta exclusión de ambos sacos aneurismáticos. La paciente es dada de alta sin incidencias a los 5 días del ingreso.

Conclusiones: El clipaje bilateral de los aneurismas de arteria cerebral media a través de una craneotomía pterional permite evitar una segunda craneotomía para el tratamiento de aneurismas no rotos ni de anatomía complicada. No obstante, supone un reto técnico importante y se debe realizar por un neurocirujano vascular con experiencia.

VID06 TERCERO CISTERO-VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA POR ESTENOSIS ACUEDUCTAL EN CASO DE DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA SEVERA CON HIPOPLASIA DE CUERPO CALLOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Pérez Prat, Y. Chocrón González, G. Pancucci, M. Rivero Garvía, E. Pino González y F.J. Márquez Rivas

Hospital Universitario Virgen Macarena y Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La Displasia Septo-óptica, conocida como Síndrome de Morsier, es una entidad patológica compuesta por tres caracte-

terísticas principales; atrofia nervio óptico / quiasma, anomalías funcionales hipofisarias y defectos línea media cerebral. Se ha descrito una asociación frecuente con hidrocefalia. Presentamos un caso tratado con tercero cisterno-ventriculostomía endoscópica.

Material y métodos: Mujer de 30 días de edad con diagnóstico ecográfico prenatal de ventriculomegalia. Al nacimiento presenta anoftalmia bilateral, macrocefalia y diástasis suturas craneales. En estudio RM cerebral realizado postparto, se diagnostica displasia septo-ótica severa con agenesia cuerpo calloso. Se plantea tratamiento de la hidrocefalia mediante tercero cisterno-ventriculostomía endoscópica.

Resultados: El caso presentó buena evolución clínica/radiológica postintervención, pudo ser derivada al alta a domicilio en las siguientes 24 horas. En seguimiento a 60 días, se registra mejoría neurológica y de las pruebas de imagen.

Conclusiones: La tercero cisterno-ventriculostomía endoscópica puede ser una medida terapéutica eficaz en situación de hidrocefalia en casos seleccionados de displasia septo-ótica, habida cuenta de la complejidad anatómica que ofrece el sistema ventricular cerebral de estos enfermos.

VID07

RESECCIÓN NEUROENDOSCÓPICA DE NEUROCISTICERCO INTRAVENTRICULAR

E.J. Rascón Ramírez, O.A. Salazar Ascencio, J.M. Avelillas Chasín, M. Jorquera Moya, J.M. Saceda Gutiérrez y J.A. Barcia Albácar

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y métodos: Mujer de 40 años, natural de Perú, 8 años en España, presenta cefalea crónica de 4 años de predominio frontal episódica (1 vez/semana), cede con ibuprofeno, en ocasiones le despierta, más intensa al agacharse, asocia mareos sin giros de objetos y dolor abdominal crónico, estudio digestivo completo negativo. En TAC cerebral calcificaciones difusas puntiformes sospechosas de Neurocisticercosis. Se completa estudio con RMN, objetivando lesión redondeada bien delimitada de 15 X 15 x 12 mm hipointensa en T1 e Hiperintensa en FLAIR con pared gruesa, a nivel del ventrículo lateral derecho en asta posterior y en contacto con plexo coroideo, no realce postcontraste e imagen de 3 mm en su interior. Se realiza RMN en flexión y extensión cervical objetivando movilidad de dicha lesión en el sistema ventricular. Se realiza abordaje neuroendoscópico, intentando aspirar contenido de lesión quística, no siendo posible por su pared gruesa, por lo que se realiza extirpación en bloque con sistema endoscópico con resección macroscópica completa. RMN posquirúrgica, ausencia de lesión intraventricular.

Conclusiones: La neurocisticercosis es la infección helmíntica más común del sistema nervioso central, ocurre en el humano como huésped intermediario de la *Tenia Solium*, propia de regiones endémicas; la forma intraventricular tiene peor pronóstico que la forma intraparenquimatosa; dentro de sus complicaciones se describen hidrocefalia aguda, ependimitis o aracnoiditis debido a irritación o liberación del parásito, el abordaje quirúrgico no está establecido pero la técnica endoscópica nos permite ser poco invasivos con extirpación completa y poca morbilidad, el estudio radiológico prequirúrgico es fundamental para planificar la trayectoria adecuada con el neuroendoscopio, al ser quistes de tamaño superior al lumen del canal de trabajo, la aspiración del contenido es una opción, la extirpación en bloque con el neuroendoscopio también es

una forma segura de extracción completa sin riesgo de rotura del quiste.

VID08

UTILIDAD DE LA “ENDOSCOPIC ASSISTED TECHNIQUE” EN CIRUGÍA TRANCRANEAL. DEMOSTRACIÓN DE TRES CASOS

L.A. Reyes Figueroa, J. Enseñat Nora, V. González Jiménez, J. Torales González, C. Fernández y E. Ferrer Rodríguez

Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivos: Evaluar las ventajas y los límites del uso combinado de la técnica endoscópica y microquirúrgica en lesiones intracraneales en nuestro centro y así dar una idea, mediante casos ilustrados, de la utilidad de dicha técnica.

Material y métodos: Se presentan tres casos en los que se utilizó la técnica endoscópica asistida a la cirugía transcraneal clásica. Se han escogido tres casos de lesiones diferentes para demostrar la utilidad en diferentes patologías y abordajes. El primer paciente presentó con un cavernoma mesencefálico y se operó por una vía supracerebelosa infratentorial. El segundo caso se utilizó en un abordaje pterional para un aneurisma de comunicante anterior. El tercer paciente se realizó un abordaje temporal con asistencia endoscópica transtentorial para completar la exéresis del componente infratentorial de un tumor epidermoide.

Resultados y conclusiones: En los casos del tumor epidermoide y del cavernoma mesencefálico la técnica endoscópica nos permitió la visualización de estructuras que quedan ocultas al microscopio. Nos permitió reducir la complejidad de los abordajes, el tiempo quirúrgico y el grado de resección. En el caso del aneurisma nos permitió ver con mayor claridad el lugar de colocación del clip y el correcto clipaje del saco aneurismático. La utilización de la técnica endoscópica en casos muy concretos puede ser de gran utilidad para la visualización de ángulos y zonas muertas para el campo visual microquirúrgico. La pérdida de la tridimensionalidad es un factor a tener en cuenta y que se tiene que suplir por la experiencia del neurocirujano.

VID09

GLIOMA INSULAR IZQUIERDO EN PACIENTE SORDOMUDA: PRIMERA DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL LENGUAJE DE SIGNOS DEMOSTRADA MEDIANTE MAPEO POR ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA INTRAOPERATORIA

C.J. Velásquez Rodríguez^{1,2}, J. Martino González^{1,2}, E. Gómez^{1,2}, J. Vázquez^{1,2}, D. Mato Mañas^{1,2} y A. Vázquez Barquero^{1,2}

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ²Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Describir la organización cortical y subcortical de la función del lenguaje en una paciente sordomuda con un glioma ténporo-insular izquierdo, operada mediante mapeo por estimulación eléctrica intraoperatoria (EEI). Una revisión bibliográfica detallada indica que es el primer caso descrito en la literatura. Se presenta el vídeo quirúrgico.

Material y métodos: Paciente mujer de 55 años, zurda, sordomuda. Se diagnosticó por resonancia magnética de lesión compatible con glioma OMS grado II en región ténporo-insular izquierda. Se intervino con la ayuda de mapeo por EEI con la paciente despierta con evaluación de tareas del lenguaje (nomi-

nación de imágenes y lectura). Para la realización de las tareas intraoperatorias se contó con un neuropsicólogo y con un intérprete de lenguaje de signos.

Resultados: A nivel del cortex premotor ventral se produjo un bloqueo del lenguaje ("speech arrest") en la tarea de contar números. En este punto es importante recalcar que en lenguaje de signos se cuentan números con las manos. En la circunvolución supramarginal y en la parte posterior de la circunvolución temporal superior se produjo anomia y alexia en las tareas de nominación de imágenes y lectura, respectivamente. La estimulación subcortical a nivel del istmo temporal produjo parafasias semánticas, correspondiendo al fascículo fronto-occipital inferior.

Conclusiones: El mapeo por EEI del lenguaje de signos en pacientes sordomudos no presenta mayor complejidad que en pacientes con lenguaje oral. La organización de la función del lenguaje es muy similar en cuanto al tipo de respuesta ("speech arrest", anomia, alexia y parafasia semántica) y a la localización anatómica de las funciones. El hallazgo más significativo es la identificación a nivel del cortex premotor ventral de bloqueo de la tarea de contar números con las manos.

VID10

TRATAMIENTO DEL CRANEOFARINGIOMA MEDIANTE COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA TRANSVENTRICULAR DE CATÉTER INTRAQUÍSTICO

A.Y. Meza Martínez, M. Rivero Garvía, J. Márquez Rivas, Y. Chocrón González, E.E. Pino González y G. Pérez Prat

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Mostrar un recurso disponible para el tratamiento de los craneofaringiomas con importante componente quístico, seguro, eficaz, con escasa morbilidad, técnicamente sencillo y poco invasivo

Material y métodos: En agosto 2013 se evalúa paciente de 6 años con clínica de hipertensión intracraneal y somnolencia, RM con masa de gran tamaño a nivel supraselar con importante componente quístico, desplazamiento de estructuras adyacentes e hidrocefalia obstructiva secundaria, compatible por sus características radiológicas con craneofaringioma. Se somete a intervención urgente realizándose mediante técnica endoscópica en un solo tiempo: toma de biopsia, colocación de catéter intraquístico tumoral y aspiración de 10 cc, septostomía e inserción de segundo catéter a través de esta, reservorio "on-off" en ambos catéteres. Se realiza TC inmediato posquirúrgico que verifica ausencia de complicaciones y colocación adecuada de catéteres. Tras estudio anatomopatológico se procede a realizar primer ciclo de tratamiento intraquístico con interferón alfa según protocolo. Presentamos un vídeo ilustrativo del caso.

Resultados: Posterior a la cirugía, evolución clínica satisfactoria, en parte motivada por el descenso de la presión intracraneal al disminuir el tamaño tumoral y mejorar la circulación de LCR. Completado el primer ciclo de tratamiento con interferón los estudios de imagen ponen de manifiesto la desaparición del componente quístico tumoral con persistencia del sólido, buena evolución clínica, por lo que se plantea proseguir el tratamiento con interferón.

Conclusiones: La técnica endoscópica en el tratamiento de los craneofaringiomas de predominio quístico tiene gran utilidad si se selecciona adecuadamente el caso; debido a su versatilidad permite realizar, cuando es necesario, varios procedimientos en el mismo acto quirúrgico con eficacia. La terapia intraquística con interferón alfa reduce en un porcentaje alto de casos el componente quístico del tumor y retrasa los efectos deletéreos de medidas más agresivas.

VID11

ABORDAJE SUPRACEREBELOSO INFRANTENTORIAL ASISTIDO POR ENDOSCOPIA PARA LA RESECCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE TUMORES EN LA REGIÓN PINEAL

A.Y. Meza Martínez, J.L. Narros, M. Rivero Garvía, J. Márquez Rivas, A. Kaen y E.E. Pino González

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Mostrar un recurso técnico seguro, útil y sencillo en el manejo quirúrgico de los pacientes con tumores en la región pineal. Revisar las características preoperatorias y los resultados de una serie de pacientes sometidos a extirpación tumoral mediante microcirugía asistida con endoscopia 3D.

Material y métodos: Una serie de cinco casos en una institución (3 hombres y 2 mujeres, edad media de 28 años, rango de 2-57 años) con entidades tumorales pineales heterogéneas fueron tratados mediante un abordaje supracerebeloso infrantentorial con exéresis microquirúrgica de las lesiones asistida por endoscopia. Se realiza una revisión retrospectiva de los casos. El tiempo medio de seguimiento fue de 9 meses.

Resultados: El abordaje microquirúrgico asistido por endoscopia fue aplicado de forma exitosa a una variedad de lesiones pineales (tumor papilar, tumor radboide atípico, pinealoblastoma, tumor pineal de diferenciación intermedia, teratoma maduro). En cuatro pacientes se había realizado previamente ventriculostomía endoscópica y biopsia. El volumen medio tumoral prequirúrgico fue de aproximadamente 8,5 cm³. No hubo incremento significativo del tiempo quirúrgico ni complicaciones directamente relacionadas con el uso del endoscopio. En áreas profundas y complejas anatómicamente se consiguió una percepción más adecuada del campo quirúrgico en relación al empleo únicamente del microscopio. La extirpación macroscópicamente completa fue conseguida en todos los casos confirmada con RM posquirúrgica. Al final del periodo de seguimiento cuatro pacientes presentaron mejoría clínica evidente, un paciente falleció por diseminación leptomenígea tumoral.

Conclusiones: El endoscopio es útil en la extirpación de tumores en la región pineal, mejora la visualización y magnificación de áreas de difícil acceso con el microscopio únicamente. Permite minimizar la retracción de las estructuras neurovasculares y puede ser una herramienta efectiva para incrementar el grado de resección tumoral a nivel de la región pineal.

VID12

HEMISFERECTOMÍA FUNCIONAL PERIINSULAR: DEMOSTRACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN UNA PACIENTE CON ENCEFALITIS DE RASMUSSEN

J.R. Brin Reyes¹, J. Zamorano², B. Hernández² y F. Carceller Benito²

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las técnicas desconectivas para la epilepsia refractaria continúan siendo parte fundamental del armamentario quirúrgico, pero son procedimientos técnicamente complejos y demandantes.

Material y métodos: Una mujer de 4 años con crisis refractarias secundarias a encefalopatía de Rasmussen se sometió a un procedimiento desconectivo. Se le realizó una hemisferectomía funcional periinsular con resección del lóbulo central y el polo anterior del temporal. La técnica se reproduce mediante imágenes en vídeo.

Resultados: A los 6 meses de seguimiento la paciente persiste sin crisis comiciales. Desarrolló hidrocefalia que precisó derivación ventriculoperitoneal para su tratamiento.

Conclusiones: En el manejo de las crisis refractarias hemisféricas, la hemisferectomía funcional puede convertirse en un procedimiento útil, con la posibilidad de lograr un buen control de los síntomas. La orientación anatómica es fundamental para un buen resultado de esta cirugía.

VID13

DILATACIÓN QUÍSTICA VENTRICULUS TERMINALIS. CONTROVERSIAS SOBRE FENESTRACIÓN MICROQUIRÚRGICA

C. Asencio Cortés, J. Molet Teixidó y E. Lladó Teixidó

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El hallazgo de un quiste de cono medular sugestivo de persistencia de ventriculus terminalis en un paciente con patología raquídea es orientada en muchas ocasiones como variante de la normalidad ofreciendo dudas respecto a su relación directa con los síntomas y su tratamiento. En la literatura no hay consenso respecto a su indicación de tratamiento.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 47 años con antecedentes de esclerosis múltiple en seguimiento por la Unidad de Neuromúsculo. Presenta lumbalgia izquierda irradiada a extremidades inferiores, rampas y fasciculaciones en gemelos. Se asocia clínica sensitiva parcheada en diferentes territorios del tronco, déficit motor L5-S1 e hipoestesia perineal. Se realiza RM en la que se observa dilatación quística del cono medular con ocupación de prácticamente la totalidad del canal, por lo que ante la progresión clínica se decide intervención quirúrgica mediante hemilaminectomía y fenestración del quiste. Se presenta el vídeo de la intervención quirúrgica y una revisión de la literatura reciente.

Resultados: Tras unos meses de la intervención presenta mejoría del control esfinteriano y del balance motor en ambas EII y del territorio S1, persistiendo limitación a la dorsiflexión del pie. Literatura reciente apoya el manejo quirúrgico de la dilatación quística de ventriculus terminalis basándose en su severidad clínica.

Conclusiones: La fenestración microquirúrgica bajo monitorización neurofisiológica de un quiste de cono medular sugestivo

de persistencia de ventriculus terminalis puede producir una mejoría clínica significativa en pacientes con patología raquímedular.

VID14

VENTAJAS DEL ABORDAJE ENDOSCÓPICO SUPRACILIAR EN LOS QUISTES COLOIDES DEL III VENTRÍCULO

J.L. Narros Giménez, J.M. Almarcha Bethencourt, J. Márquez Rivas y Y. Chocrón González

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Explicar mediante un vídeo de un caso real las ventajas del abordaje supraciliar endoscópico en la resección de los quistes coloides del III ventrículo versus el abordaje precoronal estándar. Las ventajas principales de este abordaje radican en un mejor control de la inserción en la tela coroidea del III ventrículo, una resección más completa de la lesión y un menor daño en el Fornix. Además, como ventaja adicional, hemos observado que permite un mejor control de la porción posterior del III ventrículo, concretamente de la entrada del acueducto de Silvio.

Material y métodos: Intervenimos mediante abordaje supraciliar endoscópico 3 casos de quistes coloides del III ventrículo. Realizamos una minicraneotomía supraciliar previo estudio en 3D de las imágenes de la resonancia para elegir la trayectoria más adecuada. Para dirigir el abordaje endoscópico nos guiamos mediante ecografía intraoperatoria utilizando una sonda de trépano y realizamos la resección completa de la lesión disecándola de la inserción en la tela coroidea del III ventrículo.

Resultados: Obtuvimos en todos los casos una resección completa de la lesión, no se observaron daños estructurales en el Fornix y en uno de los casos extrajimos un coágulo de la entrada del acueducto de Silvio con un molde del IV ventrículo.

Conclusiones: El abordaje supraciliar endoscópico para la resección de quistes coloides del III ventrículo presenta, además de las ventajas ya conocidas (mejor control de la inserción, resección más completa y menor daño estructural en el Fornix), un mejor control de la porción posterior del III ventrículo y de la entrada del acueducto de Silvio.