



NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



PÓSTERS

XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurocirugía

Pamplona, 19-22 de mayo de 2015

P001 APOPLEJÍA PITUITARIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Cecilia Fernández Mateos, Ángela Carrascosa Granada, Anwar Saab Mazzei, Ainhoa Abad y José García-Uria

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: La cirugía transesfenoidal es un tratamiento seguro y eficaz en los adenomas hipofisarios. La edad no es un factor determinante en el tratamiento quirúrgico de estos tumores. Es recomendable la existencia de centros especializados para el manejo y optimización de resultados.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un paciente de 81 años de edad con un adenoma hipofisario que debuta con una apoplejía pituitaria.

Resultados: Varón que acude al servicio de urgencias por cefalea intensa e HTA. Tiene antecedentes de insuficiencia cardíaca, EPOC, diabetes mellitus y había sido intervenido en los años 80 por un aneurisma cerebral. En las secuencias de TAC realizadas con carácter urgente no se evidenció patología aguda, por lo que, tras respuesta satisfactoria a analgésicos y antihipertensivos, es dado de alta. Posteriormente el paciente comienza con disminución de la agudeza visual y ptosis palpebral derecha. Acude de nuevo al hospital donde se diagnostica un III-VI par derechos con defecto campimétrico que le produce ceguera bilateral. La analítica confirma un panhipopituitarismo y la RM de silla turca muestra una masa sellar con cambios hemorrágicos que comprime el quiasma óptico y seno cavernoso derecho. Se realiza cirugía transesfenoidal para exéresis de un hematoma lobulado secundario a un adenoma cromóforo. El paciente fue dado de alta con mejoría sintomática tras la intervención.

Conclusiones: Los adenomas de hipófisis son neoplasias que pueden debutar con una apoplejía pituitaria produciendo una incapacidad permanente. La RMN de silla turca es el diagnóstico radiológico de elección. La edad no es un factor determinante en la decisión terapéutica. El ASA score así como el acortamiento del tiempo quirúrgico son factores favorables en la evolución de estos pacientes.

P002 SINUSITIS ALÉRGICA FÚNGICA CON AFECTACIÓN INTRACRANEAL

Manuel Aмоса Delgado, María José Herguido Bóveda, Isabel Herrera Herrera, Guillermo Sanjuán de Moreta, Jorge Alberto Jiménez Antolín, Juan Antonio Álvarez Salgado, Igor Paredes Sansinenea y María de los Ángeles Cañizares Méndez

Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivos: La sinusitis alérgica fúngica (SAF) es una entidad descrita recientemente relacionada con infecciones fúngicas crónicas que afectan a senos paranasales en pacientes inmunocompetentes. Describimos de un caso de SAF y revisión de la literatura.

Material y métodos: Varón de 15 años, asmático, con sinusitis crónica resistente a tratamientos. Refiere dificultad respiratoria nasal, cefalea frontal, hiposmia y se suma visión borrosa, hipertelorismo y proptosis de reciente aparición. La RM craneal muestra importante alteración de la arquitectura y contenido sinusal en probable relación con sinusitis alérgica fúngica, complicada con afectación orbitaria e intracraneal. Se realiza craneotomía frontal bilateral para extirpación de lesión frontal izquierda en comunicación con seno frontal, y cranealización de ambos senos frontales. Posteriormente endoscopia naso-sinusal bilateral con amplia apertura de senos paranasales bilaterales, con retirada de material mucoso. Creció el hongo dematiáceo *Scytalidium hyalinum*, confirmado con PCR. Los cultivos bacterianos fueron negativos. Recibió cobertura antibiótica (cotrimoxazol y metronidazol) y de hongos con anfotericina B, junto con corticoides a altas dosis en pauta descendente. Buena evolución clínica radiológica del proceso.

Discusión: La SFA consiste en una enfermedad sinusal benigna no invasiva que afecta a pacientes inmunocompetentes en relación con una reacción de hipersensibilidad tipo I y III a antígenos fúngicos que colonizan los senos paranasales. Afecta normalmente a adolescentes, asmáticos, atópicos, con pólipos nasales y con síntomas de sinusitis crónica de larga evolución con múltiples cirugías. La IgE y la eosinofilia son marcadores de actividad. El tratamiento consiste en la evacuación quirúrgica

completa de la mucina alérgica asociado a corticoides sistémicos. Normalmente no se recomiendan los agentes antifúngicos sistémicos. Es muy importante reconocer la SFA ya que el pronóstico a corto plazo es bueno, pero se debe comprender que se trata de una enfermedad crónica de tratamiento específico alérgico.

P003

MALFORMACIÓN VENOSA ÓSEA EN UN SÍNDROME DE WILLIAMS: UNA LESIÓN INFRECUENTE EN UN PACIENTE COMPLICADO

María Román de Aragón¹, Beatriz Mansilla¹, Trinidad Márquez² y Álvaro Pérez Zamarrón¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Objetivos: El síndrome de Williams, deleción del cromosoma 7, se caracteriza por rasgos dismórficos, enfermedad cardiaca congénita y alteraciones conductuales. La muerte súbita esta descrita, y en la mayoría de los casos ocurrió durante la anestesia, lo que hace extremar sus cuidados perioperatorios. Presentamos un paciente con síndrome de Williams intervenido de una malformación ósea venosa. Revisamos las complicaciones y precauciones anestésicas a tomar en la cirugía de estos pacientes.

Material y métodos: Paciente de 17 años con síndrome de Williams que acude por pérdida progresiva de visión en el ojo derecho. La RM cerebral describe una LOE multiquistica desde el seno etmoidal derecho pasando por el techo de la órbita hasta la hendidura orbitaria. Se abordó la lesión en dos tiempos. La primera intervención mediante un abordaje bifrontal, con una resección completa de la porción intradural orbitaria. Durante la cirugía se colocó un marcapasos externo, sin complicaciones intraoperatorias. Tras la extubación el paciente presentó una parada respiratoria y bradicardia de 40 lpm. Se procedió a intubación mecánica, siendo extubado a las 24h sin presentar déficit neurológico. Posteriormente se realizó un abordaje endoscópico endonasal transesfenoidal con resección de la lesión etmoidal y esfenoidal. Seguimos el mismo protocolo anestésico sin complicaciones. El diagnóstico anatomopatológico fue de malformación vascular venosa con hiperplasia endotelial papilar.

Resultados: En el momento actual el paciente presenta mejoría del déficit visual, persistiendo lesión a nivel del techo del esfenoides y seno cavernoso.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de síndrome de Williams presentan, entre otros rasgos, patología cardiaca, con mayor frecuencia EA supraavicular, lo que supone un riesgo anestésico añadido. Es necesario una coordinación y un protocolo conjunto con el Servicio de Anestesia para evitar el riesgo de muerte súbita en estos pacientes.

P004

ECORDOSIS FISALOFORA Y RESONANCIA MAGNÉTICA: ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

María Román de Aragón¹, Beatriz Mansilla¹, Trinidad Márquez², Álvaro Pérez Zamarrón¹ y Carlos Pérez López¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Objetivos: La econdosis fisalofora es un tumor poco frecuente derivado de remanentes ectópicos de la notocorda, localizado en la cisterna preponatina. Es una entidad benigna, típicamente asintomática que raras veces requiere intervención quirúrgica

debido a su lento crecimiento. Nuestro objetivo es describir los hallazgos radiológicos de esta lesión, así como su resección mediante un abordaje endoscópico endonasal transclival.

Material y métodos: Presentamos 3 pacientes intervenidos entre enero de 2013 y enero de 2014 en nuestro centro. Paciente 1: varón 57 años con diagnóstico incidental. Paciente 2: mujer 56 años con diagnóstico incidental. Paciente 3: varón de 53 años en estudio de adenoma hipofisario. La RMN mostraba una lesión hipointensa en RM-T1, hiperintensa en RM-T2 sin realce postcontraste localizados en la región retroclival. El diagnóstico radiológico fue de cordoma, salvo en el paciente 3. Ante la sospecha de cordoma en los 2 primeros pacientes, se decidió la intervención neuroquirúrgica. Con ayuda del servicio de endocrinología, se realizó un abordaje endoscópico endonasal transclival, consiguiendo una extirpación completa. El diagnóstico anatomopatológico fue de econdosis fisalifora.

Resultados: Los pacientes 1 y 2 permanecen asintomáticos con una estancia media en el hospital de 9 días. El paciente 3 permanece asintomático. Hemos realizado un seguimiento mediante RMN a los 3, 9 y 12 meses, sin observarse recidiva o crecimiento de la lesión.

Conclusiones: La econdosis fisalifora es una entidad benigna y poco frecuente con un origen común con el cordoma, lo que hace difícil un diagnóstico diferencial. La RM es imprescindible para un diagnóstico correcto. Típicamente la econdosis fisalifora se muestra hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y no realzan tras el contraste. En las lesiones sintomáticas, el abordaje endoscópico transnasal transesfenoidal supone una ruta directa, mínimamente invasiva y así como un alternativa de tratamiento segura y eficaz.

P005

CRANEOTOMÍA FRONTO-TEMPORO-ÓRBITO-CIGOMÁTICA EN UNA SOLA PIEZA: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Alejandro Ortega Rodríguez, Pere Tresserras Ribó, Fernando Muñoz Hernández y Joan Molet Teixidó

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El abordaje órbito-cigomático para lesiones de base de cráneo, en la mayoría de casos, se ha realizado separado de la craneotomía fronto-temporal. Se han descrito pocos casos de una pieza única. Describimos la técnica quirúrgica de craneotomía fronto-temporo-órbito-cigomática en una sola pieza.

Material y métodos: Se coloca al paciente en decúbito supino con la cabeza fijada con craneostato, elevada 20o y ladeada 45o contraria al lado de la lesión, siendo la parte más elevada la prominencia malar. Se extiende ligeramente el cuello. La incisión empieza en el borde inferior del arco cigomático en frente del trago, curvándose superior y anteriormente hasta línea media siguiendo la línea del pelo. Se diseña el periostio del colgajo cutáneo. Se expone el hueso fronto-temporal, la pared superior y lateral de la órbita y el arco cigomático. Se separa la periórbita y el nervio supraorbitario. Se realiza incisión del músculo temporal y su fascia a nivel de la línea temporal superior, rechazándose encima del cigoma. Se procede a realización de trépano mediante fresa a nivel del keyhole, y craneotomía frontotemporal hasta techo de la órbita. Con ayuda de espátulas de cerebro se protege la periórbita y se continúa craneotomía por techo y pared lateral de órbita hasta prominencia malar. Se rechaza de vuelta el músculo temporal para realizar las osteotomías cigomáticas. Se finaliza la craneotomía uniendo la parte orbitaria con la temporal, elevándose el colgajo óseo en una sola pieza, al fracturarse a nivel esfenoidal. Al finalizar la cirugía, se recoloca el colgajo óseo mediante pins a nivel frontotemporal, y microplacas, a nivel cigomático.

Conclusiones: La realización de la craneotomía fronto-temporo-órbita-cigomática en una sola pieza disminuye el defecto óseo, traduciéndose en un menor defecto estético postoperatorio. Además, disminuye el tiempo quirúrgico, al facilitar la recolección del colgajo óseo.

P006

TRATAMIENTO ENDONASAL ENDOSCÓPICO DE MENINGO-ENCEFALOCELE ESPONTÁNEO DE LA CARA LATERAL DEL SENO ESFENOIDAL

Ariel Matías Kaen¹, Eugenio Cárdenas Ruiz-Valdepeñas¹, Ramón Moreno Luna¹, Javier Márquez Rivas¹, Serafín Sánchez², Marta Troya¹, Gustavo Pérez Prat¹ y Francisco Esteban¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: El meningocele de la cara lateral del seno esfenoidal es un defecto extremadamente raro. Se puede originar por un defecto congénito, secundario a un traumatismo o como consecuencia de la erosión destructiva de un proceso neoplásico/inflamatorio. Se asocia a una gran neumatización del seno esfenoidal (sobre todo en el plano coronal). Clínicamente se presenta con rinoliquorrea espontánea. Presentamos nuestra serie de pacientes con fistulas de LCR secundarias a defecto de la cara lateral esfenoidal tratadas por vía endonasal endoscópica.

Material y métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes operados de fistula de LCR por vía endonasal endoscópica desde enero del 2013 a enero del 2015. Identificamos aquellas fistulas esfenoidales de la cara lateral, realizamos una descripción de los hallazgos clínicos y radiológicos. Finalmente analizamos los resultados quirúrgicos.

Resultados: Durante el periodo de estudio 3 pacientes presentaron fistula de LCR secundaria a defecto de la cara lateral del seno esfenoidal (2: mujeres; 1: hombre). Ningún paciente presentó antecedentes traumáticos ni neoplásicos/inflamatorios. El inicio de la clínica fue brusco con fistula de LCR de alto flujo. Dos fueron izquierdas y una derecha. En los tres casos se realizó un abordaje endonasal endoscópico a través de una sola fosa nasal, observándose un gran defecto óseo con herniación del lóbulo temporal dentro del seno esfenoidal en 2 de los pacientes. El cierre se realizó utilizando un colgajo nasoseptal pediculado. No se observó recidivas tras la cirugía.

Conclusiones: Defectos en el desarrollo embriológico del hueso esfenoidal pueden provocar áreas de osificación incompleta en la cara lateral del seno esfenoidal y manifestarse como una rara causa de fistula de LCR. La utilización del colgajo nasoseptal representa una buena opción terapéutica en estos pacientes.

P007

MENINGIOMA CORDOIDE RETROCLIVAL SIN IMPLANTACIÓN DURAL: ABORDAJE TRANSCLIVAL ENDOSCÓPICO

Laín Hermes González Quarante, Begoña Iza Vallejo, María Cristina Aracil González, Antonio José Vargas López, Óscar Lucas Gil de Sagredo, Carlos Fernández Carballal, Esteban Scola Pliego y Fernando Ruiz Juretschke

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con un voluminoso meningioma sin implante dural retroclival. Hasta la fecha, sólo 10 casos de meningiomas sin implante dural de fosa posterior han sido publicados en la literatura anglosajona.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente que fue intervenida a finales de 2014 de una lesión retroclival con resultado anatomopatológico de meningioma cordoide sin implantación dural. Se realiza una revisión de la literatura de casos similares.

Resultados: Paciente de 36 años con migrañas con aura visual y sin otros antecedentes de interés que ingresó con diplopía binocular aguda asociada a paresia de VI par craneal derecho. Las pruebas de neuroimagen mostraban una lesión retroclival intradural, que desplazaba arteria basilar. El diagnóstico diferencial incluyó como diagnósticos de sospecha los de meningioma y cordoma intradural entre otras posibilidades. Se planteó resección quirúrgica mediante abordaje endonasal expandido transclival. La paciente fue intervenida mediante el abordaje previamente descrito y la técnica de transposición hipofisaria, que permitieron una resección macroscópicamente completa. Durante la intervención se objetivó ausencia de implantación dural. El resultado anatomopatológico fue de meningioma cordoide. La RMN postoperatoria evidenció una resección completa. Se revisó la literatura disponible en inglés hasta la fecha, encontrándose sólo 10 casos previos de meningiomas sin implantación dural (conocidos con el acrónimo inglés "MWOODA") en fosa posterior. Se trata, además, del primero de los mismos que presenta el subtipo histológico de cordoide y que se halla retroclival sin ningún tipo de implantación.

Conclusiones: Se presenta el caso de un meningioma cordoide sin implantación dural, de localización retroclival. Se trata del primer caso publicado que reúne dichas características. El abordaje endonasal expandido transclival permite, en casos similares al presente, cuidadosamente planificados, la resección completa.

P008

EFICACIA Y SEGURIDAD DE SEGUNDAS CIRUGÍAS ENDOSCÓPICAS TRANSESFENOIDALES EN ADENOMAS HIPOFISARIOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alicia Godoy Hurtado, Nicolás Moliz Molina, Ana Román Cutillas, M^a Asunción García Maruenda, Eskandar Yagui Beltrán, Javier de la Cruz Sabido, Majed Jouma Katati y Gonzalo Olivares Granados

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: El tratamiento de primera línea en la mayoría de los adenomas hipofisarios es la cirugía transesfenoidal, en cambio el tratamiento de las recidivas no está bien establecido pues existen otros tratamientos eficaces como la radioterapia. Evaluamos la eficacia y seguridad de reintervenciones de adenomas hipofisarios por abordaje endoscópico endonasal transesfenoidal.

Material y métodos: recogemos de forma retrospectiva los datos referentes a resultados y complicaciones en adenomas hipofisarios intervenidos por vía endoscópica en nuestro centro entre los años 2008 y 2014 y los comparamos con los obtenidos en las reintervenciones con la misma técnica y el mismo equipo quirúrgico. Comparamos así mismo con los resultados de la literatura.

Resultados: Se analizan 96 intervenciones de las cuales 16 son reintervenciones. El porcentaje de curaciones en imagen/hormonal en primeras intervenciones es del 40% y 38% en reintervenciones siendo más frecuente en ambos grupos en los microadenomas. En cuanto a complicaciones se recogen dos fallecimientos en el grupo de primera cirugía (tep y meningitis) y ninguno en los reintervenidos. Un hematoma en el lecho tumoral con parálisis del iii pc transitoria en el grupo de reintervenidos que precisó evacuación quirúrgica. 6% de fistulas frente al

7% en reintervenciones. Di postquirúrgica en 4% de las primeras iq frente al 18% de las reintervenciones. Nuevos déficits de ejes hipofisarios tras primera cirugía en el 22% y en el 18% de los reintervenidos. No se produjo empeoramiento visual en ningún paciente.

Conclusiones: El rescate por vía endoscópica es una técnica segura y eficaz con una tasa de complicaciones similar a la primera intervención y que debe ser tenida en cuenta en determinados casos. Un número más alto de pacientes es necesario para alcanzar conclusiones con mejor significación estadística.

P009 RINORREA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO POR DEFECTO DEL TEGMEN TIMPANI. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Manuel Arteaga Armas y Salvador Miralbes Celma

Hospital Quirón Palmaplanas, Palma de Mallorca.

Objetivos: Revisión bibliográfica y análisis del diagnóstico y tratamiento de las fistulas de LCR espontánea por defecto del techo del oído medio con rinorrea como debut de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio clínico, radiológico y tratamiento quirúrgico de un caso de rinorrea crónica sin causa aparente por defecto óseo del tegmen timpani asociado a encefalocelo en oído medio. Diagnóstico por imagen mediante secuencia 3D-CISS RM y cisternografía RM con contraste.

Resultados: Resultado clínico y radiológico favorable a 2 años del tratamiento con remisión de la rinorrea y normalización del audiograma.

Conclusiones: Propuesta de un algoritmo para el correcto diagnóstico y tratamiento de una infrecuente presentación de fístula de LCR (rinorrea) por defecto del tegmen timpani.

P010 CORDOMAS Y CONDROSARCOMAS DE BASE CRANEAL. EXPERIENCIA Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE VÍAS ENDOSCÓPICA, TRANSCRANEAL Y TRANSMAXILAR

Alberto Blanco Ibáñez de Opacua, Cristina Hostalot Panisello, Jordi Rimbau Muñoz, Pilar Teixidor Rodríguez, Roser García Armengol, Manel Tardáguila Serrano, Carlos Botella Campos y Francisco Goncalves Ramírez

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Describir nuestra serie en el tratamiento quirúrgico de cordomas y condrosarcomas de base craneal analizando ventajas y limitaciones de la vía endoscópica endonasal transclival, frontotemporal y transmaxilar.

Material y métodos: Entre noviembre 2009 y abril 2014 se intervinieron 3 condrosarcomas y 1 cordoma de base craneal en 4 pacientes (2 mujeres / 2 hombres). La localización fue retroclival en el caso del cordoma y petroclival en los condrosarcomas 1 de ellos con extensión a fosa temporal e infratemporal. Los abordajes quirúrgicos practicados fueron: Endoscópico endonasal transclival (1), frontotemporal-subtemporal (3) siendo necesario en un caso un segundo abordaje transmaxilar-transpterigoideo (1).

Resultados: El seguimiento de los pacientes varió de 7 a 63 meses. Por abordaje endoscópico endonasal transclival (1) se consiguió una resección subtotal (90%) mientras que en los intervenidos por abordaje transcraneal (3) en un caso se consiguió exéresis superior al 90% y 2 resecciones parciales (60%, 72%),

por disminución de potenciales motores intraoperatorios en un caso y por limitación del acceso quirúrgico en el segundo, siendo este último reintervenido por abordaje transmaxilar-transpterigoideo ampliando a un 80% la resección. Ninguno de los pacientes experimentó complicaciones postoperatorias graves, destacando una paresia crural en un caso y debilidad de musculatura masticatoria por disfunción de musculatura pterigoidea en el acceso transmaxilar. Todos los pacientes realizaron protonterapia complementaria a la cirugía.

Conclusiones: Por su localización a nivel petroclival y el alto volumen tumoral en el momento del diagnóstico, la cirugía de cordomas/condrosarcomas de base craneal supone un reto quirúrgico que comienza con la planificación del abordaje. En aquellos con extensión infratemporal, el abordaje frontotemporal podría resultar insuficiente requiriendo de un acceso transmaxilar. En aquellos puramente clivales el abordaje endoscópico transclival puede ser efectivo para una amplia exéresis.

P011 SCHWANNOMA XII PAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Ruiz Martín, Mauricio Jaramillo Pimienta, Daniel Pascual Argente, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Juan Carlos Roa Montesdeoca, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Antonio David Miranda Zambrano y Álvaro Otero Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Presentar el caso de un schwannoma del XII par y realizar una revisión de la literatura.

Material y métodos: Mujer de 72 años que presenta cuadro de un mes de evolución de inestabilidad para la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria. A la exploración únicamente se objetiva una atrofia de la hemilengua izquierda. La TC y la RM cerebral muestran una extensa lesión lítica que ocupa el peñasco izquierdo, se extiende por el agujero rasgado posterior y llega hasta la altura del trigémino, asociando un componente de partes blandas en fosa posterior que desplaza la unión bulbo-protuberancial y ocasiona hidrocefalia. La TC tóraco-abdominopélvica muestra un engrosamiento asimétrico en la pared del colon ascendente que condiciona un defecto de repleción del borde mesentérico.

Resultados: Se practica un abordaje far-lateral izquierdo bajo monitorización neurofisiológica intraoperatoria, logrando una exéresis subtotal de la lesión. La biopsia intraoperatoria informa sobre un tumor mesenquimal de bajo grado. La paciente presenta una importante mejoría clínica corrigiéndose tanto el deterioro cognitivo como los síntomas asociados a la hidrocefalia, persistiendo exclusivamente la afectación del nervio hipogloso evidenciada por la atrofia de la hemilengua ipsilateral. El resultado anatómico-patológico definitivo fue de schwannoma del XII par. La RM posquirúrgica muestra resto tumoral localizado en la parte más inferior del peñasco izquierdo y por fuera del agujero rasgado posterior que se trata mediante radiocirugía con Gamma Knife.

Conclusiones: Los schwannomas del XII par son tumores infrecuentes que suelen presentar una morfología en reloj de arena, siendo excepcionales los casos con afectación únicamente intracraneal. Los síntomas más frecuentes son la cefalea y el vértigo; como signos clínicos característicos la atrofia de la lengua y las fasciculaciones. El diagnóstico diferencial incluye al quemodectoma, cordoma, meningioma, linfoma y metástasis. Un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz pueden preservar la función del nervio.

P012 TRATAMIENTO DE UN CASO DE NEUROACANTOCITOSIS CON ESTIMULACIÓN PALIDAL BILATERAL

Miguel Gelabert González, María Rico Cotelo,
José Luis Relova Quinteiro, Eduardo Arán Echabe,
Begoña Ares Pensado y Alfonso Castro García

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Presentar un caso de un paciente diagnosticado de corea-acantocitosis que fue tratado mediante estimulación bilateral del globo pálido interno.

Caso clínico: Varón de 43 años con historia clínica de 14 años de evolución de crisis tónico-clónicas generalizadas esporádicas, apareciendo posteriormente tics faciales y fonatorios, sacudidas mioclonicas y movimientos coreicos. Presentaba un 13% de acantocitos en sangre periférica y estudio genético: PKAN negativo diagnosticado de neuroacantocitosis con mala respuesta farmacológica se decide estimulación cerebral profunda implantando bilateralmente bajo anestesia general electrodos en globo pálido interno conectados a generador Brio (ANS). Parámetros: 4,5 mA-212 mcs-60 Hz. Al mes de la cirugía: No se observan movimientos coreicos en boca, cabeza y tronco en situación de reposo. Mejoría del lenguaje: "se le entiende mejor".

Discusión: La neuroacantocitosis es un cuadro sindrómico caracterizado por la presencia de un trastorno variable y complejo del movimiento asociado a la presencia de hematíes espiculados (acantocitos). El tratamiento inicial es farmacológico empleándose para la hiperkinesias: antipsicóticos, tetrabenazina o toxina botulínica; fármacos antiepilépticos, terapias ocupacionales, etc. El empleo de estimulación cerebral en el GPi para el control de las disquinesias en la neuroacantocitosis ha sido referido en escasas publicaciones. La corea y la distonía suelen ser los síntomas que mejor responden al tratamiento como ocurrió en nuestro paciente. Al tratarse de pacientes complejos, con alta incidencia de epilepsia está indicada la cirugía con anestesia general.

P013 COLOCACIÓN DE ELECTRODOS PROFUNDOS PARA EL REGISTRO ESTEREOELECTROENCEFALOGRÁFICO EN LA EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE MEDIANTE NEURONAVEGACIÓN, BRAZO PASIVO VERTEK Y CONTROL O-ARM

Eliseo Jorge Torales González, Pedro Roldán Ramos,
Jordi Rumià Arboix, Víctor González Jiménez,
Luis Alberto Reyes Figueroa, Sergio García García
y Joaquim Enseñat Nora

Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico de Barcelona.

Objetivos: La estereoelectroencefalografía (SEEG) es el registro de la actividad eléctrica cerebral mediante la colocación de electrodos profundos (EP). Presentamos la técnica de colocación de electrodos profundos mediante O-ARM y brazo pasivo Vertek guiado por navegación (Medtronic®). Valoramos la precisión de ésta midiendo la diferencia entre la planificación prequirúrgica y el control O-ARM postoperatorio.

Material y métodos: Todos los pacientes a los que se les implantaron EP para SEEG mediante O-ARM y brazo Vertek en nuestro centro fueron incluidos. El análisis de la imagen postoperatoria se realizó en la Medtronic WorkStation S7 donde se fusionó el estudio postoperatorio con la planificación preoperatoria. Evaluamos la precisión de la técnica midiendo la distancia entre la localización definitiva del electrodo en el control postoperatorio

y la planificada, así como las complicaciones, tiempo quirúrgico, estancia media y resultados a corto plazo.

Resultados: Un total de 4 pacientes fueron intervenidos mediante esta técnica, con una edad media de 33 años (50% varones). El número medio de electrodos por paciente fue de 7 (3-10), incluyéndose un caso bilateral, con un total de 27 electrodos profundos implantados y un tiempo quirúrgico de 37,5 minutos por electrodo. La distancia media entre el target programado y el definitivo fue de 1,4 mm (2,6-0). No hubo complicaciones derivadas del procedimiento. El tiempo medio de monitorización fue de 15,5 días (13-21). 1 paciente se encuentra pendiente de cirugía resectiva; 2 pacientes fueron intervenidos con resección del área epileptógena; y en un paciente con epilepsia multicéntrica bilateral se realizó termo-coagulación mediante los electrodos de registro. En el seguimiento a los tres meses 1 paciente presenta ILAE 1, el resto un ILAE 2.

Conclusiones: Según nuestros resultados, consideramos la SEEG mediante O-ARM y brazo pasivo Vertek un método seguro, efectivo, fiable y preciso para la localización del área epileptógena.

P014 UTILIDAD DE LA NEURONAVEGACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN Y CANULACIÓN DEL FORAMEN OVAL EN NEURALGIA TRIGEMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberto Blanco Ibáñez de Opacua,
Carlos Javier Domínguez Alonso, Jordi Rimbau Muñoz,
Josep María Cladellas Ponsa, Jorge Luis Muñoz Aguiar,
Salvador Colet Esqueje, Carlos Botella Campos
y Belén Menéndez Osorio

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: La compresión percutánea con balón (CPB) ha demostrado ser una técnica eficaz en el tratamiento de la neuralgia trigeminal idiopática. Sin embargo, no está exenta tanto de complicaciones como de dificultades en la canulación del foramen oval (FO), en muchos casos, relacionada con la mala visualización del foramen en las proyecciones fluoroscópicas. Basados en su gran utilidad en la planificación quirúrgica en Neurocirugía, describimos la utilidad de la Neuronavegación en la cateterización del FO.

Material y métodos: Paciente de 39 años afecta de neuralgia trigeminal de ramas V1 y V2 derechas. Previamente intervenida de CPB guiados con fluoroscopia con dificultad para canulación de FO y escaso alivio sintomático. Preoperatoriamente se realiza estudio tanto de trayectoria como de los ángulos de incidencia del FO con suelo fosa media. Siguiendo técnica percutánea de Haertel, se interviene usando Navegación con registro óptico (Brainlab, Alemania) guiados por TAC craneal, cateterizando foramen oval con aguja Tuohy precalibrada tomando como referencia skull clamp frontal para permitir movilización craneal durante la cirugía.

Resultados: El FO presentaba ángulos de 54º y 68º con el suelo de la fosa media en el plano coronal y sagital respectivamente. Se consiguió cateterizar el foramen en el primer intento. Se acopló a la navegación proyección fluoroscópica lateral para comprobar hinchado de balón una vez alcanzado ganglio Gasser. No se experimentaron complicaciones intraoperatorias en forma de sangrado ni alteraciones hemodinámicas. La paciente experimentó mejoría notable de clínica trigeminal sin presentar anestesia dolorosa o interrupción de arco reflejo corneal.

Conclusiones: La neuronavegación en la CPB es una herramienta segura y eficaz que complementa a la fluoroscopia en casos de acceso difícil al FO a la vez que reduce la dosis de radiación intraoperatoria.

P015
MIGRACIÓN INTRATORÁCICA
SUPRADIAGMÁTICA DE CATÉTER DISTAL
DE SISTEMA DE DERIVACIÓN
VENTRICULOPERITONEAL: PRESENTACIÓN
DE DOS CASOS DE UNA COMPLICACIÓN INUSUAL

Ignacio Javier Gilete Tejero, Marcos Botana Fernández, Ignacio Fernández Portales, Manuel Royano Sánchez, Rafael García Moreno, Carlos Andrés Mondragón Tirado, Hyaissa Zuheyahitv Ippolito Bastidas y José Manuel Cabezudo Artero

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivos: Desde su introducción en los años 60, las derivaciones ventriculoperitoneales (VVP) se han asociado a una amplia variedad de complicaciones a lo largo de su trayecto, considerándose las complicaciones torácicas inusuales. Presentamos dos casos de migración intratorácica del catéter peritoneal.

Material y métodos: El primero es un paciente de 70 años al que se coloca VVP por hidrocefalia post-HSA. A los tres días reingresa por hipo pertinaz, cefalea y vómitos. El segundo es un paciente de 74 años con hidrocefalia crónica del adulto tratada mediante VVP. Veinticinco meses después comienza de nuevo con apraxia de la marcha. Durante el estudio, a ambos se realizaron radiografías y TC torácicas que demostraron hidrotórax y catéter distal malposicionado bajo las costillas con extremo distal en cavidad pleural derecha. Fueron reintervenidos extrayéndose catéter peritoneal de cavidad torácica (presentaban punto de entrada a través de espacio intercostal) y recolocándose en peritoneo sin incidencias.

Resultados: Como describieron Obrador y Villarejo en el primer caso de migración intratorácica aparecido en la Literatura, la entrada inadvertida del catéter peritoneal a través de cavidad pleural durante la tunelización distal seguida de la presión negativa inspiratoria, podría retirar progresivamente el catéter peritoneal hacia el tórax (migración supradiafragmática). La otra forma de migración intratorácica descrita, (transdiafragmática) podría deberse a la existencia de hiatos congénitos en diafragma (forámenes de Bochdalek y Morgagni) o a procesos inflamatorios que faciliten la erosión de la punta del catéter sobre el diafragma. Se desarrollará hidrotórax si el flujo de LCR supera la capacidad absorbente pleural. Así, este tipo de complicación puede manifestarse como compromiso respiratorio o "shock" secundario al hidrotórax o como malfunción valvular. Nuestros dos casos resumen ambas formas de presentación.

Conclusiones: Es fundamental palpar el catéter peritoneal sobre las costillas durante y tras la tunelización distal. En caso contrario el cirujano deberá sospechar su malposición.

P016
PSEUDOQUISTE PERITONEAL SECUNDARIO
A DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL
EN PACIENTE CON PARAPARESIA ESPÁSTICA
FAMILIAR

Cristina Barrena López, Víctor Rodrigo Paradells, Alexander Maza González, Mónica Martín Risco, Eduardo Olmos Francisco, Luciano Bances Flórez, Fernando Comuñas González y Juan Bosco Calatayud Pérez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: El pseudoquiste peritoneal secundario a derivación ventriculoperitoneal (DVP) es una complicación rara con una incidencia de 0 al 4,5%. Se observa en el contexto de una etio-

logía inflamatoria-infecciosa y se manifiesta clínicamente con dolor, distensión y masa abdominal. La paraparesia espástica familiar es una síndrome congénito degenerativo que evoluciona con paraparesia progresiva asociándose a otras enfermedad neurológicas (hidrocefalia, epilepsia, deterioro cognitivo...).

Material y métodos: Varón de 43 años con antecedentes de paraparesia espástica familiar, portador de DVP desde hace más de 20 años y revisiones valvulares posteriores. Ingresó por un cuadro de obstrucción abdominal y deterioro del estado general. En la exploración se palpa masa abdominal sin signos de peritonismo. En la Rx y ecografía abdominal se observa la presencia de dos catéteres peritoneales, uno de ellos incluido en el proceso quístico. Se realiza cirugía de urgencia, fenestrando lesión quística y recolocando catéter distal en peritoneo. En el postoperatorio mediato reaparece la sintomatología inicial. Se realiza TC abdominal que confirma la persistencia de la lesión quística. Se reinterviene practicándose exéresis capsular de la lesión multitableada y del catéter peritoneal libre; se recoloca catéter distal en peritoneo. En el postoperatorio tardío el paciente desarrolla una hidrocefalia aguda. Se indica derivación ventriculo-atrial.

Resultados: Los hallazgos observados en este paciente, como son el antecedente de cirugía previa con recambio valvular y la presencia de un catéter peritoneal libre no funcionante, favorecen el desarrollo del pseudoquiste peritoneal. Asimismo, la paraparesia espástica familiar conlleva al estatismo y encamamiento prolongado con el ulterior desarrollo de una lesión de volumen considerable.

Conclusiones: El desarrollo de un pseudoquiste peritoneal en DVP es indicativo de disfunción valvular secundaria; se debe optar por cavidades reabsorptivas de LCR alternativas al peritoneo. En los pacientes que presentan una actividad reducida, el volumen de estas lesiones quísticas puede producir síntomas obstructivos de órganos adyacentes.

P017
CASO DE ALERGIA A SILICONA ASOCIADA
A DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Soraya González Rodríguez, Cristina Silva Garrido-Lestache, Sonia Facal Varela, Emilio González Martínez, Ianire Hernández Abad, Luis Martínez Soto y Romualdo Ferreira Muñoz

Hospital Universitario Araba-Santiago, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Ejemplificar una entidad de incidencia rara como es la alergia a la silicona de derivaciones de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Material y métodos: Presentación del caso de mujer de 51 años alérgica a múltiples alimentos, intervenida mediante craneotomía y fenestración de quiste aracnoideo de fosa posterior en junio 2014.

Resultados: Un mes después reingresa por cefalea a tensión en zona quirúrgica, precisando colocación de derivación cefalorraquídea Medos programable de silicona estándar sin látex. Es dada de alta reingresando en agosto por fiebre y meningitis en análisis bioquímico (hipoglucorraquia) y celular de LCR. Retiramos la válvula y colocamos drenaje lumbar externo, iniciándose tratamiento antitérmico y antibiótico empírico de amplio espectro, sospechando inicialmente lo más frecuente y probable, que la meningitis fuera bacteriana en un postoperatorio reciente. Se mantiene afebril y sin focalidad neurológica. Pero el análisis bioquímico y citológico de LCR continuó siendo patológico, con predominio de eosinofilia. Los cultivos tanto del shunt retirado como seriados de LCR resultaron negativos. Dada la ausencia de otra patología que justificara la persistencia de meningitis a pe-

sar de la antibioticoterapia, la negatividad de los cultivos y que prácticamente todos los polimorfonucleares en el recuento celular eran eosinófilos, junto con los antecedentes atópicos, sospechamos meningitis eosinófila secundaria a alergia a la silicona estándar. El tratamiento corticoideo provisional condujo a remisión de dicha eosinofilia y finalmente colocamos derivación ceferitoneal completamente fabricada en silicona 'extracted' Strata Medtronic, con buena evolución.

Conclusiones: La eosinofilia en el LCR es infrecuente, pero puede apreciarse en hasta un 30% de los malfuncionamientos valvulares. Aunque el diagnóstico diferencial ha de hacerse con la infección y la obstrucción, no debemos olvidar la posibilidad de alergia a la silicona estándar, porque la implantación de sistemas de silicona hipoalergénica evitará múltiples e infructuosas revisiones valvulares.

P018

DERIVACIONES VENTRICULARES EXTERNAS – CASUÍSTICA DE UN AÑO

Rui Manuel Almeida Ramos, Rui Jorge Almeida, Ricardo Moreira, Carlos Alegria y Afonso Almeida Pinto

Hospital de Braga, Portugal.

Objetivos: Descripción de una casuística de derivaciones ventriculares externas (DVE).

Material y métodos: Este estudio consistió en revisar todas las DVE colocadas en un Hospital en el año 2012 y realizó un análisis estadístico de las siguientes variables: fiebre, estudio analítico, análisis del líquido cefalorraquídeo, antibióticos antes y después de la DVE, número de recolocaciones, número de días con la DVE, número de exteriorizaciones, número de meningitis de nuevo y número de muertes.

Resultados: El número total de DVE colocadas fue 52, 42 en pacientes del sexo masculino y 10 del femenino. La mayoría de los pacientes tenían entre 40 e 80 años. Ninguna fue impregnada con antibiótico. El número medio de días con DVE fue 8, el número de exteriorizaciones fueron 4 y el porcentaje de meningitis fue 19,2%. El organismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus epidermidis*. El número de días con DVE no fue estadísticamente significativo para el desarrollo de meningitis.

Conclusiones: La casuística descrita se encuentra de una forma general de acuerdo con la literatura científica. Debe tenerse en cuenta la alta tasa de meningitis asociada a este procedimiento.

P019

EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE INFECCIONES DE DRENAJES VENTRICULARES EXTERNOS EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Javier Giner García, Camino Guallar Espallargas, Carlos Pérez López, Santiago Yus Teruel, Jorge Zamorano Fernández y Alberto Isla Guerrero

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Estudiar los factores de riesgo y el manejo multidisciplinar entre UVI, Infecciosas y Neurocirugía de las infecciones de drenajes ventriculares externos.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes portadores de DVE durante su estancia en UVI desde 2006 hasta 2012. Se revisaron un total de 168 pacientes. Se definió infección como presencia de un cultivo positivo. Se recogieron como variables de factores de riesgo datos demográficos, APACHE, GCS, hemorragia intraventricular,

causa del drenaje, craneotomía al ingreso. Asimismo se estudió la mortalidad y días de estancia en UCI y hospitalaria, necesidad final de DVP, número de drenajes y cultivos, uso de profilaxis y otros parámetros. Se compararon los pacientes con infección vs no infección mediante variados métodos estadísticos.

Resultados: Tras exclusión se incluyeron 113 pacientes colocándose un total de 176 drenajes. Se tomaron 720 cultivos siendo positivos 113 en 38 pacientes. La frecuencia de infecciones fue del 33% siendo el 56% secundarias a Gram+. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *A. baumannii* (37%). El desarrollo de ventriculitis prolongó la estancia hospitalaria de manera estadísticamente significativa, pero no en UCI. No hubo diferencias significativas respecto a mortalidad. El riesgo de desarrollar infección fue lineal a lo largo del ingreso en UCI sin picos de incidencia según tiempo. Los pacientes con ventriculitis necesitaron en mayor frecuencia DVP final ($p < 0,01$) y el único factor de riesgo que alcanzó la significación fue la infección sistémica concurrente. El tratamiento más frecuente fue el cambio/retirada del catéter asociado a antibiótico sistémico 38.6%. Se cambió o retiró el catéter ventricular en el 66% de los tratamientos.

Conclusiones: El desarrollo de ventriculitis es una complicación de frecuencia moderada en los pacientes con DVE que precisa de una estrategia de abordaje multidisciplinar y diseño de medidas para su prevención.

P020

ESTENOSIS IDIOPÁTICA DE LOS FORÁMENES DEL IV VENTRÍCULO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Irene Iglesias Lozano, Juan Camilo Hernández Acevedo, Karla Michel Guerrero, Francisco Rodríguez Peña y José Luis Gil Salú

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La hidrocefalia tetraventricular secundaria a la estenosis de los forámenes de salida del IV ventrículo suele deberse a procesos inflamatorios o anomalías congénitas. La estenosis idiopática es una entidad rara y desconocida, ya que resulta difícil explicar la oclusión simultánea de los 3 forámenes. Se ha planteado la hipótesis de que una estenosis congénita puede resultar en una oclusión completa y debutar como una descompensación tardía.

Objetivos: Presentamos el caso de un varón de 16 años sin antecedentes de interés, que comienza con clínica vertiginosa, posteriormente se acompaña de cefalea de intensidad creciente, rebelde a tratamiento analgésico y que impide el descanso.

Material y método: En la exploración física presenta papiledema bilateral, sin que existan otros datos de focalidad neurológica. La RM cerebral muestra una hidrocefalia activa tetraventricular con marcado aumento del IV ventrículo. En secuencias T2 se observa permeabilidad del acueducto de Silvio e hipointensidad en III y IV ventrículo. Tras administración de contraste no observamos reales patológicos.

Resultados: Se plantea como diagnóstico etiológico la estenosis de los forámenes de salida del IV ventrículo en base a los datos clínicos y al estudio de RM cerebral en la que además de la hidrocefalia, se observan datos indirectos que apoyarían éste diagnóstico, destacando la dilatación de los forámenes de Luschka, que imponentan en las cisternas del APC. Se procede a realización de ventriculostomía premamilar endoscópica, tras la cual se produce la resolución de los síntomas. En la RM cerebral a los 7 días existe una clara disminución del tamaño ventricular.

Conclusiones: La estenosis idiopática de los forámenes del IV ventrículo es una entidad rara y desconocida, que formaría parte del diagnóstico diferencial de las hidrocefalias tetraventriculares y susceptible de tratamiento endoscópico.

P021 MIGRACIÓN ASCENDENTE DE VÁLVULA LUMBOPERITONEAL HASTA CISTERNAS DE BASE DE CRÁNEO TRAS FRACTURA-APLASTAMIENTO LUMBAR

Marina Castellví Juan, Carlos Cohn, Carme Joly Torta, José Luis Caro Cardera, Beatriz López Álvarez, Yislenz Yaderliz Narváez Martínez, Pablo Benito Peña y Secundino Martín Ferrer

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Gerona.

Objetivos: Describir un caso de migración excepcional de válvula lumboperitoneal ascendente por el canal medular hasta alojarse en cisternas de la base de cráneo. En la literatura hay pocos casos descritos y sólo en trauma craneoencefálico, no en raquídeo.

Material y métodos: Mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes insulino dependiente, con hidrocefalia crónica del adulto típica que tras implantación de válvula ventrículo-peritoneal con mejoría clínica, presenta múltiples dehiscencias de la herida craneal con infección valvular por mala cicatrización y fragilidad cutánea, por lo que tras varios recambios craneales sin éxito se decide implantación de válvula lumbo-peritoneal en abril de 2014 sin incidencias. La paciente presenta caída accidental en mayo de 2014 con fractura-aplastamiento lumbar tratada ortésicamente por Traumatología. En control rutinario en julio de 2014, se detecta migración extraperitoneal de la válvula lumboperitoneal, por lo que ingresa para revisión valvular.

Resultados: La paciente en el estudio preoperatorio, se completa serie radiológica, constatando migración de la válvula ascendente intracanal, con catéter distal a nivel de flanco derecho, y catéter proximal observado en base de cráneo, por lo que se realiza TC craneal, ubicándose el catéter proximal en cisterna ambiens con punta en tálamo derecho, sin lesiones parenquimatosas. La paciente presentaba nuevamente la clínica hidrocefálica, sin signos de infección. En la revisión intraoperatoria, se demuestra correcta funcionalidad de la válvula, retirándola hasta mantener 15cm de catéter intracanal, fijando el shunt a fascia muscular, y reintroduciéndola intraperitoneal. La paciente fue dada de alta con correcta ubicación de la válvula y con mejoría clínica en el control ambulatorio.

Conclusiones: La migración de las válvulas lumboperitoneales es una complicación relativamente frecuente, pero no se ha descrito ningún caso de migración a base de cráneo tras fractura-aplastamiento lumbar.

P022 HIDROCEFALIA SECUNDARIA A PARASITOSIS MÚLTIPLE INSOSPECHADA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Laurabel Gozalbes-Esterelles¹, Julio Parra², Nieves Orta³, Emilio Ballester⁴, Atilio Navarro⁵, Federico Mata⁶, Francisco Verdú-López¹ y Vicente Vanaclocha-Vanaclocha¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Neurología; ³Servicio de Microbiología; ⁴Unidad de Enfermedades Infecciosas; ⁵Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitari de València. ⁶Servicio de Radiología. ERESA.

Objetivos: Paciente con hidrocefalia arreabsortiva atribuida a neurosarcoidosis con necesidad de múltiples intervenciones derivativas con diagnóstico final de neurocisticercosis y amebiasis cerebrales.

Material y métodos: Mujer ecuatoriana de 44 años e inmunocompetente que debuta con cefalea y mareos, con RM craneocervical normal. Progresivamente presenta hidrocefalia tetraventricular. Realizada punción lumbar se aprecia hiperproteorraquia, pleocitosis e hipoglucoorraquia con cultivos negativos. Con diagnóstico de meningitis crónica por neurosarcoidosis se inicia tratamiento sin mejoría, precisando una DVP. Inicial mejoría, precisa a la semana recambio de la misma por reaparición de la hidrocefalia. A pesar de comprobar normofunción, se recambia, con el extremo ubicado en IV ventrículo, consiguiendo mejoría. Posteriormente al 1'5 año necesita nuevo recambio por meningitis aséptica y, a los 2 meses, adición de una nueva DVP en IV ventrículo. En sucesivo control con RM aparece una colección de LCR en fosa posterior y localuciones en todo el neuroeje, con clínica de nistagmus, inestabilidad y temblores. Procedemos a descompresión de fosa posterior con hallazgo de múltiples quistes aracnoideos, que se evacúan, y obtención de LCR, con diagnóstico anatomopatológico y microbiológico de neurocisticercosis y amebiasis (esta última sin poder tipificar) confirmadas en sucesivas tomas.

Resultados: A pesar de inicial mejoría con el tratamiento antiparasitario y corticoideo, presenta nuevamente hidrocefalia progresiva aun con drenajes múltiples, con sobreinfección bacteriana posterior, resultando exitus. Concomitantemente ingresa paciente varón de 54 años boliviano, con neurocisticercosis e hidrocefalia secundaria conocidas y tratadas, con empeoramiento de la deambulación y desorientación y aparición de quistes en fosa posterior. Se inicia tratamiento antiparasitario y corticoideo con resolución del cuadro.

Conclusiones: La neurocisticercosis racemosa, aun infrecuente, tiene una elevada morbimortalidad, precisando un abordaje multidisciplinar. Hasta la fecha, la coinfección por amebiasis no se ha descrito. Por otra parte, en una meningitis crónica la neurocisticercosis debería ser planteada.

P023 COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL HIPERDRENAJE CRÓNICO DE UNA DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL: HIGROMAS SUBDURALES CALCIFICADOS Y NEUMOENCÉFALO EPIDURAL

Óscar Lucas Gil de Sagredo del Corral, Cristina Aracil González, Antonio José Vargas López, Lain Hermes González Quarante, Carlos Fernández Carballal y Fernando Ruiz Juretschke

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Las situaciones de hiperdrenaje de LCR en pacientes portadores de derivaciones ventriculoperitoneales son relativamente frecuentes. Clínicamente pueden ser más o menos sintomáticas o bien cursar de forma indolente. Entre las complicaciones posibles se encuentran el desarrollo de higromas o la perpetuación de fístulas a través de defectos en el cráneo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente que presentó complicaciones secundarias al hiperdrenaje crónico de su derivación ventriculoperitoneal: higromas subdurales calcificados y neumoencéfalo epidural. Revisamos la literatura actual sobre el tema.

Resultados: Varón de 47 años de edad portador desde la juventud de una derivación ventriculoperitoneal por hidrocefalia. Acude a urgencias por cefalea intensa, ataxia y bradipsiquia. Se realizó un TC craneal que mostró dos higromas subdurales parietoocipitales calcificados y un neumoencéfalo

a tensión epidural temporal derecho, que en el TC de peñascos presentaba trabeculaciones internas y se comunicaba con las celdillas mastoideas, erosionadas y abiertas al espacio epidural. Se decidió cirugía urgente del neumoencéfalo a tensión y sellado de las celdillas mastoideas. En la cirugía se objetivó que las trabeculaciones epidurales se encontraban osificadas y fue preciso resecarlas para permitir una apropiada reexpansión cerebral. Los TC de control mostraron reexpansión parcial cerebral con un higroma epidural residual. La evolución fue satisfactoria y el paciente actualmente se encuentra asintomático.

Conclusiones: Las situaciones de hiperdrenaje valvular pueden llegar a suponer complicaciones graves si no se tienen en cuenta, sobre todo si cursan de forma oligosintomática. Las osificaciones heterotópicas son más frecuentes tras traumatismos pero también pueden aparecer en lesiones atraumáticas. No hemos encontrado en la literatura publicada hasta la fecha casos similares con una evolución tan prolongada.

P024 VIGILANCIA DE VENTRICULITIS EN LOS SISTEMAS DE DERIVACIÓN VENTRICULAR COLOCADOS ENTRE AGOSTO DE 2014 Y ENERO DE 2015. RESULTADOS PRELIMINARES

Dailos R. Betancor¹, Anna Quori², Maximino G. Ojellón¹, Ariadna Soto¹, Héctor Santana¹, Francisco Arteaga¹, Juan Cristian Ribas¹ y Daniel R. Pons¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: La ventriculitis es una infección de herida quirúrgica órgano o espacio (IHQOE) asociada al uso de sistemas de derivación ventricular (SDV). Es fundamental establecer una vigilancia de las tasas de IHQOE en los pacientes portadores de SDV, ya que estas infecciones prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costes.

Material y métodos: Vigilancia continuada con seguimiento de aquellos pacientes con SDV puesto desde agosto 2014 en nuestro centro, mediante revisión de datos clínicos, cultivo y analítica de LCR a los 30 días para los SDV externos y a los 30 y 90 días para los internos. A todos los pacientes se les aplicó la misma preparación prequirúrgica con rasurado, antisepsia de piel, técnica quirúrgica, profilaxis antibiótica con cefazolina (vancomicina en alérgicos a penicilina) y correcta higiene de manos con solución alcohólica del personal, ya fueran intervenciones urgentes o programadas. Para diagnosticar las IHQOE se utilizaron los criterios del Center for Disease Control (revisados en 2014).

Resultados: Se analizaron 52 SDV, 26 externos (DVE) y 26 internos, en 31 pacientes. De los externos, 6 fueron SDV con recubrimiento antibiótico (SDVa). De los internos, 23 fueron ventrículo-peritoneales (DVP) y 3 lumbo-peritoneales (DLP). Durante la vigilancia se han detectado 2 IHQOE (ventriculitis) en un mismo paciente, ambos fueron DVE sin recubrimiento antibiótico. Los microorganismos aislados fueron *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. La tasa de IHQOE en global fue de 3,8%, siendo de 8,7% para los sistemas externos y de 0 para los internos. Los sistemas DVEa tuvieron una tasa de IHQOE de 0.

Conclusiones: Las tasas de IHQOE difieren mucho entre los sistemas externos e internos, teniendo estos últimos un menor riesgo de infección. Los sistemas externos (DVE) siguen teniendo mayor riesgo de IHQOE, por lo que consideramos importante la creación de guías clínicas para prevenir estas infecciones.

P025 BIOBANCO EN NEUROCIRUGÍA. CIRCUITO PILOTO PARA LA RECOGIDA DE TEJIDO TUMORAL Y DERIVADOS HEMÁTICOS EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS ESPINALES

Andrés Muñoz Núñez, María Pastora Cuadri Benítez, María Isabel García Sánchez, María José Ríos Moreno, Julio Valencia Anguita, Javier Márquez Rivas, Ricardo González Cámpora y Guillermo Izquierdo Ayuso

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Implantación de un circuito piloto de dos vías de captación para la recogida de muestras pareadas de tejido tumoral y derivados hemáticos en pacientes con patología oncológica espinal tras la creación de una nueva Unidad de Neurocirugía de Raquis en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Material y métodos: Desde la UGC de Neurocirugía se informa del caso y la fecha de la cirugía. El circuito comprende a neurocirujanos, enfermeros, celadores, patólogos y el Biobanco. El consentimiento informado es recogido previamente a la cirugía y, una vez realizada la exéresis del tejido tumoral y la sangre, las muestras llegan a la UGC de Anatomía Patológica en un tiempo establecido de 15 minutos. Las muestras derivadas de sangre se procesan y almacenan en Biobanco en un tiempo máximo de 2 horas, lo cual permite mantener el compromiso de calidad según el protocolo del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Resultados: A través del circuito piloto establecido a lo largo del segundo semestre de 2014 se han recogido 7 casos pareados llegando correctamente al Biobanco. Son patologías de baja prevalencia, lo que nos permite además general una colección específica dentro de la estrategia de nuestro nodo.

Conclusiones: La colaboración con las UGC hospitalarias es fundamental para lograr circuitos integrados de doble vía de captación para obtener muestras pareadas en cirugía de pacientes oncológicos. La generación de este nuevo circuito, tras la instauración de una Unidad específica de Neurocirugía de Raquis en el Hospital Universitario Virgen Macarena, puede facilitar el desarrollo de futuras líneas de investigación biomédicas en este tipo de patología.

P026 ASTROCITOMA ANPLÁSICO RADIOINDUCIDO EN UNA PACIENTE TRATADA DE SCHWANNOMA VESTIBULAR CON RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA (LINAC)

Eduardo Aran Echabe, Ángel Prieto González, Ana Varela Pazos, Rosa María Reyes Santías, Luis Cascallar Caneda, Ramón Lobato Busto y Miguel Gelabert González

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente afecta de un schwannoma vestibular tratada mediante radiocirugía estereotáctica con acelerador lineal, que presentó un glioblastoma multiforme cumpliendo criterios de radioinducido.

Caso clínico: Mujer de 69 años diagnosticada un schwannoma vestibular izquierdo tratado mediante radiocirugía con LINAC en agosto de 2011 (PTV 4,56 cc, dosis mínima 12.26-máxima 14,75 Gy). Tras el tratamiento estabilización de la lesión. En noviembre 2014 en un control de imagen se observa una tumoración heterogénea hipocampal izquierda sugestiva de lesión glial de alto grado. Se reseca quirúrgicamente el 01-12-14 y el estudio histológico mostro un astrocitoma anaplásico (OMS grado III) con un Ki-67 del 33%.

Discusión: La aparición de un tumor radio-inducido después de un tratamiento radioquirúrgico para un schwannoma del vestibular es muy poco frecuente, existiendo escasas referencias en la literatura. Nuestra paciente cumple los criterios descritos por Cahan et al en 1998: evidencia radiológica de ausencia del tumor antes de iniciar el tratamiento, demostración histológica del tumor inducido, el tumor debe aparecer dentro del área de la radiación, un período de tiempo prudente desde la radioterapia hasta el desarrollo del nuevo tumor y que el paciente no presente condicionantes o enfermedades genéticas del tipo neurofibromatosis, síndrome de Li Fraumeni, etc. En nuestro caso habían pasado 3 años y 3 meses y aunque algunos autores indican que este período debe ser superior a 5 años en la literatura se recogen períodos para la inducción de gliomas de alto grado entre 1-61 años.

P027

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN INTRACRANEAL

Sofía Santiño Gómez, Ángela Carrascosa Granada, Anwar Saab Mazzei, Juan Manuel Revuelta Barbero, Carlos Eduardo Cotúa Quintero y Laura de Reina Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: La histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva, o enfermedad de Rosai-Dorfman, es una entidad clínico-patológica poco conocida, existiendo controversia sobre su etiopatogenia, curso clínico y manejo terapéutico. Se manifiesta afectando principalmente ganglios linfáticos cervicales en pacientes jóvenes. Descrita en 1969, cursa con leucocitosis, fiebre, elevación de VSG e hipergammaglobulinemia policlonal. La afectación del sistema nervioso central (SNC) es infrecuente (menos del 5%) y más aún en ausencia de afectación ganglionar.

Material y métodos: Mujer de 33 años que debuta con calambres, pérdida de fuerza y movimientos tónico-clónicos en MSD en enero de 2013. La RMN cerebral reveló lesión rolándica izquierda extra e intraaxial. Se planificó craneotomía con mapeo cortical y control neurofisiológico (exéresis macroscópica total) de la que se obtuvo diagnóstico anatomopatológico: sospecha de granuloma de células plasmáticas. Tras la cirugía notable mejoría de crisis parciales y recuperación progresiva de fuerza en MSD. Un año después presenta de nuevo crisis parciales en hemisferio derecho que se generalizan y provocan status epiléptico que requirió intubación e ingreso en UCI. RMN cerebral confirma importante progresión lesión perirrolándica ya conocida. Nueva cirugía en 2014 de la que se obtuvo diagnóstico AP definitivo: enfermedad de Rosai-Dorfman.

Resultados: Las muestras AP remitidas presentaban de forma predominante células plasmáticas maduras, linfocitos, eosinófilos, leucocitos e histiocitos. Estos hallazgos se describen en algunos casos de Rosai-Dorfman en los que el cuadro puede ser morfológicamente muy similar al pseudotumor inflamatorio incluyendo la variante de granuloma de células plasmáticas. Tras las cirugías la paciente presentó hemiparesia derecha que fue recuperando de forma progresiva.

Conclusiones: Los pacientes presentan afectación clínica que puede afectar severamente su calidad de vida si no se ofrece tratamiento eficaz. No existe tratamiento protocolizado pero en nuestra experiencia, y siempre individualizando cada caso, la resección quirúrgica completa debe ser considerada como de primera elección dada la baja tasa de recurrencia posterior. Es necesario realizar más estudios para conocer qué papel coadyuvante tienen otros tratamientos con radiocirugía, radioterapia y tratamiento corticoideo en estos pacientes.

P028

¿PODEMOS FIARNOS DE LA IMAGEN?

Maikal Villena Martín, Marta Claramonte de la Viuda, Juan Antonio Ruiz Gines y José María Borrás Moreno

Hospital Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Nuestro hospital es el hospital de referencia de cinco hospitales comarcales, en los cuales se atienden urgencias de todas las patologías, incluyendo la neuroquirúrgica. De tal manera, que se realiza una valoración inicial y las pruebas complementarias pertinentes como es el TC craneal, que suele ser sin contraste dado el protocolo del hospital. Si los pacientes precisan de tratamiento neuroquirúrgico, son remitidos de forma urgente, tardando una media de una hora en llegar, dada la extensión de la provincia. Es por eso que algunos pacientes llegan en estado crítico como es el caso del caso que se presenta.

Caso clínico: Paciente de 50 años que es derivado de otro hospital con el diagnóstico de gran hematoma cerebral. Entre los antecedentes personales destaca un carcinoma de origen desconocido en tratamiento con quimioterapia en seguimiento con controles de imagen que debuta con cefalea brusca y crisis comicial. A su llegada el paciente presenta un ECG 10 con hemiparesia izquierda, decidiéndose intervenir de forma urgente. A nivel intraoperatorio se objetiva una gran lesión sin datos de sangrado activo. Se realiza una resección completa de la misma. El resultado de la anatomía patológica es de metástasis de adenocarcinoma papilar con células claras de origen indeterminado.

Discusión: Este tipo de tumores son poco frecuentes pudiéndose localizar a nivel pulmonar o renal. Puede asociarse a metástasis cerebrales con riesgo de sangrado de las mismas. Este caso es interesante por la imagen radiológica donde parece ser un hematoma de gran tamaño sin lesión asociada, pero a nivel intraoperatorio lo que se encuentra es una gran lesión sin datos de hemorragia. A la hora de valorar un hematoma intracranial no hay que olvidar que puede asociarse a lesión adyacentes y si es posible por la logística hospitalaria, completar el estudio con un TC con contraste.

P029

INFARTO CAMALEÓNICO

Jorge Javier Villaseñor Ledezma, Juan Antonio Álvarez Salgado, Manuel Aмосa Delgado, Ana Cabada del Río, María José Herguido Boveda, Igor Paredes Sansinenea, Luis Manuel Riveiro Vicente y María Ángeles Cañizares Mendoza

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: La presencia de lesiones múltiples captantes de contraste en anillo nos hace sospechar altamente la posibilidad de glioblastoma o metástasis, sin embargo el análisis patológico puede deparar alguna sorpresa. Presentamos el caso de un ACV-isquémico que se comportó clínica y radiológicamente como un tumor cerebral maligno, precisando del estudio anatomopatológico para diagnosticarlo.

Material y métodos: Varón de 67 años, antecedente de viaje reciente a Cuba y tabaquismo. Presenta cuadro sincopal, con exploración neurológica y cardiológica normal, salvo bradipsiquia. La RM-craneal muestra múltiples lesiones supratentoriales hemisféricas derechas, subcorticales, heterogéneas con sangrado agudo/subagudo, realce periférico homogéneo y otras heterogéneas, en anillo y centro necrótico, mostrando una distribución hematogénea, y edema perilesional. El estudio espectroscópico era sugerente de proceso neofornativo. BodyTC anodino. Mar-

cadres tumorales y serologías negativos. Se realiza biopsia cerebral abierta, con resección completa de lesión temporal derecha. Postoperatorio y TAC craneal postquirúrgico sin complicaciones. Resultado anatomopatológico muestra marcada proliferación de vasos, leve infiltrado inflamatorio crónico y necrosis, en relación con patología isquémica, descartándose patología infecciosa o tumoral. Se decide tratamiento profiláctico secundario para infarto cerebral de acuerdo con Neurología.

Resultados: Los ACV-isquémicos son de las principales causas de incapacidad a largo plazo. Hasta el 25% pueden ser mal diagnosticados, existiendo una gran variedad de patologías que los simulen. Ocasionalmente, la radiología puede simular glioblastomas o metástasis, entre otros, siendo en ocasiones muy difícil hacer el diagnóstico exacto. Además el 5% de los tumores cerebrales se presentan simulando un ACV-isquémico. Los infartos camaleónicos imitan otras enfermedades debido al tiempo de instauración, presentación de síntomas que no necesariamente implican un territorio vascular y características radiológicas usuales.

Conclusiones: Los diagnósticos neurológicos deben ser clínicos, apoyados por los estudios radiológicos. Un error en el diagnóstico de estos infartos camaleónicos podrían privar al paciente de la terapéutica adecuada, ensombrecer el pronóstico y exponerlo a procedimientos innecesarios.

P030 MENINGITIS REUMATOIDE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sergio Rocabado Quintana, Santiago Garfias Arjona, Vanessa Núñez Gutiérrez, Gabriel Matheu Capó, Antonio Mas Bonet y Marta Brell Doval

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Describimos un caso de meningitis reumatoide, manifestación extra-articular rara de la artritis reumatoide.

Material y métodos: Paciente de 56 años con diagnóstico de reumatismo palindrómico de larga evolución que recibió tratamiento con cloroquina y metotrexate permaneciendo asintomática durante varios años. Es valorada por deterioro cognitivo, alteración de la conducta y del lenguaje, de tres semanas de evolución. En la RM se aprecia, tras la administración de contraste, un realce leptomeníngeo en la porción mesial de ambos lóbulos frontales, y en la secuencia T2 una región hiperintensa en la sustancia blanca subyacente. No se observaron datos de infección en la muestra de LCR. La paciente fue sometida a biopsia de la lesión, siendo el hallazgo anatomopatológico compatible con meningitis reumatoide. Después del tratamiento con altas dosis de corticoides la paciente presentó importante mejoría clínica.

Resultados: El reumatismo palindrómico es una forma de poliartritis con afectación periarticular de episodios agudos autolimitados. En 50% de los casos evoluciona a artritis reumatoide (AR). La manifestación más frecuente de la AR a nivel del sistema nervioso es la neuropatía periférica secundaria a vasculitis o compresión ósea. La meningitis reumatoide es una entidad extremadamente rara, caracterizada por nódulos reumatoideos e infiltración de células mononucleares alrededor de los vasos leptomeníngeos, simulando una infección meníngea subaguda. El tratamiento no está estandarizado, empleándose esteroides a altas dosis u otros inmunosupresores en casos refractarios.

Conclusiones: La meningitis reumatoide es una manifestación poco común de la AR por lo que su tratamiento no está bien establecido. En el caso que presentamos el uso de corticoides a altas dosis produjo una remisión de la clínica neurológica, sin requerir otro tipo de tratamiento inmunosupresor.

P031 TOXOPLASMOSIS CEREBELOSA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE LINFOMA B ESTADIO IV MEDIANTE BIOPSIA CON NEURONAVEGACIÓN MAGNÉTICA

Víctor Rodrigo Paradells, Mónica Martín Risco, Luciano Bances Flórez, Clara del Río Pérez, Fernando Comuñas González y Juan Bosco Calatayud Pérez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La toxoplasmosis y el linfoma cerebral son entidades infrecuentes. Suelen afectar a adultos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En estos pacientes están descritas incidencias de 70-80% de la toxoplasmosis y un 10% del linfoma (siendo más típico el primario).

Material y métodos: Varón de 74 años con antecedente de linfoma B difuso de células grandes estadio IV (tratado con R-CHOP y profilaxis intratecal con Depocyte®). En tratamiento con corticoides y metotrexate tras ser diagnosticado de un proceso neoplásico cerebeloso compatible con linfoma secundario. El paciente mejoró transitoriamente de su sintomatología cerebelosa y en los controles de imagen se objetivó una disminución del tamaño de la lesión de la fosa posterior. Tras 3 meses con este tratamiento, el paciente comenzó de nuevo con una clínica similar a la previa y se demostró radiológicamente un aumento de la lesión, por lo que se practicó una biopsia cerebelosa mediante neuronavegación magnética. En la biopsia se informó 'pseudoquistes con bradizoitos PAS positivos, compatible con toxoplasmosis', por lo que se instauró antibioterapia con pirimetamina y sulfadiazina.

Resultados: El paciente mejoró de la clínica cerebelosa con el tratamiento antibiótico; no obstante falleció a las 6 semanas debido a una insuficiencia respiratoria por una broncopatía ya conocida y tratada con anterioridad.

Conclusiones: Aunque la toxoplasmosis y el linfoma cerebral son enfermedades típicas de pacientes diagnosticados con SIDA, pueden aparecer en pacientes inmunocomprometidos. Ante una lesión sospechosa de linfoma cerebral secundario que no ha disminuido su tamaño con tratamiento corticoideo y antineoplásico, hay que pensar en otro tipo de entidades infecciosas debido a una posible inmunosupresión a causa de dicho tratamiento.

P032 QUISTES PINEALES HEMORRÁGICOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Alejandra Arévalo Sáenz, Paloma Pulido, Francisco Gilo y Rafael García de Sola

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Presentación de dos casos con diagnóstico de hemorragia en el seno de un quiste pineal (apoplejía pineal) tratados mediante microcirugía.

Material y métodos: Los quistes pineales son un hallazgo incidental común en la RM, con una prevalencia estimada de 1,0-4,4% aunque series de autopsias sugieren un porcentaje más alto (21-41%). La mayoría de estos quistes son benignos y suelen ser asintomáticos. La apoplejía pineal se considera rara y se asocia a síntomas graves (hidrocefalia obstructiva, síndrome de Parinaud); siendo infrecuente su curso de forma asintomática o con resolución espontánea. Presentamos dos casos intervenidos en el último año. Un varón de 25 años y una mujer de 17, ambos con un cuadro de cefalea brusca, nocturna, acompañada de diplopía y visión borrosa. En los estudios de imagen presentaron

hidrocefalia obstructiva por lesión quística a nivel pineal con contenido hemorrágico en su interior. Fueron intervenidos mediante craneotomía suboccipital media con extirpación completa del quiste. No han precisado drenajes ni sistemas de derivación LCR. La evolución ha sido favorable.

Discusión: En una revisión de la literatura se recogen solamente 20 casos; el primero de ellos publicado en 1947. Esta baja prevalencia asocia un desconocimiento acerca de la presentación típica y su manejo, pudiendo cursar tanto de forma asintomática como ser una emergencia médica; de hecho Richardson and Hirsch publican un caso con muerte súbita y se han hallado 7 casos más con rápida disminución de conciencia. Es de resaltar también que Nimmagadda, en 2006 publica un caso con regresión espontánea. Nuestra experiencia fue satisfactoria con resolución de la clínica mediante el tratamiento con microcirugía y, soportados por la literatura, creemos que la resección quirúrgica es el tratamiento más apropiado porque minimiza el riesgo de recurrencia y complicaciones, aunque la aspiración estereotáctica ha sido también usada con éxito (Costa, 2008).

P033 ENCEFALITIS TOXOPLÁSMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Xavier Santander, Ángela Garrascosa, Anwar Saab, Manuel Revuelta, Sofía Santiño, Carlos Cotúa, Raquel Gutiérrez-González y José García-Uría

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: El diagnóstico diferencial de la encefalitis toxoplásmica (ET) con lesiones cerebrales primarias y absceso, tiene vital importancia en pacientes con VIH sin profilaxis, para instaurar un tratamiento precoz que influya en el curso de este cuadro eventualmente fatal.

Material y métodos: Una mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, consultó por un cuadro de hemiparesia (3/5) y hemihipoestesia izquierda de 5 días de evolución. La tomografía computarizada (TC) craneal mostró una lesión única hipodensa con anillo periférico isodenso en región perirrolándica derecha de 1,8 x 1,6 cm, sugerente de lesión cerebral primaria. La resonancia magnética (RM) confirmó la lesión con realce en anillo tras administración de contraste. La difusión y espectroscopía fue compatible con diagnóstico de absceso vs glioma. Tras la instauración de tratamiento esteroideo presentó remisión sintomática completa.

Resultados: La paciente se sometió a una craneotomía parasagital derecha realizándose resección completa de la lesión. Dos semanas después presentó disminución súbita del nivel de conciencia, fiebre y hemiparesia. La TC craneal reveló múltiples lesiones focales córtico-subcorticales, y en ganglios basales bilaterales. Ante la sospecha de toxoplasmosis se determinó VIH que fue positivo y se inició tratamiento para toxoplasma. La RM cerebral confirmó la presencia de múltiples lesiones supra e infratentoriales con realce anular. El resultado de la biopsia fue positivo para *T. gondii*. A pesar de cumplir tratamiento específico, objetivando mejoría radiológica, la paciente falleció producto de complicaciones del estadio SIDA.

Conclusiones: La ET puede ser diagnosticada erróneamente en pacientes sin VIH+ conocido. El curso clínico puede ser agudo y fatal si el diagnóstico y el tratamiento no son precoces. El factor más importante en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales en pacientes con VIH es el grado de inmunosupresión. La ET es la lesión cerebral con efecto de masa más común en nuestro medio, después del linfoma.

P034 INFECCIÓN DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CAUSADA POR EXOPHIALA DERMATITIDIS

Omar Félix Valladolid Prado, Marta Merino Quijano, Laura Gil y Carlos Rodríguez Arias

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Describir presentación clínica, imágenes características, diagnóstico y tratamiento de un caso de infección de sistema nervioso central causado por *Exophiala dermatitidis*.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de datos clínicos de mujer de 54 años diagnosticada de infección de sistema nervioso central causado por *Exophiala dermatitidis*.

Resultados: Mujer de 54 años presenta cefalea y 4 lesiones cerebrales no filiaadas 4 meses previos al diagnóstico, 1 mes previo al diagnóstico presenta episodio de alteración en la emisión del lenguaje, desorientación y bradicinesia con recuperación completa, evidenciándose en tomografía cerebral progresión de lesiones cerebrales por lo que se decide, luego de descartar diversas patologías, biopsia de 1 lesión para estudio. En resonancia magnética cerebral se identifican cuatro lesiones, con abundante edema perilesional, 3 supratentoriales y 1 cerebelosa, de contorno lobulado, señal heterogénea, y realce periférico computarizada rico e interno tras contraste, con imágenes puntiformes en su interior que restringen en difusión. En espectroscopia se observa disminución de NAA, Cr y Ch. También ligero aumento de lípidos y lactato. En biopsia cerebral se encuentran hifas micóticas, con cultivo positivo para *Exophiala dermatitidis*. Después del diagnóstico la mujer es tratada con anfotericina B, voriconazol y posaconazol. La paciente cursa sin complicaciones ni focalidad neurológica y en tomografía cerebral se observa disminución de lesiones con tratamiento, no se llega a evidenciar foco fúngico respiratorio. La paciente continúa actualmente tratamiento antifúngico sin complicaciones.

Conclusiones: La infección de sistema nervioso central causada por *Exophiala dermatitidis* es rara. Las características clínicas y radiológicas de esta enfermedad son similares a otras infecciones fúngicas del SNC. El diagnóstico se basa en patología y cultivo.

P035 ABSCEOS CEREBRALES POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS

Luis Manuel Riveiro Vicente, Igor Paredes Sansinenea, Manuel Amosa Delgado, Ángel Rodríguez de Lope Llorca, Juan Antonio Álvarez Salgado, María de los Ángeles Cañizares Méndez, Jorge Javier Villaseñor Ledezma y Francisco González-Llanos

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que presenta una infección del sistema nervioso central por micobacterias atípicas.

Material y métodos: Paciente de 73 años de edad que, en el estudio de extensión tras la extirpación de un carcinoma bien diferenciado de cuerda vocal derecha, presenta tres lesiones cerebrales hemisféricas derechas: leptomeníngea parietal derecha, plexo coroideo de asta temporal derecha y colículo superior izquierdo. Se realiza una intervención quirúrgica con exéresis de las lesiones parietal derecha y de asta temporal derecha. En el estudio histopatológico definitivo se observa una reacción granulomatosa con células gigantes multinucleadas y necrosis central sin presentar BAAR con la técnica de Ziehl-Neelsen. Los estudios serológicos y Mantoux resultan negativos. En el estudio

molecular con PCR para *Mycobacterium* sp. se detecta la presencia de micobacterias atípicas (*M. scrofulaceum* y *M. praeegri-nium*).

Resultados: El paciente evoluciona de modo satisfactorio durante el postoperatorio. Progresivamente presenta un cuadro clínico de inestabilidad de la marcha, debilidad de miembros inferiores y bradipsiquia. En los estudios de imagen se visualiza una progresión de la enfermedad (nuevas lesiones intraparenquimatosas y leptomeníngeas) con atrapamiento del asta ventricular temporal derecha. Se decide reintervención quirúrgica con fenestración endoscópica del asta temporal a cisterna preoptina inferior y anterior al punto carotídeo y limpieza de la cavidad quirúrgica. Se aísla *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente y *propionibacterium* sp. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro (levofloxacino, amikacina, meropenem, linezolid durante 5 semanas), esteroides y tuberculostáticos (isoniazida y rifampicina). Presenta una evolución clínico-radiológica lentamente favorable.

Conclusiones: La infección por micobacterias atípicas a nivel del sistema nervioso central en el adulto es una entidad muy poco frecuente en pacientes inmunocompetentes y sin enfermedad pulmonar previa. Existe una gran dificultad en el diagnóstico, motivo por el que, en la mayoría de casos, se retrasa el inicio del tratamiento específico.

P036

ABSCESO CEREBRAL ACTINOMICÓTICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Mikel Armendariz, José Undabeitia, Mariano Arrazola, Nicolás Samprón, Irune Ruiz, Sergio Torres y Enrique Úrculo

Hospital Universitario Donostia.

Introducción: El actinomicosis es un microorganismo que forma parte de la flora normal de la cavidad oral, tracto gastrointestinal y urogenital. La actinomicosis es una infección grave e infrecuente, de localización más habitual en la región cervicofacial y que excepcionalmente afecta al sistema nervioso central.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente que sufrió un absceso cerebral actinomicótico por probable diseminación hematológica a partir de un foco pulmonar. Describimos el proceso diagnóstico y el manejo posterior de estas lesiones.

Caso clínico: Se trata de un varón de 33 años que sufrió una crisis convulsiva acompañada de disminución del nivel de consciencia. El TAC y la RMN cerebral demostraron la presencia de una lesión frontal derecha con centro necrótico y captación de contraste en anillo, sugestiva de absceso cerebral. La Rx de tórax mostró una lesión nodular en lóbulo superior derecho. Se intervino al paciente de urgencia, practicando una craniotomía y exéresis en bloque de la lesión. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de agregados de actinomicosis en la muestra. El estudio microbiológico informó de la presencia de un estreptococo intermedium como germen asociado. La evolución fue favorable, siendo dado de alta con tratamiento con penicilina hasta completar un año de tratamiento.

Conclusiones: La actinomicosis es una infección bacteriana grave y poco habitual. Es frecuente la presencia de gérmenes asociados que favorecen la infección disminuyendo la concentración tisular de oxígeno y debilitando las defensas del huésped. La afectación del SNC sucede entre un 3 a un 10% de las actinomicosis sistémicas. Clínica y radiológicamente son lesiones indistinguibles de abscesos de otras etiologías. Es frecuente la presencia de un foco primario, habitualmente pulmonar. El tratamiento se basa en la penicilina durante 2-6 semanas, seguidas de amoxicilina hasta completar el año de tratamiento.

P037

LESIÓN DE FOSA POSTERIOR EN ESTUDIO: NEUROCISTICERCOSIS EN IV VENTRÍCULO

Juan Carlos Roa Montes de Oca,

Antonio David Miranda Zambrano, Mauricio Jaramillo Pimienta, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Laura Ruiz Martín, Daniel Pascual Argente y Jesús María Goncalves

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Describir caso clínico de paciente con lesión en fosa posterior, en IV ventrículo con aspecto de radiológico de proceso neoplásico que tras la cirugía se sospecha y posteriormente se confirma etiología parasitaria.

Material y métodos: Paciente varón de 46 años que acude urgencias por presentar cuadro clínico de varias semanas de evolución caracterizado por cefalea, náuseas e inestabilidad en la marcha, síntomas que aumentan progresivamente presentando vómitos de contenido alimentario. A la exploración física GCS 15/15, inestabilidad en la marcha. Se realiza TC y RMN Cerebral informados como: tumoración quística de IV ventrículo con un nódulo en su pared anterior que provoca hidrocefalia triventricular. La primera posibilidad diagnóstica hemangioblastoma. No se descartan otras etiologías primarias. Se realiza derivación ventricular externa y luego craneotomía suboccipital accediendo a región de IV ventrículo visualizando y extirpando lesión de consistencia firme de aspecto parasitario.

Resultados: Estudio de AP: cisticercosis con signos degenerativos y reacción inflamatoria de predominio agudo.

Conclusiones: La neurocisticercosis (NC) en España prácticamente erradicada desde hace unos 30 años, salvo algunos casos endémicos, es una entidad que en los últimos años presenta un aumento en su incidencia, mayor proporción que el resto de Europa. Más del 90% de los pacientes diagnosticados de NC proceden de zonas tropicales en su mayoría de América latina tanto en España como en el resto de los países desarrollados. La NC es una enfermedad potencialmente erradicable en estas regiones tropicales con programas sanitarios dirigidos a la educación y al saneamiento de las aguas. Ante esta situación debe sospecharse NC cuando existe antecedente epidemiológico, la clínica sugerente y signos radiológicos sugerentes. Es una entidad que debe tratarse de forma multidisciplinaria valorando según cada paciente el tratamiento óptimo médico y/o quirúrgico pertinente.

P038

CUIDADO DE LOS OJOS EN EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO

María Bandrés Arana, María Pilar Calvo Calvo, Aránzazu Lacalle Segura, María Yllanes Vizcay, Leyre Labairu Bandrés y Leyre Oroz Lacunza

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La anestesia general puede ser causa de posibles lesiones oculares debido a varios factores, como son la producción reducida de lágrima, la falta de parpadeo o la posibilidad de que los párpados queden abiertos o semiabiertos durante la cirugía. Estas situaciones se ven agravadas en nuestros pacientes por el difícil acceso a los ojos en caso de que aparezcan problemas. Por ello el cuidado de los ojos en Neurocirugía es una de las intervenciones fundamentales para prevenir complicaciones oftalmológicas.

Objetivos: Estandarizar los cuidados de protección de los ojos en el paciente neuroquirúrgico mediante la puesta en marcha

de un protocolo basado en la experiencia profesional y bibliografía.

Material y métodos: El protocolo comprende un núcleo de actuaciones de enfermería, comunes a toda cirugía, consistentes en la comprobación de tamaño pupilar y el cierre de los párpados mediante esparadrapo adhesivo, realizándose una oclusión ocular cuidadosa. En la cirugía craneal y en la cirugía cervical por vía posterior se colocarán gasas y apósitos transparentes impermeables a fluidos en los ojos, buscando evitar la entrada de sangre o de antiséptico utilizado en la preparación quirúrgica cutánea. En cirugía espinal con el paciente en decúbito prono se colocará un dispositivo de gomaespuma en la cara, lo que evitará la presión periorbital del globo ocular. Además, durante la intervención, se reevaluará la posición del paciente cada hora para asegurarnos que no han aparecido problemas. Por último, en aquellas cirugías en las que el equipo de Neurofisiología requiera registrar los potenciales visuales se colocará un apósito de hidrogel en la zona de contacto del estimulador visual (gafas).

Resultados: Hemos observado con estas medidas que ha disminuido la incidencia de complicaciones oculares en nuestro quirófano, con menos efectos secundarios derivados de la cirugía en relación a las cirugías previas a la instauración de este protocolo.

Conclusiones: Los cuidados estandarizados de enfermería disminuyen la incidencia de potenciales complicaciones oftalmológicas, y una correcta difusión del protocolo asegura la homogeneidad de dichas intervenciones. Mediante la implementación de este protocolo hemos conseguido incrementar la seguridad quirúrgica y por tanto la calidad de la atención al paciente.

P039

SCHWANNOMAS GIGANTES DEL DÉCIMO PAR CRANEAL

José Antonio Gutiérrez Cierco¹, María José Mayorga², Marta Troya², Mónica Rivero Garvía², Eloy Rivas² y Javier Márquez Rivas²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Los schwannomas son los tumores más frecuentes del sistema nervioso periférico (SNP). Se trata de lesiones originadas en las envolturas nerviosas, que engloban generalmente uno o dos fascículos nerviosos desplazando el resto de fascículos. Estos tumores pueden desarrollarse en cualquier nervio, incluyendo los segmentos periféricos de los pares craneales. Se desconocen relaciones etiológicas, salvo las neurofibromatosis.

Resultados: Los schwannomas suelen localizarse en nervios craneales, cervicales (ambas localizaciones representan un tercio del total de lesiones) o en áreas flexoras de las extremidades. Sin embargo, los schwannomas del X par craneal (XPC) son neoplasias poco frecuentes, que suelen presentarse como masas laterocervicales, fijas, no dolorosas y de crecimiento lento en pacientes de entre 20 y 50 años de edad. En lesiones pequeñas, el diagnóstico pre-quirúrgico es difícil ya que habitualmente no asocian síntomas específicos ni déficit neurológicos. Sin embargo, el diagnóstico de schwannoma del XPC es relativamente simple en los tumores gigantes, cuya sintomatología más frecuente es la disfonía, la disfagia y la tos paroxística tras la palpación de la masa, siendo este última, un signo clínico único de schwannoma del XPC. La resonancia magnética es la prueba de imagen de elección, además de ofrecer hallazgos considerados típicos que ayudan a establecer el diagnóstico, permite valorar la relación anatómica entre la lesión y las importantes estructuras vasculares que la rodean.

Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos intervenidos por schwannomas gigantes del XPC en pacientes jóvenes,

con compresión/invasión de los vasos cervicales a través de abordajes submaxilares abiertos y asistidos por endoscopia, y discutimos las diferentes opciones diagnósticas, de tratamientos adyuvantes y quirúrgicos.

Conclusiones: Los schwannomas gigantes del XPC son lesiones poco frecuentes que generan habitualmente síntomas asociados al efecto de masa, cuyo tratamiento de elección; de ser posible, es la resección quirúrgica completa con conservación de las vías nerviosas.

P040

GANGLIÓN INTRANEURAL DE CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO CON ORIGEN EN ARTICULACIÓN TIBIO-PERONEA PROXIMAL, PRODUCIENDO PIE CAÍDO. FISIOPATOLOGÍA Y REVISIÓN DE LITERATURA

Ángel Rodríguez de Lope¹, Andrés Barriga², Javier Villaseñor¹, María Ángeles Cañizares¹, Luis Ribeiro¹, Ana Cabada¹, Manuel Amosa¹ y María José Herguido¹

¹Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ²Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo.

Objetivos: Revisar la literatura analizando las teorías sobre el mecanismo de producción de la lesión intraneural a nivel del ciático poplíteo externo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 44 años con antecedentes de lumbociática izquierda y estenosis de canal lumbar manejado de forma conservadora que presenta en 3 semanas pérdida de fuerza progresiva en EII con incapacidad para dorsiflexión del pie. No dolor ni parestesias. En la exploración se aprecia dolor intenso a la palpación de cabeza de peroné con palpación de tumoración dura con signo de Tinel positivo. Balance muscular izquierdo: tibial anterior 0/5, EPL 1/5, peroneos 0/5, extensor dedos 1/5. Resto grupos musculares normales. Ecografía: engrosamiento del nervio ciático poplíteo externo desde su origen, refiriendo el paciente parestesias durante la palpación. En cara lateral se identifica una tumoración hipo-aneicoica de 19 × 16 × 13 mm de diámetro, de bordes bien definidos y refuerzo posterior RM de rodilla con contraste sospecha schwannoma del nervio ciático poplíteo externo.

Resultados: El paciente fue intervenido con anestesia raquídea y extirpación de lesión con apertura longitudinal y sección de rama articular. El paciente evolucionó favorablemente recuperando el déficit motor.

Conclusiones: La lesión quística a nivel de una sinovial degenerativa produce la disección perineural de la rama articular del nervio ciático poplíteo externo encontrando menor resistencia extendiéndose a la rama proximal produciendo compresión del mismo y pérdida de fuerza en la musculatura inervada. La extirpación del mismo con apertura longitudinal y sección de la rama articular consiste en el tratamiento de elección.

P041

SÍNDROME DE CAUDA EQUINA SECUNDARIO A NEUROLINFOMATOSIS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Herbert Daniel Jiménez Zapata, Luis Mariano Rojas Medina, Rodrigo Carrasco Moro, Aurora Martínez Rodrigo, Luis Ley Urzaiz y Mónica García-Cosío Piqueras

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir la clínica y el diagnóstico, así como definir el tratamiento más óptimo de los pacientes con neurolinfomatosis.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 53 años con antecedente de linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) en remisión completa que acude a nuestro centro presentando un síndrome de cauda equina de tres días de evolución. La resonancia magnética reveló una lesión intradural L1-L3 con captación de contraste por lo que se decidió realizar intervención quirúrgica durante la cual se evidenció un engrosamiento difuso de cuatro raíces lumbares. El resultado anatomopatológico de la raíz nerviosa biopsiada confirmó la infiltración por un LBDCG.

Resultados: El concepto de neurolinfomatosis hace referencia a la infiltración por linfocitos neoplásicos de las estructuras que constituyen el sistema nervioso periférico. Aunque la incidencia exacta es desconocida, sabemos que la mayoría de casos se dan en pacientes con linfoma no-Hodgkin B. Dependiendo de la estructura nerviosa afectada se reconocen varios patrones de presentación (radiculopatía, plexopatía, neuropatía) y, si bien la afectación nerviosa en un paciente con antecedentes de linfoma puede ser secundaria a otras muchas causas (quimioterapia, vasculitis, compresión por nódulo linfático infiltrado), debemos tener en cuenta siempre la posibilidad de una neurolinfomatosis. La prueba inicial de elección es la resonancia magnética pero diferenciarlo de otros tumores intradurales-extramedulares solo mediante técnicas de imagen es muy complicado por lo que la prueba diagnóstica gold standard sigue siendo la biopsia.

Conclusiones: Aunque la neurolinfomatosis es una entidad rara debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial clínico, radiológico e histológico de los pacientes con antecedentes de linfoma ya que precisa una terapia citorréductora intensiva debido al mal pronóstico que conlleva.

P042

MALFORMACIONES VASCULARES DE NERVIOS PERIFÉRICOS: 2 CASOS DESCRITOS

Antonio Carrasco Brenes, Miguel Domínguez Páez, Dolores Bautista, Guillermo Ibáñez Botella, Laura González García, Álvaro Martín Gallego, Miguel Segura Fernández-Nogueras y Miguel Ángel Arráez Sánchez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Las malformaciones vasculares son comunicaciones anormales entre el sistema venoso y arterial sin una correcta interposición de una red capilar. Pueden localizarse en cualquier parte del organismo. En el sistema nervioso, las localizadas en nervios periféricos son excepcionales.

Material y métodos: Se realiza una descripción de los casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital de malformación vascular de nervio periférico, junto con pruebas radiológicas, imágenes intraoperatorias e imágenes anatomopatológicas.

Resultados: Se han registrado dos casos de malformación vascular de nervio periférico. El primero, en un varón de 51 con un cuadro de 1 año de evolución de una tumoración en la región epitrocLEAR del codo derecho, dolorosa y asociada a disestesias en el territorio sensitivo cubital ipsilateral. El segundo caso, un varón de 46 años con un cuadro de 3 meses de evolución de disestesias y parestias en el miembro inferior derecho en el territorio del nervio ciático poplíteo externo. En ambos casos, el diagnóstico radiológico fue de schwannoma o neurofibroma. Tras tratamiento quirúrgico mediante neurectomía interna y exéresis subtotal, el diagnóstico anatomopatológico fue de malformación vascular periférica de nervio cubital y de tronco ciático respectivamente.

Conclusiones: Las malformaciones vasculares que afectan exclusivamente a los nervios periféricos son infrecuentes. Se reco-

mienda complementar el diagnóstico radiológico de RM con pruebas como la ECO-Doppler y/o la angiografía. En la actualidad las diferentes estrategias terapéuticas incluyen la observación, embolización y/o cirugía. Dada la escasa casuística en la literatura actual, no existen datos que avalen la mejor opción terapéutica en el manejo de las malformaciones vasculares de nervios periféricos.

P043

SÍNDROME DE DOBLE COMPRESIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA

Pedro de la Rosa Jiménez, Marcelo Galarza, Raúl Alfaro Moreno, Beatriz Cuartero Pérez y Claudio José Piqueras Pérez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El síndrome de doble compresión es una entidad poco conocida, que en ocasiones no se tiene en cuenta, pudiendo conducir a pobres resultados post-quirúrgicos.

Material y métodos: Presentamos 7 pacientes los cuales son remitidos a nuestra consulta por sospecha de radiculopatía cervical, sin embargo, una minuciosa exploración clínica pone de manifiesto la posible existencia o co-existencia de una compresión en el túnel del carpo en 5 casos y compresión del cubital en otros 2, hallazgos que se confirma por EMG.

Resultados: A los pacientes se les ofreció tanto cirugía cervical (microdissectomía) como cirugía descompresiva a nivel del túnel del carpo/cubital. Dados los riesgos/beneficios, prefirieron realizar en primer lugar esta última, con mejoría muy importante de sus síntomas, una vez realizada ésta y según el resultado clínico se realiza abordaje de la patología cervical, para la que no todos requieren cirugía posteriormente.

Conclusiones: El cuadro clínico secundario a la compresión del túnel del carpo y cubital puede, en ocasiones, mimetizarse en la clínica radiculopatías cervicales, que no son congruentes con la RM y que nos pueden hacer indicar desafortunadamente el tratamiento conservador o la cirugía con pobres resultados, siendo además poco sospechada en el ámbito de la medicina de familia desde donde son derivados estos pacientes en su mayoría, es preciso pensar en esta entidad y desde nuestro punto de vista, iniciar el tratamiento quirúrgico según la exploración y afectación clínica que el paciente presente en el momento de la valoración.

P044

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRAS CIRUGÍA DE TUMORES QUE DISTORSIONAN EL BULBO RAQUÍDEO

Álvaro Martín Gallego¹, Laura González García¹, Antonio Carrasco Brenes¹, Miguel Segura Fernández-Nogueras¹, Lorena Romero Moreno¹, Irene Andrade Andrade², Marc Stefan Dawid Milner² y Miguel Ángel Arráez Sánchez¹

¹Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. ²Unidad de Sistema Nervioso Autónomo, Centro de Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES), Universidad de Málaga.

Introducción: En el bulbo raquídeo se localizan núcleos que desarrollan un papel crucial en el control del sistema simpático y parasimpático. La agresión a cualquiera de estos núcleos

durante la cirugía de tumores que afectan el área del bulbo raquídeo puede generar alteraciones del sistema nervioso autónomo.

Objetivos: Exponer la posibilidad de desarrollo de alteraciones autonómicas tras la cirugía de procesos expansivos que afectan a la región bulbar en la población pediátrica.

Material y métodos: Se realiza una descripción de 3 casos de pacientes pediátricos intervenidos de procesos expansivos bulbares entre 2007 y 2013. Se ha llevado a cabo un análisis anatómico-radiológico para valorar los posibles núcleos autonómicos afectados y un estudio del sistema nervioso autónomo (SNA) donde se han evaluado los siguientes parámetros: presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC) basales, balance simpático-vagal, variación de la PA y FC en el ortostatismo activo, frío cutáneo, maniobra de Valsalva, Tilt test y contracción isométrica, test de sensibilidad barorreceptora y de función parasimpática. El estudio se ha completado con el juicio clínico emitido por un especialista en SA.

Resultados: 1er caso: varón de 11 años intervenido en 3 ocasiones de un ependimoma anaplásico de cuarto ventrículo con invasión de bulbo raquídeo que desarrolló un cuadro disautonómico agudo posquirúrgico inmediato consistente en hipertensión arterial severa y labilidad vegetativa. El estudio del SNA muestra hipotensión ortostática e hiperactividad adrenérgica con fallo del reflejo barorreceptor que sugiere una lesión del núcleo del tracto solitario (NTS) bilateral. 2º caso: varón de 8 años intervenido en 2 ocasiones de astrocitoma pilocítico bulbar con resección subtotal, sin secuelas neurológicas. Se observa en el estudio del SNA una hipertensión arterial basal con hiperactividad simpática e hipotensión ortostática sugerente de una lesión del NTS bilateral. 3er caso: mujer de 13 años intervenida de astrocitoma pilocítico cerebeloso con compresión bulbar, sin secuelas significativas. El estudio muestra una inestabilidad en el mantenimiento de la presión arterial durante el ortostatismo con hiperactividad parasimpática que pueden estar relacionados con una lesión del NTS o del núcleo dorsal del vago.

Conclusiones: La cirugía sobre el bulbo raquídeo en la edad pediátrica puede generar cuadros alteración del sistema nervioso autónomo de relevancia clínica. El estudio del SNA puede aportar información valiosa sobre dichos cuadros y podría ser recomendable añadirlo a la atención multidisciplinar de estos pacientes.

P045

NEUROPATÍA CRÓNICA HIPERTRÓFICA SIMULANDO TUMOR DE CAUDA EQUINA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Javier Goncalves Ramírez,

Manel Tardaguila Serrano, Belén Menéndez, Roser García Armengol, Salvador Colet, Jordi Manuel-Rimbau, Pilar Teixidor y Alberto Blanco

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Valorar beneficios del tratamiento quirúrgico en un caso de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP), a propósito de un caso.

Material y métodos: Presentamos paciente varón de 77 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia, déficit de B12, DM, y síndrome de Guillain-Barré (SGB) diagnosticado en 1985. Consulta en julio del 2012 por trastornos de la marcha, pérdida de sensibilidad a nivel distal en extremidades inferiores y pérdida de peso de seis meses de evolución. La RMN en la que se observa imagen compatible con proceso expansivo de cola de caballo desde L1 hasta L5, sugerente de ependimoma, decidiéndose cirugía de la lesión.

Resultados: En quirófano, y tras la durotomía, se aprecia salida a presión de raíces nerviosas engrosadas, no objetivándose masa tumoral; y tratándose mediante duroplastia expansiva. En el post-operatorio inmediato se observa marcada mejoría en sensibilidad y fuerza muscular. Revisando el caso y la bibliografía, se trata de un diagnóstico de SGB con EMG, Ac antigangliósido, biopsia muscular y PL compatibles; pero tras reinterrogar a la familia, nos confirmaron la presencia a lo largo de la vida, de 3-4 episodios catalogados como recaídas del SGB. La CIDP, se caracteriza por parálisis ascendente tras la afectación de la motoneurona inferior, hiporreflexia progresiva y afectación sensorial y autonómica variable, suele ser el prototipo de enfermedad autoinmunitaria postinfecciosa, el SGB es un proceso con una duración máxima de 4 semanas, por lo que, en el caso de este paciente, el diagnóstico correcto es el de CIDP, manifestado como neuropatía hipertrófica de cauda equina.

Conclusiones: Creemos que la presencia de raíces neurales hipertróficas en el contexto de patologías inflamatorias crónicas, la descompresión quirúrgica puede representar una alternativa eficaz en caso de refractariedad al tratamiento médico.

P046

INDUCCIÓN DE RESISTENCIA A CICLOPAMINA EN UNA LÍNEA CELULAR DE MEDULOBLASTOMA DESMOPLÁSICO: ESTUDIO CELULAR Y MOLECULAR

Javier de la Rosa¹, Amaia Paredes¹, Idoia Zazpe², Bárbara Meléndez³, Juan A. Rey⁴ y Javier S. Castresana¹

¹Universidad de Navarra, Pamplona. ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: El meduloblastoma es un tumor heterogéneo a nivel celular (clásico, desmoplásico, anaplásico, y de células grandes) y molecular (grupos Wnt, Shh, C y D). El pronóstico varía dentro de cada grupo. No hay celularidad asociada a molecularidad. En nuestro estudio pretendemos caracterizar el fenómeno de resistencia a ciclopamina en la línea celular DAOY, meduloblastoma desmoplásico frecuentemente asociado al grupo Shh (Sonic Hedgehog). La ciclopamina es un inhibidor de la vía Shh.

Material y métodos: Las células se expusieron a seis ciclos de tratamiento de ciclopamina, tras los cuales se realizaron tres tipos de ensayos celulares para valorar la tumorigenicidad celular in vitro: formación de colonias en placa, clonogenicidad en agar blando, y migración celular. Se realizó qRT-PCR de 6 genes: relacionados con la vía Shh (GLI1, GLI3, SUFU), con la apoptosis (BAX, BCL2), y con el fenotipo de célula madre tumoral (CD133). GADPH se utilizó como control positivo de expresión.

Resultados: Las células tratadas con ciclopamina formaron el mayor número de colonias en placa al final del tratamiento (exposiciones 5ª y 6ª). Por el contrario, esas células formaron el mayor número de colonias en agar blando en las exposiciones 3ª, 4ª y 5ª. El análisis de migración reveló que la mayor distancia cubierta por las células tratadas se produjo tras la 3ª exposición. GLI1, GLI3, SUFU, CD133 y BCL2 (antiapoptótico) mostraron su máximo nivel de expresión tras la 3ª exposición a ciclopamina, mientras que BAX (proapoptótico) lo hizo tras la 1ª exposición.

Conclusiones: Las células se hicieron resistentes a ciclopamina: eran capaces de crecer en agar blando, migrar, y sobre-expresar genes típicos de las células madre tumorales. Es interesante reducir la expresión de esos genes para restaurar la sensibilidad de la línea celular resistente a ciclopamina. Todo ello tiene una clara aproximación al tratamiento clínico del meduloblastoma desmoplásico.

P047
GLIOBLASTOMA MULTIFORME MULTICÉNTRICO:
ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y FACTORES
ASOCIADOS

Julio Plata Bello, Vanessa Hernández-Hernández,
 Jesús Martín-Fernández, Héctor Roldán, Verónica Rocha,
 Ayoze Dóniz y Víctor García Marín

Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Comparar, en términos de supervivencia y otros factores clínicos, a un grupo de pacientes con GBM multicéntrico y a otro con GBM con una única lesión.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis de supervivencia y análisis uni- y multivariable de los posibles factores relacionados con la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global. Los pacientes incluidos en el estudio están registrados en la Base de Datos del Comité de Tumores del Sistema Nervioso Central del Hospital Universitario de Canarias. La presencia de enfermedad multicéntrica fue evaluada mediante estudio de resonancia magnética prequirúrgico.

Resultados: Se evaluaron un total de 41 pacientes (20 mujeres) con un seguimiento mínimo de un año. Todos ellos presentaban GBM confirmado histológicamente. La edad media en el momento del diagnóstico era de 63,1 (DE = 11,9). El 24,4% de los pacientes presentaban un GBM multicéntrico en el momento del diagnóstico. La supervivencia media libre de progresión en este grupo de pacientes era de 28 meses, mientras que en el grupo de GBM unicéntrico era de 30,4 meses (diferencia no significativa), sin que existieran diferencias en el tipo de progresión ("local" o "a distancia"). La mediana de supervivencia en el grupo de GBM multicéntrico era 20,5 meses, mientras que para el grupo de GBM unicéntrico era de 36,4 meses (Log Rank, $p < 0,05$). En el análisis multivariable se demostró como el grado de resección constituía una variable independiente asociada a una mayor supervivencia, pero no a una mayor supervivencia libre de progresión.

Conclusiones: El GBM multicéntrico presenta una supervivencia más corta que el GBM unicéntrico. Sin embargo, la supervivencia libre de enfermedad y el tipo de progresión (local o a distancia) no muestran diferencias entre ambos tipos de GBM.

P048
PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE:
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLACA
INFLAMATORIA Y TUMORACIÓN GLIAL

María del Pilar Garrido García, Pablo Sanromán Álvarez,
 Ricardo Prat Acín, María Jordá, Adolfo Valero
 y Carlos Botella Asunción

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Objetivos: La concurrencia de esclerosis múltiple (EM) y glioma es poco común, sólo alrededor de 50 casos han sido reportados en la literatura y pueden mostrar características clínicas y radiológicas superponibles. Se ha postulado que la gliosis crónica en las placas de desmielinización de la EM puede conformar el sustrato para la inducción secundaria de una neoplasia glial.

Material y métodos: Se plantea el caso de un paciente varón de 25 años con EM diagnosticada en 2012, de tipo recurrente-remite, con presencia de 1 brote por año desde el diagnóstico, paucisintomático, en quien la RM cerebral muestra lesión pseudotumoral parietal derecha, hiperintensa en T2, con captación de contraste persistente de forma atípica durante los 2 años de su enfermedad, que presenta ligero aumento de tamaño a lo

largo del tiempo en RM seriadas, con edema asociado y sin gran efecto masa.

Resultados: Se realiza biopsia cerebral con resultado de xantocitoma pleomórfico. Posteriormente se realiza resección quirúrgica completa, cuya anatomía patológica definitiva dio como resultado neoplasia glial de alto grado con un Ki 67 de un 40%, necrosis en empalizada, positiva para el factor VIII y extensas zonas en que predominan las células multinucleadas gigantes. Estos hallazgos confirman que se trata de un glioblastoma del tipo de células gigantes con gen BRAF positivo. Tras la cirugía se decide el tratamiento con radio y quimioterapia.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial entre placa inflamatoria secundaria a EM y una tumoración de estirpe glial requiere de seguimiento clínico, imágenes radiológicas seriadas y estudio anatomopatológico minucioso.

P049
METÁSTASIS EN CONO MEDULAR DE CARCINOMA
MICROCÍTICO DE PULMÓN

Jacinto Mata Gómez, Marta Ortega Martínez
 y Luis Miguel Bernal García

Complejo Hospitalario de Cáceres.

Objetivos: Las metástasis intradurales de tumores sólidos son poco frecuentes, siendo las más frecuentes las de pulmón y mama. Su localización en el cono medular, como en el caso que presentamos, es excepcional.

Caso clínico: Paciente de 55 años diagnosticado en Septiembre de 2013 de carcinoma indiferenciado de células pequeñas (CD56+, TTF1+, Cam 5.3+, Cromogranina+). En el momento del diagnóstico presentaba metástasis óseas aisladas en costillas sin extensión visceral. Tratado mediante quimioterapia (5 ciclos) y radioterapia holocraneal preventiva (no presencia inicial de metástasis intracerebrales). Rastreo óseo en agosto de 2014 negativo. Acude a Urgencias en octubre de 2014 con pérdida de fuerza proximal 4/5, distal 3/5 en MMII y anestesia en silla de montar. En los estudios de imagen se aprecian múltiples metástasis cerebrales y la presencia de metástasis intraconal en la RM dorsolumbar. Se trató con radioterapia espinal y holocraneal paliativa, sin recuperar el cuadro de paraparesia. Deterioro progresivo de la función neurológica, por lo que en el momento actual se encuentra en cuidados paliativos.

Discusión: Las metástasis intramedulares son infrecuentes, estando publicadas únicamente pequeñas series de pacientes. La localización intraconal es un rareza y se asocia a una llamativa sintomatología clínica. Su tratamiento, sobre todo en el carcinoma pulmonar de células pequeñas, es paliativo con radioterapia y quimioterapia, siendo tanto el pronóstico funcional como vital muy pobre.

P050
TEXTILOMA (GOSSYPBOMA) SIMULANDO ABSCESO
CEREBRAL POSQUIRÚRGICO

Igor Paredes Sansinenea, José María Belinchón,
 Francisco González-Llanos, Manuel Amosa,
 María Ángeles Cañizares, Juan Antonio Álvarez Salgado,
 Luis Manuel Riveiro y Javier Villaseñor

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: Las sustancias reabsorbibles utilizadas para lograr homeostasia durante los procedimientos neuroquirúrgicos son fundamentalmente de tres tipos basado en su composición química.

mica: 1 esponja de gelatina, 2 celulosa oxidada, y colágeno microfibrilar; con o sin trombina y fibrinógeno añadidos. Reportamos el primer caso, en nuestro conocimiento, de reacción a cuerpo extraño tras la utilización de Tachosil® para la obtención de hemostasia a nivel cerebral.

Material y métodos: Una paciente de 6 años es diagnosticada de una tumoración de lóbulo temporal derecho con extensión a ganglios basales, de 3 cm de diámetro, sugestiva de ganglioglioma. La paciente es intervenida, y se realiza una resección de más del 80% de la lesión. En el lecho tumoral se utiliza Tachosil® para la hemostasia. La AP fue de ganglioglioma. El postoperatorio cursó sin incidencias.

Resultados: 6 semanas tras la intervención la paciente presenta fiebre y cefalea, con buen estado general. Se realiza RMN cerebral, que muestra captación de contraste del lecho en anillo, restricción de la difusión, y edema, hallazgos compatibles con absceso cerebral. Se realiza PL siendo el cultivo negativo, y la bioquímica anodina. Se decide iniciar antibioterapia de amplio espectro, y corticoterapia, con mejoría de la sintomática y radiológica. Tras retirada de corticoides y AB se produce nuevo empeoramiento clínico-radiológico, por lo que se decide intervenir. Se halló una tumoración dura, fibrótica, en el lecho de resección previo, y ausencia de pus o signos infecciosos. La AP de la muestra fue reacción a cuerpo extraño. Todos los cultivos y PCR fueron negativos. La paciente evolucionó favorablemente.

Conclusiones: Los materiales hemostáticos pueden producir muy raramente reacciones inflamatorias a cuerpo extraño que pueden simular un absceso postquirúrgico, y se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. El tratamiento puede requerir la extirpación quirúrgica del material.

P051

PSEUDONEOPLASIA CALCIFICANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: UNA RARA ENTIDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Regueira Portas, Cesáreo Conde Alonso, María Concepción Fiaño Valverde, Adolfo de la Lama Zaragoza y Augusto Lantier

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Como su nombre indica, las pseudoneoplasias calcificantes del sistema nervioso central (CAPNON) son lesiones benignas que pueden localizarse en cualquier punto del neuroeje, cuya etiología e historia natural son poco conocidas. A propósito de este caso, localizado en fosa posterior, se ilustra y revisa esta rara entidad.

Métodos y resultados: Se presenta un caso de CAPNON en un paciente varón de 48 años, con antecedente de carcinoma renal de células transicionales intervenido y libre de enfermedad hasta el momento. Presenta un cuadro autolimitado de desorientación y pérdida visual bilateral de escasos segundos de duración. El TAC craneal objetiva una lesión intraaxial calcificada en el hemisferio cerebeloso derecho, con hiposeñal en todas las secuencias de la RM y captación de contraste heterogénea. Se realiza una exéresis completa de la lesión mediante craniectomía suboccipital derecha, sin complicaciones.

Conclusiones: A pesar de ser lesiones infrecuentes, las CAPNON deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones calcificantes del neuroeje. El tratamiento de elección es la exéresis completa; la sospecha diagnóstica ayudará a limitar dicha exéresis en casos localizados en áreas de riesgo así como evitar terapias agresivas adyuvantes innecesarias.

P052

SÍNDROME DE GOLDENHAR ASOCIADO A MEDULOBLASTOMA

Cristian Bravo García², Santiago Candela Canto¹, Antonio Guillén Quesada¹, Elena d'Avella¹, Yislenz Yaderliz Narváez Martínez¹ y Enrique Ferrer Rodríguez¹

¹Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Exponer el segundo caso de meduloblastoma en el contexto de un paciente con síndrome de Goldenhar (SG) y revisar los factores implicados en esta relación.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica de revisiones y estudios en relación a meduloblastoma, SG y su asociación, y exposición del segundo caso descrito en la literatura.

Resultados: Niño de 3 años diagnosticado de SG con clínica de vómitos de un mes de evolución. Presenta ataxia cerebelosa sin otra focalidad. La tomografía computarizada cerebral evidencia una masa heterogénea a nivel de cuarto ventrículo con hidrocefalia aguda. Se coloca drenaje ventricular externo y se realiza resonancia magnética cerebral que objetiva lesión sólida de 3,2 cm de diámetro medio en suelo del cuarto ventrículo que capta contraste con diseminación leptomeníngea espinal. A las 24 horas se interviene mediante abordaje transvermiano con resección subtotal y, posteriormente, se coloca válvula de derivación ventriculoperitoneal. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de meduloblastoma clásico. Postoperatorio clínico-radiológico satisfactorio pendiente de tratamiento oncológico. El SG tiene una incidencia de 1:35.000-56.000. Se engloba en los síndromes de primer y segundo arco branquial. De etiología multifactorial, la mayoría son esporádicos. Se ha descrito una probable herencia autosómica dominante o recesiva. Incluye anomalías craneofaciales, renales, cardíacas, vertebrales y asociación neoplasias entre las que se incluye, a partir de un caso descrito por Aizenbud et al, el meduloblastoma. Los meduloblastomas contienen células neoplásicas tipo "stem cells". Éstas están involucradas en diferentes vías de señalización como la vía Hedgehog, la Wnt y la Notch, cruciales para el desarrollo de este tumor, así como el desarrollo del primer y segundo arco faríngeo.

Conclusiones: Según bases moleculares de la génesis de estas entidades, existe un punto de interrelación que justificaría la asociación de éstas. Este punto clave son las vías Hedgehog y Wnt.

P053

MELANOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA PRIMARIA COMO CAUSA INFRECUENTE DE EPILEPSIA. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sonia Gayoso García, Santiago Amaro Cendón, Cristian Bravo García, Rubén Barradas Estrada, Iria Gestoso Ríos y Juan Manuel Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Presentar caso clínico de melanomatosis leptomeníngea primaria en paciente portadora de válvula de derivación y epilepsia de larga evolución. Revisión de literatura a propósito de dicho caso.

Material y métodos: Presentación de caso clínico de mujer 56 años (únicos antecedentes patológicos HTA, DM-II) que debuta en 2008 con clínica de cefalea, trastorno visual y alteración del lenguaje atribuidos a origen ictal. Como único hallazgo en pruebas realizadas aumento de talla ventricular para edad. En 2010 reingresa añadiéndose en la exploración paresia VI pc y papile-

dema. En citología de LCR células atípicas. Es intervenida mediante colocación de VDVP y biopsia abierta con resultado de normalidad. Estudio de extensión negativo. Medio año después crisis comicial generalizada. Tras múltiples ingresos hospitalarios por crisis/status y un recambio valvular por malfunción, en 2013 se detecta en RMN realce difuso de leptomeninges y duramadre encefálica y medular. Se realiza biopsia abierta con resultado de leptomeninge infiltrada por melanoma.

Resultados: Tras estudio de extensión que descarta lesiones a otros niveles se confirma diagnóstico de melanomatosis leptomenígea primaria. La paciente no fue sometida a tratamiento oncológico debido al estado funcional (ECOG 3), falleciendo en 2014.

Conclusiones: El SNC y meninges pueden afectarse por multitud de lesiones melanóticas, incluyendo una variedad menígea maligna, denominada melanomatosis leptomenígea primaria. Se debe a diseminación de melanocitos neoplásicos a través de leptomeninges y espacios de Virchow-Robin. El diagnóstico es complejo y se basa en hallazgos clínico-radiológicos y citología del LCR; raramente se realiza mediante biopsia cerebral. El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con el melanoma maligno metastático. El patrón de crecimiento de la melanomatosis menígea suele ser más difuso, sin embargo, el diagnóstico de melanoma metastático se basa en los hallazgos clínicos de un melanoma primario extracerebral.

P054

NEURINOMA DEL NERVI OCULOMOTOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DEL MANEJO TERAPÉUTICO

Isabel Cuervo-Arango Herreros, Adán Fernández Canal, Jipson Rodríguez Noguera, Pedro Reimunde Figueroa, María Luisa Fernández Melcón, Antonio López García y Julio Gutiérrez Morales

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Presentación de un caso de neurinoma del III par craneal y planteamiento de las opciones terapéuticas, tras revisión de los escasos casos publicados en la literatura.

Material y métodos: Paciente diagnosticado clínica y radiológicamente a los 59 años de edad de neurinoma de III par craneal, con un diámetro máximo de 8 mm a nivel de la cisterna supraselar derecha. Se decide realizar tratamiento con radiocirugía estereotáctica, con mejoría posterior de la ptosis y diplopía. El paciente continúa en seguimiento clínico y radiológico bianual, presentando en el último control ligero crecimiento de la lesión y leve empeoramiento clínico.

Resultados: Los neurinomas constituyen el 8% de todos los tumores intracraneales. Los neurinomas que surgen del III par craneal son muy infrecuentes y se suelen asociar a neurofibromatosis. En la literatura se han publicado unos 41 casos de neurinomas del III par craneal, siendo Kovacs el primero en publicar un caso tras autopsia. Celli los clasificó en tres categorías según su localización: cisternal (segmento cisternal precavernoso), cistocavernoso (cisterna retroclival o retropetrosa en relación al seno cavernoso) y cavernoso (segmento cavernoso o paracavernoso, con invasión del seno cavernoso). Clínicamente suelen presentarse con disfunción del nervio oculomotor y también se ha descrito la oftalmoplejía migrañosa en asociación a la lesión. En cuanto a la actitud terapéutica, existen varias opciones: radiocirugía estereotáctica, resección total o subtotal microquirúrgica o tratamiento conservador. No está establecido el tratamiento más adecuado en función del tamaño y localización, ni el momento más oportuno para el mismo en función de la situación clínica.

Conclusiones: Los neurinomas del nervio oculomotor son extremadamente raros y no existe un consenso terapéutico establecido por su escasa incidencia y variabilidad clínica.

P055

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL RADIOLÓGICA Y CLÍNICAMENTE ATÍPICA

Pablo M. Munarriz, Ana M. Castaño-León, Santiago Cepeda, Aurelio Hernández Laín, Ángel Pérez-Núñez y Pedro González-León

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que debutó presentando una voluminosa tumoración frontal derecha con características radiológicas indistinguibles con un tumor glial de alto grado y que fue operado como tal.

Material y métodos: Paciente varón de 50 años de edad con antecedentes personales de alcoholismo en tratamiento de deshabituación. Acudió a Urgencias por cefalea de dos semanas de evolución de características orgánicas. En TC craneal presentaba una lesión frontal derecha de gran tamaño. Presentaba un síndrome constitucional con pérdida de 15 kg de peso, siendo el resto de la exploración física y neurológica sin hallazgos relevantes. Ingresó con diagnóstico diferencial principal entre tumor cerebral primario de alto grado y metástasis única. La analítica en Urgencias no mostraba linfopenia.

Resultados: Se realizó RM cerebral constatando una lesión nodular en región cortico-subcortical frontal derecha de 4 x 4 cm, heterogénea, con captación anular de contraste. La secuencia de difusión mostraba múltiples áreas de restricción en el interior del tumor. La perfusión no se encontraba aumentada. Tras realizar un rastreo radiológico corporal que fue negativo, se decidió intervención quirúrgica. Se realizó lobectomía frontal derecha, la lesión mostraba una coloración blanquecina, consistencia leñosa y poco sangrante. La anatomía patológica mostró extensos focos de necrosis, infiltrados linfoplasmocitarios de predominio perivascular, además de abundantes formaciones quísticas ovaladas con punteado basófilo (bradizoitos) y formaciones libres extracelulares (taquizoitos), positivas para anticuerpo anti-Toxoplasma. Tras el diagnóstico de toxoplasmosis cerebral, se realizó serología que fue positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Conclusiones: Aunque descrita en la literatura, la forma de presentación de la toxoplasmosis cerebral a modo de lesión única pseudotumoral es infrecuente. Debe recordarse esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales únicas y captantes de contraste, incluso en casos como el presente en que la analítica rutinaria no haga sospechar infección por VIH.

P056

TUMOR TALÁMICO BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandra Lara-Casto Casal, Ángel Triana Pérez, Luis Requena Requena, Luis Gómez Peral y Francisco Conde García

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Los tumores talámicos (TT) son muy infrecuentes, suponen entre un 1-5% de los tumores cerebrales, con predominio en la edad pediátrica. Generalmente son unilaterales, siendo los bilaterales excepcionales, sin una clara incidencia establecida en la actualidad. El diagnóstico histológico suele corresponder a astrocitomas de bajo grado, y más del 50% presenta hidrocefalia. La edad adulta es un factor pronóstico negativo de primer orden. Se presentan comúnmente con alteraciones del comportamiento y trastornos de la memoria, secundarios hipertensión intracraneal. Presentamos el caso de un TT bilateral en un adulto.

Métodos y resultados: Paciente mujer de 67 años de edad que acude por alteración de la conducta de 2 meses de evolución, consistente en síndrome depresivo, apatía y cambios de humor, sin otra sintomatología. A la exploración destacaba su inatención y, marcha inestable con aumento de la base de sustentación. Se realizó una RM donde se observó una lesión talámica bilateral, infiltrativa, hipointensa en secuencia T1 e hiperintensa en T2, con áreas de restricción a la difusión y captación de contraste y una inversión de la relación Cho/NAA en la espectroscopía. Se realizó PL con presión de salida de 25 mmHg, sin otras alteraciones, descartando proceso tóxico/metabólico. Se realizó tercer ventriculostomía y biopsia endoscópica en un tiempo, sin incidencias. Con resultado histopatológico no concluyente. Se inició tratamiento radioterápico que fue abandonado por no tolerancia de la paciente. Tras deterioro progresivo la paciente falleció 6 meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: Los TT bilaterales son extremadamente infrecuentes, se presentan con trastornos del carácter y el comportamiento. El diagnóstico debe realizarse con RM donde tienen la peculiaridad de la inversión en la relación Cho/NAA. La actitud quirúrgica se limita a una biopsia para confirmación histológica. El pronóstico es infausto y la supervivencia media es de un año tras el diagnóstico.

P057 AFECTACIÓN CEREBRAL CONCURRENTES POR MIELOMA MÚLTIPLE Y LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA

Pablo M. Munarriz, Santiago Cepeda, Ana M. Castaño-León, Aurelio Hernández Laín, Ángel Pérez-Núñez y Luis Jiménez-Roldán

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Presentar un caso excepcional de invasión cerebral por mieloma múltiple y al mismo tiempo con lesiones típicas de citotoxicidad viral y presencia de virus JC (leucoencefalopatía multifocal progresiva, LMP).

Material y métodos: Paciente de 73 años con diagnóstico dos años antes de mieloma múltiple de cadenas ligeras tipo Bence-Jones al presentar una fractura-aplastamiento lumbar y deterioro renal agudo. Siguió dos líneas quimioterápicas encontrándose en remisión parcial. Ingresó por fractura de cadera izquierda siendo operada por Traumatología. A los 7 días de la intervención se percató la familia de que la paciente presentaba escasa movilidad en miembro superior izquierdo. Progresó rápidamente hasta presentar hemiplejía izquierda, agitación y cuadro confusional.

Resultados: Se realizó RM cerebral evidenciando una extensa afectación bihemisférica consistente en una hiperintensidad de señal en secuencias T2 y FLAIR en sustancia blanca frontoparietal derecha y parietal izquierda, que mostraba restricción periférica en secuencia de difusión, con captación puntiforme de contraste en el seno de la sustancia blanca, sin perfusión aumentada. Se planteó el diagnóstico diferencial entre linfoma cerebral o enfermedad desmielinizante de etiología infecciosa, dada la inmunosupresión por el mieloma. Se realizó biopsia abierta parietal derecha. En el estudio anatomopatológico se observó la presencia de múltiples focos de infiltrado perivascular por células plasmáticas con atipias, además de un infiltrado difuso en el que se observaban células linfoplasmocitarias y otras células atípicas con lesiones típicas de citotoxicidad viral y presencia de virus JC. El diagnóstico fue infiltración tumoral por mieloma desdiferenciado coexistiendo con leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Conclusiones: La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) se presenta en inmunodeprimidos, típicamente VIH posi-

tivos. La asociación de mieloma múltiple, que puede producir inmunosupresión severa, con LMP es muy rara, habiendo encontrado seis casos publicados. Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso publicado de invasión cerebral por células de mieloma y afectación por LMP al mismo tiempo.

P058 MEDULOBLASTOMA DESMOPLÁSICO MULTIFOCAL SUPRA-INFRA-TENTORIAL EN ADULTOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubén Barradas Estrada, Christian Bravo García, Pablo Somoza, Sonia Gayoso García, Iria Gestoso Ríos y Juan Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Presentación de un caso de meduloblastoma desmoplásico multifocal en un paciente de edad adulta.

Material y métodos: Varón de 57 años, origen brasileño, jardinero, sin otros antecedentes relevantes. Ingresó para estudio por síndrome vertiginoso de tres semanas de evolución. Pérdida de 10 kg desde inicio del cuadro. Exploración física: caquexia, Romberg positivo y lateropulsión de la marcha a la derecha, sin otros signos de focalidad neurológica. Se realiza RNM cerebral identificando tres lesiones extraxiales con base dural/leptomeningea con realce de contraste, una en fosa craneal media izquierda; otra en fosa posterior izquierda y una tercera protuberancia. Estudio de extensión negativo. Se realiza intervención quirúrgica con exéresis completa de lesión extra-axial cerebelosa izquierda. Tras hallazgo anatomopatológico se realiza RM neuroeje identificando dos focos subcentimétricos de realce nodular en superficie medular posterior en T5 y T6 en probable relación a diseminación leptomeningea. Durante postoperatorio presenta fiebre, inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria trasladándose a UCI en relación a hiperinfestación por Strongiloides stercoralis, probablemente reactivado tras tratamiento esteroideo. Se inicia albendazol y la ivermectina rectal con resolución del cuadro. Por su estado funcional se desestima tratamiento oncológico.

Resultados: AP: meduloblastoma desmoplásico (grado IV de la OMS).

Conclusiones: El meduloblastoma en adultos tiene incidencia anual es de 2-20/1 millón. En comparación con los meduloblastomas de edad pediátrica, es más frecuente la localización cerebral lateral, la variante histológica desmoplásica y un pronóstico más favorable. También se han descrito casos en adultos de presentación multifocal y de localización extra-axial (como es el caso). Se recomienda tratamiento con radioterapia, sin embargo la quimioterapia no tiene un papel definido actualmente. El tratamiento quirúrgico tiene un papel más importante, ya que algunos estudios revelan una relación cercana entre el grado de resección y pronóstico.

P059 OSTEOSARCOMA ETMOIDAL. A PROPÓSITO DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICA

Rubén Barradas Estrada, Miguel Iglesias Pais, Juan Manuel Villa Fernández, Christian Bravo García, Sonia Gayoso García e Iria Gestoso Ríos

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Presentación de un caso poco común de osteosarcoma etmoidal en una paciente de edad pediátrica.

Material y métodos: Paciente de 6 años de edad, que inicia con edema palpebral y exoftalmos progresivo no pulsátil, de 2 sema-

nas de evolución, sin dolor ni otra sintomatología asociada. A la exploración física destaca exoftalmos axial de ojo derecho sin limitación de MOE ni alteración de visión binocular. La RMN identifica una tumoración/sólida/heterogénea intraorbitaria derecha, extracónica retrobulbar, que invade las celdillas etmoidales ipsilaterales y que produce desplazamiento lateral del músculo recto interno y del nervio óptico. Se realiza biopsia de la masa mediante acceso nasal con diagnóstico osteosarcoma de alto grado. Recibe 9 ciclos de quimioterapia preoperatoria. Se realiza intervención quirúrgica mediante craneotomía fronto-orbitaria derecha y exéresis tumoral conservando globo y sus anejos. Recibe radioterapia y 11 ciclos de quimioterapia postquirúrgica. Al año de seguimiento inicia con cefalea, vómitos y proptosis de ojo derecho identificándose mediante TAC recidiva tumoral a nivel local, considerándose irresecable por su extensión, iniciando rescate con 2 ciclos quimioterapia sin adecuada respuesta.

Conclusiones: El osteosarcoma representa 0,5% de los tumores de cabeza y cuello. La mayoría se encuentran a nivel mandibular o maxilar. Patología muy rara. Se han encontrado 8 casos descritos de novo y en seno etmoidal en la literatura. La mayoría se presentan como masas de tejido blando con/sin destrucción ósea, sugiriendo esto último fuertemente el diagnóstico. El diagnóstico diferencial se debe hacer principalmente con condrosarcoma, carcinoma escamoso, y neuroblastoma olfatorio. El tratamiento principal es quirúrgico. La quimioterapia controla la recurrencia local y las metástasis, y el uso de quimioterapia adyuvante postquirúrgica ha demostrado una mejoría del 80% de supervivencia a los 5 años. En el caso de la paciente, el osteosarcoma sufrió recidiva a pesar de tratamiento quirúrgico adecuado, quimioterapia pre-postquirúrgica y radioterapia posquirúrgica.

P060

MELANOMA PRIMARIO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL INTRAMEDULAR

Yislenz Yaderliz Narváez Martínez, Napoleón de la Ossa, Pablo Benito Peña, Carlos Cohn, Marina Castellví Juan, José Luis Caro Cardera, María Carme Joly Torta y Secundino Martín Ferrer

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Describir un caso de melanoma primario del sistema nervioso central (MPSNC) intramedular. El MPSNC es una entidad poco frecuente que se origina de los melanocitos de las leptomeninges. Un 10% de los casos reportados en la literatura son espinales.

Material y métodos: Hombre de 47 años, sin antecedentes médicos previos, quien debuta con dolor dorsal nocturno en hemicinturón, de predominio izquierdo, a nivel de D8 asociado a calambres en extremidades inferiores de predominio derecho, con hiperreflexia global, hipoestesia e hipoalgesia a nivel de D8 derecho, sin compromiso esfinteriano. La Resonancia magnética (RM) de columna dorsal muestra una lesión expansiva intramedular en D8 sugestiva deependimoma. Los potenciales evocados preoperatorios y la estimulación magnética transcraneal evidencian una lesión medular de vías motoras anteriores y sensitivas posteriores. Bajo monitorización neurofisiológica motora y sensitiva intraoperatoria se realiza laminectomía D7-D8 y mielotomía D8 con exéresis parcial de la lesión, cuyo aspecto macroscópico es de coloración negruzca.

Resultados: En postoperatorio inmediato el paciente presenta paraparesia severa (extremidad inferior izquierda 0/5 y extremidad inferior derecha 3/5) con hipoestesia y alodinia en ex-

tremidad inferior derecha, y pérdida del control de esfínteres, recuperando posteriormente el esfínter vesical. El diagnóstico anatomopatológico es de melanoma con expresión de proteína S100, y marcadores de diferenciación melanocítica. El estudio de extensión con valoraciones dermatológicas y oftalmológicas y estudios radiológicos, descartaron la presencia de otras lesiones. El paciente realiza radioterapia y continúa en seguimiento. Es imprescindible para el diagnóstico del MPSNC la ausencia de lesiones melanocíticas en otros órganos fuera del SNC y la confirmación histológica. Se han descrito supervivencias de hasta 6 años con resección total y radio-quimioterapia complementaria.

Conclusiones: El MPSNC es una entidad poco frecuente que constituye un reto diagnóstico y terapéutico y su principal factor pronóstico es la resección completa.

P061

TUMOR RABDOIDE/TERATOIDE ATÍPICO HIPOFISARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana María Román Cutillas, Javier de la Cruz Sabido, Asunción García Maruenda, Nicolás Moliz Molina, Eskandar Yagui Beltrán, Alicia Godoy Hurtado y Gonzalo Olivares Granados

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Objetivos: Basándonos en un caso clínico de tumor rabdoide/teratoide atípico hipofisario, y en la revisión de los casos publicados en la literatura científica en base a esta patología, tratar de conocer en mayor profundidad el curso clínico y el pronóstico de esta patología infrecuente.

Material y métodos: Describimos el caso de una mujer joven sin antecedentes personales de interés que consulta por cefalea de predominio periorbitario y diplopía. En la exploración inicial se objetiva parálisis III par incompleta. Se realiza TAC y RMN donde se observa masa hipofisaria que invade seno esfenoidal, clivus y ambos senos cavernosos, hallazgos compatibles con la presencia de macroadenoma hipofisario. Se incluye estudio hormonal sin alteraciones significativas. Posteriormente se interviene vía transesfenoidal con resección subtotal, obteniéndose muestras anatomopatológicas. En el postoperatorio inmediato tuvo un empeoramiento clínico, con disminución de agudeza visual por ojo derecho, en el que se objetivó en RMN resto tumoral supraselar de mayor volumen que produce mayor compresión del suelo diencefálico, por lo que se reinterviene mediante craneotomía pterional para descompresión de nervios ópticos. Sin mejoría tras la última intervención se obtiene diagnóstico definitivo de tumor teratoide/rabdoide atípico destacando la ausencia de INI1 y un Ki67 del 60%, desestimándose nuevo tratamiento quirúrgico, presentando posteriormente deterioro clínico y exitus. Se estudia la información referente a un caso particular y se investigan artículos procedentes de base de datos Pubmed en referencia a dicha patología.

Conclusiones: El tumor teratoide/rabdoide atípico es una neoplasia compuesta por células rabdoideas, que es más propia de niños. En adultos es infrecuente existiendo escasos casos publicados en la literatura científica. Se caracteriza como en este caso por la ausencia de proteína INI1. La localización del tumor a nivel hipofisario es rara. Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de lesiones hipofisarias no funcionantes el tumor rabdoide/teratoide, que a pesar de ser infrecuente, debido a su pronóstico y rápida evolución debe ser una patología a tener en cuenta.

P062**FORMA PSEUDOTUMORAL DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE EN EDAD PEDIÁTRICA**

Juan Camilo Hernández Acevedo, Karla Michel Guerrero, Irene Iglesias Lozano, Gema Gómez Benitez, Francisco Rodríguez Peña, Miguel Ángel Moya Molina, José María Báez Perea y José Luis Gil Salú

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Presentar el caso de una forma pseudotumoral de enfermedad desmielinizante.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 11 años de edad quien 10 días tras vacunación desarrolla un cuadro de cefalea frontal derecha intensa sin mejoría con analgesia convencional, visión doble y edema de papila bilateral.

Resultados: En la RM realizada se encuentra una lesión ocupante de espacio a nivel del núcleo caudado derecho con realce intenso/homogéneo tras contraste e importante edema vasogénico, presentó una disminución del tamaño respecto a estudio inicial tras tratamiento con corticoides; se plantea diagnóstico diferencial de linfoma cerebral por lo que se realiza estudio de inmunofenotipo en LCR sin hallazgos de células patológicas y biopsia cerebral cuyo estudio anatomopatológico sugiere pseudotumor inflamatorio desmielinizante. Se valora el caso en conjunto con neurología, radiología y neurocirugía para completar estudio de enfermedad desmielinizante realizándose potenciales evocados visuales, estudio de LCR y nueva RM que confirman el diagnóstico AP. Se discuten las diferentes patologías desmielinizantes en el SNC, sus características y diagnósticos diferenciales.

Conclusiones: La enfermedad desmielinizante del SNC abarca a un grupo de diversas patologías que requieren una valoración multidisciplinaria para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado en el paciente. Las lesiones pseudotumorales de las enfermedades desmielinizantes deben tenerse en cuenta a la hora de valorar una lesión ocupante de espacio en el SNC.

P063**METÁSTASIS ÓSEA FRONTAL DE CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES**

Elena Iglesias Díez, Javier Ibáñez Plagaro, Javier Robla Costales, Javier Fernández Fernández y Antonio Luis Mostaza Saavedra

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La ubicación en calota de una metástasis de carcinoma folicular es muy infrecuente, encontrándose muy pocos casos descritos en la literatura. Solo un 2,5% de los pacientes diagnosticados de carcinoma folicular de tiroides presentan metástasis craneales. Aún más infrecuente es que sea la base del diagnóstico, ya que la mayoría aparecen años después del tratamiento del tumor primario.

Material y métodos: Se trata de una paciente que acude a urgencias por una lesión dolorosa en región frontal izquierda, como único antecedente había sido diagnosticada en atención primaria de una depresión y pautado tratamiento. En las pruebas radiológicas (Rx y TAC) se observaba una lesión osteolítica de márgenes bien definidos, que respeta tabla interna ósea. La paciente fue intervenida resecándose la lesión con márgenes libres y colocándose una craneoplastia con cemento. Tras la cirugía la paciente sufre un episodio psicótico que requiere tratamiento psiquiátrico. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica es informada como carcinoma folicular de tiroides, ante lo que se realiza un estudio tiroideo más específico, detectándose un nódulo tiroideo. La paciente fue sometida a una tiroidectomía por parte del servicio de Otorrino y a un tratamien-

to posterior con Iodo 131. Durante su ingreso sufre una infección de la herida quirúrgica craneal, necesitando una limpieza de la herida y la retirada del material de la craneoplastia. La paciente se encontró en todo momento inestable psicológicamente, por lo que la cooperación con el servicio de psiquiatría fue esencial para su manejo, precisando durante su ingreso de terapia electroconvulsiva, debido a la gravedad de su cuadro psicótico.

Conclusiones: Se trata de una metástasis con una ubicación y un curso clínico muy infrecuente. Existiendo muy pocos casos descritos. El tratamiento multidisciplinario de esta paciente fue imprescindible debido a la complejidad del caso.

P064**MEDULOBLASTOMA Y SÍNDROME DE LI-FRAUMENI**

Iria Gestoso Ríos, Miguel Iglesias Pais, María Vázquez Domínguez, Christian Bravo García, Sonia Gayoso García, Rubén Barradas Estrada y Juan Manuel Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos: Se propone revisión de asociación entre síndromes neoplásicos familiares y meduloblastoma a propósito de un caso.

Material y métodos: Paciente de 13 años con antecedentes de osteosarcoma recidivante. Diagnosticado de meduloblastoma con hidrocefalia por RM en contexto de estudio por vértigo durante tratamiento quimioterápico. Durante su ingreso disminución brusca del nivel conciencia. Se decide implantar DVE y se realiza intervención urgente con exéresis tumoral completa. AP compatible con meduloblastoma grado IV. En control posquirúrgico, no se objetiva diseminación ni en LCR ni en neuroeje, con dudoso resto tumoral posquirúrgico. A los 2 meses, nódulo compatible con recidiva de 1,5 cm, realizándose reintervención programada. RM postquirúrgica sin restos tumorales, iniciando tratamiento quimioterápico. Dos meses después, nueva recidiva con masa de mayor tamaño que la inicial. Dada evolución y antecedentes personales, ante sospecha de síndrome neoplásico familiar, se indaga en historia familiar (padre tumor de células grandes recidivante) y realiza test estudio genético compatible con síndrome de Li-Fraumeni. Tras última recidiva se decide no medidas agresivas siendo exitus 3 meses después.

Resultados: Meduloblastoma es el tumor cerebral maligno más frecuente en edad pediátrica. Si bien la mayoría son esporádicos, se han vinculado a diferentes síndromes de carcinogénesis familiar, incluyendo el síndrome de Li-Fraumeni. En este síndrome se producen mutaciones en locus 17p13.1 que codifica p53, proteína clave en regulación celular y supresión tumoral. Existen varias definiciones (clásica y síndrome tipo Li-fraumeni), siendo común a todas ellas la aparición de neoplasias recidivantes y de manera precoz, tanto en pacientes como en familiares cercanos.

Conclusiones: El Síndrome de Li-Fraumeni poco frecuente pero con implicaciones médicas y pronósticas. En nuestro caso clínico a pesar de reintervención precoz con exéresis macroscópica total y ciclos de quimioterapia el meduloblastoma evoluciona de manera explosiva en 3 meses.

P065**ESCLEROSIS MÚLTIPLE SEUDOTUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Giancarlo Mattos Piaggio, Javier Ibáñez Plágaro, Antonio Mostaza Saavedra, Javier Pérez Suárez, Patricia Barrios Fernández y Elena Iglesias Díez

Hospital Universitario de León.

Objetivos: 1. Considerar a la esclerosis múltiple pseudotumoral (EMS) como una forma atípica de presentación de esta enferme-

dad que, clínica y radiológicamente, puede ser confundida con un tumor cerebral. 2. Reconocer características clínicas-radiológicas de la EMS que ayudan en el diagnóstico diferencial con el tumor cerebral.

Material y métodos: Revisión de historia clínica del caso presentado y de la literatura relevante. Varón de 43 años, con clínica de 1 año de evolución de parestesias en hemicara izquierda y desviación de comisura bucal, que se mantiene estable hasta 3 días antes del ingreso cuando se añaden parestesias en ambos pies. Es ingresado con diagnóstico de lesión expansiva intracraneal y sometido a estudios de imagen y estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Resultados: En la resonancia magnética (RM) se objetivan una lesión redondeada en lóbulo frontal derecho de 24,2 mm de diámetro máximo y dos lesiones milimétricas en cuerpo caloso y en cápsula externa izquierda, sin hipercaptación de contraste. El estudio espectroscópico orienta hacia la etiología inflamatoria, pero no es concluyente. El líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra bandas oligoclonales y síntesis intratecal de IgG. Dado el cuadro clínico del paciente, el cumplimiento de criterios radiológicos de diseminación espacial y el LCR patológico, se diagnosticó de esclerosis múltiple sin necesidad de biopsia diagnóstica, iniciando tratamiento con corticoides, mostrando una evolución favorable. La EMS es una presentación atípica caracterizada por lesiones > 2 cm, supratentoriales, con edema o captación de gadolinio, que pueden ejercer efecto de masa y que puede llegar a requerir craneotomía descompresiva.

Conclusiones: 1. La EMS es una forma atípica de presentación, que obliga al diagnóstico diferencial con el tumor cerebral primario por compartir características clínico-radiológicas similares. 2. La cirugía debe reservarse para casos de etiología indeterminada o cuando la situación clínica del paciente lo requiera.

P066

METÁSTASIS PINEAL DE TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO ESOFÁGICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Pablo de Andrés, Daniel Aguirre, Tamara Ranchal, José Ramón Fortes, Leo Blas y Jesús Muñiz de Igesón

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Los tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos/sarcoma de Ewing (PNET/ES) representan un grupo de neoplasias malignas raras, cuya característica es la translocación 11;22. Afectan principalmente a adolescentes. La forma de presentación habitual es la de un tumor óseo o de partes blandas en tronco o esqueleto axial. El aparato genito-urinario y digestivo son localizaciones poco frecuentes. El objetivo de este estudio consiste en presentar los hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos de una paciente intervenida quirúrgicamente de lesión pineal de alto grado con expresión de CD 99 y translocación EWSR1 t(22q12) sugestiva de metástasis de PNET periférico. Los estudios de extensión mostraron la lesión primaria en tercio medio esofágico.

Material y métodos: Se describe el caso de paciente intervenida quirúrgicamente de lesión pineal compatible con metástasis de PNET periférico, mostrando el estudio de extensión una lesión esofágica que tras ser biopsiada confirmó la presencia de PNET y se compara con los casos reportados en la literatura internacional.

Resultados: Presentamos el caso de paciente de 49 años con cuadro de cefalea, mareos y limitación para la supravisión ocular. El estudio de imagen mostró tumor en glándula pineal. Se llevó a cabo una resección subtotal de la lesión a través de un abordaje infratentorial supracerebeloso. El resultado histopatológico concluyó en tumor neuroectodérmico primitivo. El estudio inmunohistoquímico mostró expresión intensa y difusa de CD99 así como translocación recíproca de EWSR1 t(22q12) por

FISH. El body-TAC mostró lesión en tercio medio esofágico; las muestras tomadas endoscópicamente diagnosticaron un PNET periférico esofágico silente.

Conclusiones: Los tumores primarios pineales suponen menos del 1% de tumores intracraneales. El diagnóstico diferencial debe incluir metástasis. Los PNET periféricos rara vez asientan en aparato digestivo, siendo sus metástasis a sistema nervioso central extraordinarias. Presentamos el siguiente caso con la intención de proponer una alternativa adicional de cara al diagnóstico diferencial de las lesiones en región pineal.

P067

ENFERMEDAD CEREBRAL POR DEPÓSITO DE CADENAS LIGERAS LAMBDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Cuartero Pérez, Javier Ros de San Pedro y Cinta Arráez Manrique

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Mostrar la presencia de una entidad poco frecuente, como la enfermedad cerebral por depósito de cadenas ligeras (LCDD), dentro del diagnóstico diferencial de la patología neurooncológica.

Material y métodos: Paciente mujer de 47 años con síndrome depresivo crónico, acompañado de episodios epileptoides (alucinaciones visuales, sensación epigástrica ascendente y alteraciones sensitivas en hemicara izquierda). Ante este cuadro clínico se realiza estudio de imagen mediante RM cerebral, que muestra alteración difusa de señal en sustancia blanca de centro semioval y lóbulo temporal izquierdo, sin realce tras administración de contraste. La espectroscopia muestra un perfil patológico con discreta disminución del NAA y pico de colina. Inicialmente se plantea el diagnóstico diferencial entre encefalitis y glioma de bajo grado. Descartada la posibilidad de encefalitis por parte de neurología se decide biopsia estereotáctica para confirmar el diagnóstico. Dicha biopsia resultó no concluyente en el resultado definitivo, por lo que se decidió segunda biopsia "a cielo abierto", asistida con monitorización neurofisiológica intraoperatoria.

Resultados: Tras el estudio anatomopatológico de la segunda muestra se aprecia inmunotinción de moderada intensidad para cadenas lambda. Se observa, asimismo, elementos linfocitarios lambda positivos con distribución perivascular. Estos hallazgos son sugestivos de una LCDD (lambda), sin evidencia histológica de malignidad en el material examinado. Tras estos resultados, la paciente fue remitida a Hematología que tras completar estudio de extensión, donde no se halla el foco primario de células plasmáticas productoras de cadenas lambda, decidió tratamiento mediante altas dosis de quimioterapia y rescate con progenitores hematopoyéticos autólogos de sangre periférica.

Conclusiones: Presentamos el primer caso en España (sexto en la literatura) de LCDD (Lambda), entidad que debe ser incluida dentro del diagnóstico diferencial de los gliomas de bajo grado.

P068

FLUORESCENCIA CON 5-ALA: MÁS ALLÁ DEL GLIOMA DE ALTO GRADO

Cristóbal Perla y Perla, Jon Olabe Goxencia y Francisco Javier Olabe Jauregui

Clínica Juaneda, Palma de Mallorca.

Objetivos: La fluorescencia inducida por 5-ALA (Gliolan®), se emplea desde su comercialización, para la diferenciación intra-

operatoria del tejido tumoral en gliomas de alto grado. En los últimos años ha aumentado el interés en su uso como herramienta en el tratamiento quirúrgico de otro tipo de tumores cerebrales. Nuestro objetivo es comparar la experiencia en el uso de 5-ALA en 2 casos de gliomas de bajo grado y su correlación con los hallazgos en las pruebas de neuroimagen.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes con gliomas de bajo grado diagnosticados por clínica de comicialidad, estudiados mediante TAC craneal y RM cerebral. Posteriormente, fueron intervenidos tras la administración de Gliolan®.

Resultados: En las pruebas de neuroimagen se detectaron en ambos casos lesiones frontales de similares características con la diferencia de que en el caso 2 la lesión presentaba captación de contraste de manera heterogénea, mientras que en el caso 1 no existió captación de contraste. Al intervenir a ambos pacientes, en el caso 1, la lesión no expresó fluorescencia bajo filtro de luz azul-violeta. En el caso 2, que sí presentaba captación de contraste en la neuroimagen, expresó fluorescencia y permitió la resección con mejor diferenciación del tejido tumoral y el sano. En ambos casos el diagnóstico anatomopatológico fue de oligodendroglioma.

Conclusiones: El 5-ALA es una herramienta neuroquirúrgica intraoperatoria que permite la diferenciación entre tejido tumoral y el tejido sano, lo que aumenta el grado de resección tumoral. En base a nuestra experiencia, pensamos que podría existir una correlación entre la captación de contraste en las pruebas de neuroimagen y la expresión de fluorescencia intraoperatoria tras la administración de 5-ALA independientemente del grado del tumor, aunque es necesaria una serie mucho mayor para llegar a dicha conclusión.

P069

UTILIDAD DE LA TRACTOGRAFÍA REALIZADA EN UNA ESTACIÓN DE NEURONAVEGACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO Y DE LA MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA

Miguel Marigil Sánchez, Sonia Tejada, Ricardo Díez Valle, Victoria Becerra, Eva Pay y Jorge Guridi

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Validar la utilidad de la tractografía realizada mediante secuencia DTI en la RM de planificación quirúrgica.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes con tractografía desde 2010. Se reconstruyeron las fibras de proyección del haz cortico-mesencefálico (CM) del lado tumoral y lado sano y en función de la localización del tumor respecto a las fibras, se realizó el haz corticoespinal (CE), el fascículo arcuato y/o vía visual. Se empleó el software de BrainLab (iPlan craneal 3.0), dibujando regiones de interés (ROI) según métodos publicados, y se reconstruyeron las fibras con parámetros estándar de FA 0,30 y longitud mínima 60 mm. Si con estos parámetros no se obtenían las fibras se iba descendiendo la FA hasta conseguir el haz.

Resultados: 183 pacientes tienen un estudio de tractografía: 50 presentaron déficit motor preoperatorio, 61 disfasia, alteración conductual o hemianopsia y 72 ningún déficit. En función de la relación del tumor con las fibras determinadas por DTI se decidió la vía de abordaje. Cuando la lesión estaba a < 1 cm de las fibras del haz corticoespinal, corteza motora, corteza del lenguaje o fascículo arcuato se utilizó monitorización intraoperatoria. Se realizó registro neurofisiológico en 43. Se encontraron diferencias significativas en el número de fibras CM del lado tumoral respecto del sano (14.420 vs 17.850, $p < 0,0005$), y en el número de fibras del CM tumoral entre los pacientes con y sin monitorización (11.379 vs 15.354, $p 0,005$). No se registraron complicaciones inesperadas por lesión directa de fibras en el grupo al que no se le realizó monitorización neurofisiológica de

acuerdo al DTI prequirúrgico (140). Dentro del grupo monitorizado, en 58% se obtuvo una correlación positiva entre fibras planificadas previamente y hallazgos intraoperatorios.

Conclusiones: La tractografía, realizada con secuencias de DTI empleando un software de planificación preoperatoria, es útil tanto para decidir el abordaje como para el empleo de monitorización neurofisiológica.

P070

GLIOMA EXOFÍTICO HEMISFÉRICO DE LENTO CRECIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos José Velásquez Rodríguez^{1,3},
Hugo Daniel Caballero Arzapalo^{1,3},
Carlos Alfonso Bucheli Peñafiel^{1,3}, José Berciano^{2,3},
Alfonso Vázquez Barquero^{1,3} y Juan Martino^{1,3}

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL), Santander.

Objetivos: Los gliomas bajo grado presentan un patrón de crecimiento característico a través de las fibras de sustancia blanca. Se presenta un caso de glioma hemisférico de lento crecimiento con componente exofítico.

Pacientes y métodos: Paciente varón de 55 años de edad con crisis parciales motoras en hemisferio derecho. La resonancia magnética (RM) reveló una imagen compatible con glioma de bajo grado que infiltraba la circunvolución frontal superior con extensión exofítica por encima de la circunvolución precentral que se encontraba comprimida hacia abajo. Fue seguido con controles clínico-radiológicos durante 23 años.

Resultados: El análisis de la evolución radiológica del tumor demostró un crecimiento tumoral muy lento, con una velocidad de crecimiento de 0,1 ml/año o de 0,5 mm/año: en 1993 el volumen tumoral era de 9,1 ml y el diámetro máximo de 27 mm; en 2011 el volumen tumoral era de 31,2 ml y el diámetro máximo de 40 mm. La RM evidenció un plano subaracnoideo bien definido entre el componente exofítico y la circunvolución precentral. Durante la disección microquirúrgica se evidenció una disrupción de la piamadre por invasión de la porción exofítica. Debajo de esta última se expuso la circunvolución precentral que estaba comprimida por el tumor pero no infiltrada. La estimulación eléctrica intraoperatoria no evidenció función en el componente exofítico, pero sí en la circunvolución precentral. El estudio de anatomía patológica reveló un oligodendroglioma grado II de la OMS. No se observaron déficit neurológicos postoperatorios.

Conclusiones: La velocidad de crecimiento en gliomas de bajo grado se ha estimado entre 4 y 6 mm al año. El tumor que se describe aquí tiene una velocidad de crecimiento de 0,5 mm al año, muy por debajo de esta media. La identificación de la porción exofítica es un aspecto importante en la planificación preoperatoria. Este componente es más fácil de reseccionar debido al plano de clivaje subaracnoideo y a la ausencia de función.

P071

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN AISLADA EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Mireia Illueca Moreno¹, Cristóbal Perla y Perla¹, Cleofé Picazo¹, Ester Antón², Marta Brell¹ y Marta Couce²

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Presentamos un caso de histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva o enfermedad de Rosai-Dorfman (RDD), diag-

nosticado por manifestación en sistema nervioso central (SNC) en ausencia de adenopatías y/u otras manifestaciones extranodales.

Material y métodos: Varón de 20 años que fue intervenido en otro hospital 5 años antes por lesión epicraneal sin diagnóstico anatomopatológico claro. Consulta nuevamente por crecimiento de la lesión y se realiza estudio mediante TC craneal, RM y arteriografía cerebral. Posteriormente, se intervino para exéresis de la lesión.

Resultados: Las pruebas de neuroimagen mostraron una lesión similar a un meningioma en placa con afectación del tercio medio del seno sagital superior y captación de contraste homogénea, que transfixiaba el hueso y afectaba a partes blandas adyacentes. En la intervención se objetivó una lesión osteolítica con invasión del tejido subcutáneo, periostio y duramadre. El estudio anatomopatológico mostró la característica “emperipolesis”, infiltrado histiocitario de linfocitos pequeños (con positividad para la proteína S-100) y células plasmáticas. El paciente reingresó posteriormente por fiebre y linfadenopatías que confirmaron el diagnóstico anatomopatológico, fue tratado durante 3 meses con corticoterapia y actualmente se encuentra asintomático con controles ambulatorios cada dos meses. En caso de recaída se planteará radioterapia y/o imatinib.

Conclusiones: La histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva o RDD, es una proliferación histiocítica idiopática que afecta frecuentemente a nódulos linfáticos, se da hasta en un 43% de los casos como afectación extranodal y es rara la afectación del SNC asociada a linfadenopatía (< 5%). El diagnóstico de la enfermedad por afectación en SNC en ausencia de adenopatías es muy infrecuente (< 0,5%). A pesar de ello, debe tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones nodulares del SNC, siendo su diagnóstico principalmente anatomopatológico y su pronóstico incierto dado el desconocimiento de su etiopatogenia y la poca casuística.

P072

METÁSTASIS HIPOFISARIAS DE CARCINOMA DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cinta Arráez, Antonio Ruiz-Espejo, Christian García y Beatriz Cuartero

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Las metástasis hipofisarias son lesiones muy infrecuentes (1% de las lesiones hipofisarias). Su diagnóstico es complejo, dadas las características radiológicas inespecíficas, casi indiferenciables, de aquellas lesiones hipofisarias primarias. Se presentan dos casos de pacientes con metástasis hipofisarias y se realiza una revisión de la literatura.

Métodos y resultados: 1. Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés, que presenta pérdida de visión en OI de dos meses de evolución y diplopía desde hace 4 semanas, sin otra sintomatología asociada. Se realiza RM cerebral, observándose lesión hipofisaria heterogénea, con extensión supraselar, que impronta sobre el III ventrículo. En la campimetría se evidencia hemianopsia homónima bitemporal. Se decide la realización de un abordaje endoscópico transesfenoidal con diagnóstico intraoperatorio de carcinoma. Tras la cirugía, la paciente desarrolla un cuadro de panhipopituitarismo secundario y una mejoría de su déficit campimétrico. Se realiza TAC toracoabdominal que evidencia neoplasia pulmonar. El diagnóstico final fue de carcinoma pulmonar de células grandes. 2. Varón de 59 años, que acude a Urgencias por cefalea y síndrome confusional. Como antecedente cabe destacar un carcinoma de pulmón estadio IB tratado mediante toracotomía. Además presenta cuadro de polidipsia y poliuria, con hallazgo en RMN cerebral de masa hipotálamo-hipofisaria. Se diagnostica de diabetes insípida de origen central y

panhipopituitarismo secundario. Ante la instauración de déficit visual rápidamente progresivo, se realiza abordaje endoscópico transesfenoidal, con diagnóstico carcinoma epidermoide.

Conclusiones: Los carcinomas de pulmón y de mama son los que más frecuentemente metastatizan a nivel hipofisario. La diabetes insípida es el síntoma más frecuente, seguido por el déficit visual. Aunque su presentación es típica de enfermedad metastásica avanzada, puede encontrarse en pacientes sin diagnóstico previo. La cirugía podrá ser de utilidad para aquellos síntomas asociados como el trastorno campimétrico.

P073

HEMANGIOBLASTOMA DEL III VENTRÍCULO: SENSIBILIDAD A LA ERITROPOYETINA

Anna Lo Presti Vega, Laura Sáinz Villalba, Pablo de Andrés Guijarro, Marta Ramírez Carrasco, Delia Viñas Gil y José María de Campos Gutiérrez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El mecanismo responsable de la formación de tumores en la enfermedad de Von Hippel Lindau (VHL) es controvertido. Se acepta que como consecuencia de la inactivación del gen VHL supresor de tumores, los hemangioblastomas del sistema nervioso central coexpresan de forma simultánea eritropoyetina (EPO) y VEGF, constituyendo un hecho crucial en la generación de dichos tumores. Presentamos el caso de un paciente VHL con un hemangioblastoma del III ventrículo tratado quirúrgicamente después de mostrar crecimiento sincrónicamente a un tratamiento con EPO exógena.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 49 años afecto de VHL, en diálisis y tratamiento con EPO por nefrectomía bilateral. En el estudio de rastreo se detectaron dos hemangioblastomas en el suelo del III y IV ventrículo. La lesión del III ventrículo se duplicó en tamaño al año, causando síntomas visuales, febrícula y cefalea, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico y suspensión del tratamiento con EPO.

Resultados: Mediante un abordaje combinado subfrontal y pterional se realiza resección de la lesión. En el postoperatorio requiere cuidados intensivos prolongados por alteración de función hipotálamo-hipofisaria, y neumonía nosocomial. Actualmente el paciente presenta un deterioro cognitivo moderado que mejora progresivamente con tratamiento rehabilitador, La RM a los 3 meses post-operatorio muestra resección completa de la lesión y aumento de la talla ventricular sin repercusión clínica.

Conclusiones: Creemos que la administración de EPO exógena pudo acelerar el crecimiento tumoral, al actuar sobre receptores específicos expresados por el mismo tumor. Aunque el curso clínico de este caso manifiesta el riesgo del uso de EPO, la lesión del IV ventrículo no mostró cambios en su tamaño. Se precisan más estudios para confirmar si realmente existe una relación entre la administración de EPO y el crecimiento de algunos hemangioblastomas.

P074

ABORDAJE TRANSFALCIAL/TRANSTENTORIAL OCCIPITAL BILATERAL A MENINGIOMA FALCOTENTORIAL GRANDE

Robert Zanabria Ortiz¹, Jaime Domínguez², Luis Perals², Ángel Triana², Eric Robles² y Alejandra Lara²

¹Hospital San Juan de Dios, León. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Los meningiomas que se originan en la unión falcotentorial son raros. Lesiones grandes situados en el espacio inci-

sural posterior bilateral con extensión infratentorial son de difícil manejo mediante abordajes quirúrgicos tradicionalmente descritos. Presentamos un caso clínico de meningioma falcotentorial grande en quien realizamos la técnica de craneotomía transfalcial/transtentorial occipital bilateral, descrito por Quiñones-Hinojosa et al.

Material y métodos: Mujer de 56 años con AP de trombocitopenia en tratamiento con Adiro. Remitida a nuestro servicio con marcha atáxica progresiva, caídas frecuentes, incontinencia urinaria y cefalea. La RM reveló meningioma falcotentorial que comprime mesencéfalo, condicionando hidrocefalia tri-ventricular tratada mediante tercer ventriculostomía endoscópica. En un segundo tiempo con paciente en posición sentada se realizó, incisión de piel en forma de "U" con base inferior. El colgajo óseo por encima de la tórula y seno transversal fue retirado en dos piezas, infratentorial en una pieza, exponiendo seno sagital superior, tórula, seno transversal bilateral. Apertura dural por encima y por debajo del tentorio. Retracción de lóbulos occipitales para exponer falx, tentorio y tumor, siendo mayor el tiempo de retracción sobre el derecho durante la resección. Una incisión del falx se realizó por encima del tumor. Seno recto ocluido fue coagulado y sacrificado, siendo completada extirpación tumoral supratentorial bilateral. El corredor infratentorial permitió exposición y resección tumoral infratentorial.

Resultados: En el postoperatorio inmediato la paciente experimentó déficit visual cortical bilateral transitorio, con resolución casi completa en 2 semanas. En el seguimiento mejoría de la ataxia con tratamiento rehabilitador. El grado de resección obtenido fue "Simpson grado 1". La TAC craneal de control mostró resección tumoral completa.

Conclusiones: La técnica de craneotomía supra-infratentorial bilateral permite buena exposición y resección completa con riesgo asumible y buen resultado final.

P075

GANGLIOCITOMA: REPORTE DE CASO

Xavier Santander Espinoza, Ángela Carrascosa, Anwar Saab, Manuel Revuelta, Sofía Santiño, Carlos Cotúa, Laura de Reina y José García-Uría

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: El ganglioma es un tumor infrecuente, caracterizado por primera vez por Perkins en 1926. Típicamente se presentan en niños y adultos jóvenes, y suelen ser del lóbulo temporal. Representan el 1% de todos los tumores del SNC. Los síntomas más comunes suelen ser convulsiones, seguido de cefalea. Por su baja frecuencia, lo que se conoce acerca de su comportamiento deriva de reportes de casos y series pequeñas.

Material y métodos: Mujer de 25 años, sin antecedentes de importancia, que debutó con cefaleas frontales y biparietales matutinas que ceden con reposo y/o analgesia. No presentaba focalidad o déficit neurológico. Se le pide un estudio de resonancia magnética (RM) craneal que pone en evidencia una lesión cortico-subcortical temporal derecha, redondeada, polilobulada, hiperintensa en T2 y con pequeñas formaciones quísticas y focos hipointensos en relación con calcificaciones, y que capta contraste de forma puntiforme. No restringe en la difusión y no tiene efecto de masa ni edema perilesional.

Resultados: Paciente es intervenida mediante craniotomía con resección completa. Tuvo un post-operatorio sin incidencias. La AP intraoperatoria evidenció múltiples calcificaciones y elementos celulares presuntamente de origen glial. La AP definitiva

resultó en una neoplasia polimorfa de patrones variables sin hiperplasticidad, necrosis ni atipia, con zonas gliales astrocitarias y otras con degeneración mixoide con calcificaciones frecuentes, además de elementos neuronales que mostraban positividad para sinaptofisina.

Conclusiones: Dentro de su infrecuencia, este tumor suele comportarse de forma similar en los diferentes reportes de casos hallados en la literatura. Son tumoraciones con componente quístico y sólido, pueden tener o no captación de contraste y suelen contener calcificaciones. Su componente neuronal es positivo para sinaptofisina y el glial para GFAP. La resección completa es el gold standard del tratamiento. Tienen buen pronóstico y tiempos largos de supervivencia. No requiere tratamiento coadyuvante a menos que tengan componente anaplásico.

P076

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO DE LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

María de los Ángeles Cañizares Méndez, Manuel Amosa Delgado, Igor Paredes Sansinenea, Francisco Díaz Crespo, Ángel Rogríguez de Lope Llorca, Jorge Javier Villaseñor Ledezma, Juan Antonio Álvarez Salgado y Francisco González-Llanos Fernández de Mesa

Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Objetivos: El tumor del seno endodérmico (TSE) es una neoplasia de células germinales poco frecuente, raramente localizada a nivel extragonadal. Presentamos un caso infantil de localización excepcional.

Material y métodos: Varón de 7 años con cefalea de larga evolución que debuta con diplopía, con parálisis del VI PC izquierdo como único hallazgo patológico. Las pruebas de imagen objetivan una lesión temporal izquierda que se extiende infratemporalmente a través del foramen oval. Presenta señal heterogénea, predominantemente hipointensa en T1 y con hiperintensidades en T2, signo de componente quístico, con microsangrados y realce intenso de contraste. La analítica muestra elevación de alfa-fetoproteína. Se completa estudio con ecografía abdominal, BodyTC y punción lumbar sin hallazgos patológicos. Se realiza biopsia guiada por navegador a través del foramen oval mediante punción percutánea.

Resultados: La anatomía patológica describe tumoración difusa de células epitelioideas con núcleos ovoides, citoplasmas claros con nódulos hialinos PAS+, dispuestas en nidos y papilas. Focalmente se observa necrosis y mitosis aisladas. El inmunofenotipo celular es CK AE1/AE3+, INI-1+, alfa-fetoproteína+, CD30-, CKIT-, OCT4- y S100-. Todo ello compatible con TSE. Tras el resultado anatomopatológico se decide iniciar tratamiento oncológico (2 ciclos de cisplatino/VP-16 alternando con CFM/VCR ± ifosfamida y 4 de PEI según protocolo SIOP CNS GCT II; con radioterapia posterior). Actualmente el paciente se encuentra estable.

Conclusiones: El TSE es una neoplasia de células germinales poco habitual que puede darse ocasionalmente extragonadal, fundamentalmente en línea media, siendo las localizaciones más frecuentes en SNC la región supraselar y la pineal. Este caso nos demuestra que deberíamos de tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones fuera de línea media. Suele diagnosticarse en la segunda década de la vida y la alfa-fetoproteína es un marcador relacionado con el volumen tumoral. Presenta generalmente mal pronóstico a pesar de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

P077 CRANEOTOMÍA EN PACIENTE DESPIERTO: TÉCNICA ASLEEP-AWAKE-ASLEEP

Tamara Cao Cardero, Pedro Pérez Borredá,
Pablo Sanromán Álvarez, José María Gallego Sánchez,
Ricardo Prat Acín y Carlos Botella Asunción

Hospital Universitari i Politènic La Fe, Valencia.

Objetivos: La craneotomía con despertar y mapeo cortical intraoperatorios, se considera el gold standard para identificar áreas elocuentes y lograr una resección máxima de tumores localizados en/o adyacentes a las mismas, preservando a su vez funciones neurológicas y condicionando un mejor pronóstico. Nuestro objetivo con este trabajo es describir dicha técnica como se desarrolla habitualmente en nuestro centro, de acuerdo con el estado actual del conocimiento.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 57 años, sin antecedentes de interés que debuta con crisis tónico-clónica generalizada e hipoestesia en extremidad superior derecha. Las pruebas de imagen evidencian una lesión cortico-subcortical frontoparietal izquierda, compatible con glioma de alto grado. Dada la elocuencia de la localización y las características lesionales, se decide llevar a cabo la cirugía con paciente despierto. Durante la vigilia intraoperatoria y tras mapeo cortical de áreas nominativas y motora, se realiza la exéresis bajo monitorización neuropsicológica continua, motora y del lenguaje, apreciándose alteración nominativa al disecar la zona más anteroinferior, por lo que se efectúa allí una resección más limitada.

Resultados: En la valoración neuropsicológica postoperatoria únicamente se constataron fallos nominativos esporádicos y una moderada disminución de la fluencia verbal bajo consigna fonética, ambos déficits en mejoría progresiva tras rehabilitación logopédica. Persistía mínima hipoestesia residual en mano derecha. La RM de control precoz mostró resección macroscópica completa, sin captaciones cavitarias sugestivas de resto macroscópico visible. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de glioblastoma multiforme y se completó el tratamiento oncológico con radioterapia fraccionada y temozolamida adyuvante (protocolo Stupp).

Conclusiones: La importancia de la cirugía exéretica en paciente despierto, con estimulación cortical intraoperatoria, radica en su capacidad de integrar una resección tumoral máxima con la preservación de áreas elocuentes adyacentes.

P078 MELANOCITOMA MENÍNGEO CON COMPORTAMIENTO HISTOLÓGICO AGRESIVO

José Antonio Gutiérrez Cierco, Rodrigo Carrasco Moro,
Luis Mariano Aurelio Rojas Medina, Héctor Piam
y Federico Abreu Calderón

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivos: Los melanocitomas son tumores pigmentarios que raramente afectan las leptomeninges, forman parte del grupo de lesiones melanocíticas en conjunto con la melanocitosis difusa, melanomatosis y melanoma maligno. Son considerados lesiones benignas por la OMS. Sin embargo, resulta necesario un estudio en profundidad de su comportamiento biológico, ya que a menudo éste se define en la literatura científica como altamente variable e impredecible.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de melanocitomaleptomeningeo espinal que experi-

mentó múltiples recurrencias y, finalmente, una transformación maligna a melanoma con diseminación leptomenígea y hematogena, tras un periodo de seguimiento de 16 años. Realizamos una búsqueda sistemática de los casos similares de melanocitoma del sistema nervioso central con transformación maligna descritos en la literatura científica.

Resultados: Los melanocitomas menígeos son lesiones poco frecuentes (1:10.000.000/año) que pueden aparecer a lo largo del todo el neuroeje, siendo su localización más frecuente a nivel de la fosa posterior y espinal. En este caso, suelen presentarse como tumores intradurales-extramédulares de alta señal en la secuencia T1 de la IRM. Desde su descripción en 1972, se han descrito menos de 15 casos de melanocitomaleptomeningeo con progresión maligna a melanoma y actualmente no se han identificado factores histológicos o radiológicos que permitan predecir el comportamiento biológico de esta entidad. La expectativa de vida en este tipo de tumores es inferior a los 15 años de supervivencia.

Conclusiones: Ante un diagnóstico de sospecha de melanocitomaleptomeningeo, debe plantearse un tratamiento inicial lo más radical posible y, una vez efectuado, plantear un plan de seguimiento estrecho con neuroimagen de cara a detectar posibles recidivas y/ o cambios en su comportamiento biológico.

P079 ANOMALÍA DEL DESARROLLO VENOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA NEOPLASIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Fabio Guerra, Juan Solivera, Sara Khalil y Jesús Lozano

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Proponemos considerar el diagnóstico de las ADV como uno de los diagnósticos diferenciales en el estudio adecuado de las neoplasias del SNC.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 37 años con crisis parciales complejas. En el estudio de RNM inicial se aprecia una lesión hiperintensa en FLAIR, que afecta el lóbulo temporal derecho engrosando el tejido cerebral adyacente y el hipocampo. Aumento de la perfusión y un comportamiento espectroscópico habitual de una lesión glial de bajo grado. Con la impresión diagnóstica de una neoplasia de probable estirpe glial se programa la intervención quirúrgica con la intención de realizar una craniectomía temporal derecha más resección de proceso expansivo. Durante la planificación de la intervención con las reconstrucciones tridimensionales en el neuronavegador y la fusión de todos los estudios realizados, se evidencia la presencia claramente de una ADV (Caput medusae) en el seno de la supuesta tumoración, por lo que tras la revisión bibliográfica se decide contemporizar el manejo con al menos un estudio de imagen de RNM pasados tres meses y un manejo médico. En el estudio de RNM tres meses posteriores se aprecia una marcada disminución de la intensidad de señal localizada en la región medial del lóbulo temporal.

Discusión: 1. El enfoque inicial de este tipo de patología debería ser completado en todos los casos con al menos un estudio de imagen que valore adecuadamente las estructuras vasculares adyacentes a la lesión, idealmente una angiografía. 2. El uso de reconstrucciones tridimensionales con los elementos tecnológicos disponibles hoy en día en casi todos los centros hospitalarios en el país facilita el adecuado estudio de estos casos permitiendo así no someter a estos pacientes a procedimientos neuroquirúrgicos que conllevan riesgos importantes.

P080 ASTROCITOMA PILOMIXOIDE HIPOTALÁMICO EN PACIENTE DE 67 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Remedios López Serrano¹, Anna Lo Presti¹, A.L. Suárez², Pablo de Andrés¹, J. Fortes² y Julio Albisua¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El astrocitoma pilomixóide fue descrito en 1999 como entidad separada del astrocitoma pilocítico. A diferencia de este último, esta variante se caracteriza por una mayor agresividad y tendencia a la diseminación leptomeníngea. Su localización más frecuente es la región hipotalámico/quiasmática y afecta a pacientes pediátricos con una edad media de 10 meses.

Material y métodos: Estudio de un caso intervenido en nuestro centro y revisión de la literatura.

Resultados: Se presenta el caso de paciente mujer de 67 años que acude a consulta por hallazgo incidental en RM craneal de control que evidencia lesión extraaxial supraselar que engloba carótida izquierda y M1 izquierda sugerente de posible craneofaringioma. La enferma refiere cefalea y sensación de pérdida visual progresiva. Por otro lado, somnolencia diurna durante realización de tareas. Se realiza craneotomía pterional y resección parcial debido a importante componente hipotalámico de lesión. En estudio anatomopatológico definitivo se confirma astrocitoma pilomixóide Grado II de OMS con Ki-67/MIB-1 de 4%. La paciente evoluciona satisfactoriamente tras intervención, sin presentar nuevos déficits neurológicos tras lo que es dada del alta a domicilio. Tras diagnóstico, se realiza RM de raquis y citología descartándose diseminación leptomeníngea. Teniendo en cuenta la edad de la paciente y la pérdida previa de campo visual OI, se decide realizar tratamiento complementario de resto tumoral con radioterapia.

Conclusiones: Según las series publicadas, el astrocitoma pilomixóide constituiría el 10% de los astrocitomas previamente denominados como pilocítico. Se han descrito casos aislados en la edad adulta existiendo un único caso previamente publicado en paciente anciano. La localización, edad a la cirugía, extensión de resección han sido identificados como factores pronósticos. Se recomienda la identificación de mutación KIAA1549: BRAF aunque el impacto pronóstico todavía no está cuantificado. En pacientes añosos no existe protocolo terapéutico claro debido a la ausencia de series de casos en la actualidad.

P081 ANGIOLEIOMIOMA INFRATENTORIAL

Juan Delgado Fernández, Juan Ramón Penanes Cuesta, Cristina Torres, Carlos Humberto Gordillo Vélez, Rafael Manzanares y Rafael García de Sola

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Los angioleiomiomas (ALM) son lesiones musculares de partes blandas con un importante componente vascular frecuentemente localizado en miembros inferiores. Los angioleiomiomas intracraneales son extremadamente raros, habiéndose descrito en la literatura veintidós casos, siendo únicamente tres de ellos infratentoriales. El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso de angioleiomioma infratentorial tratado en nuestro Servicio.

Material y métodos: Varón de 43 años que en estudio por hipocausia presenta una lesión incidental en fosa posterior. El estudio de resonancia magnética (RM) identificó una lesión extraxial (14,7 × 13,5 × 14,4 mm) en relación con el seno transverso derecho. La lesión era isointensa en T1 e hiperintensa en T2 con un aumento del coeficiente de difusión aparente (ADC), una dismi-

nución generalizada de los metabolitos en la espectroscopia y un realce tardío, progresivo y homogéneo tras la administración de contraste. Tras tres años de seguimiento con control de RM se observó un crecimiento progresivo (1,1 mm/año) por lo que se propuso el tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realizó una craneotomía suboccipital paramediana y resección microquirúrgica de la lesión. Se observó una tumoración blanda, y bien vascularizada, sugestiva de meningioma implantado en el tentorio realizándose una resección total de la misma. Tras la cirugía el paciente presentó una evolución satisfactoria descartándose la presencia de restos tumorales o recidiva en el control posquirúrgico de RM a los siete meses. El estudio de anatomía patológica evidenció una tumoración formada principalmente por vasos sanguíneos rodeados por células fusiformes positivas para marcadores musculares (actina y caldesmón). Estos resultados fueron compatibles con ALM grado I de OMS.

Conclusiones: Los ALM intracraneales son lesiones poco frecuentes que presentan un buen resultado funcional tras la cirugía. Éstos suelen aparecer en relación con la duramadre y sus características radiológicas pueden ayudarnos en el diagnóstico diferencial, aunque el diagnóstico definitivo es siempre histológico.

P082 NUEVAS TERAPIAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS GLIOMAS MALIGNOS: EL PAPEL DE LA ENDOCRINOLOGÍA Y LA DIETA CETOGÉNICA

Ariadna Soto Guzmán, Héctor González Ojellón, Francisco Arteaga Romero, Dailos Rodríguez Betancor, Maximino González Ojellón, Juan Christian Ribas Nijkerk, Daniel Rodríguez Pons y Osmany Morales Sabina

Hospital Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

Objetivos: El glioblastoma multiforme es el cáncer cerebral más letal con solo un 12% de pacientes con supervivencia superior a los 36 meses. La velocidad de progresión y la incidencia son variables e impredecibles. El glioblastoma presenta celularidad y mutaciones muy heterogéneas que pueden reducir la eficacia de los tratamientos adyuvantes habituales (radioterapia y temozolamida). Diversos estudios recientes demuestran, que elevados niveles de glucosa en sangre aumentan la velocidad de progresión y el daño a la materia blanca de los pacientes que reciben radioterapia. Pero un cambio en la dieta de estos pacientes, con la colaboración del servicio de Endocrinología para crear una dieta cetogénica dirigida a potenciar el efecto antitumoral de la quimioterapia y la radioterapia.

Material y métodos: Se trata de estudio prospectivo que se iniciará en 2015, gracias a un protocolo propuesto por el Barrows Neurological Institute en colaboración que se extenderá a la mayoría de hospitales de Estados Unidos y diversos de Europa.

Resultados: En modelos animales y diversos estudios piloto en humanos se ha visto que dicha dieta disminuye la tasa de crecimiento tumoral y angiogénesis, pero todavía no se ha establecido su eficacia ni grado de recomendación. Por lo que en esta comunicación, se discutirá la eficacia de la alteración metabólica con la ayuda de los servicios de Nutrición para el tratamiento de tumores cerebrales malignos.

Conclusiones: Demostrar en un estudio prospectivo con la ayuda de equipos de Endocrinología, la dieta cetogénica (baja en carbohidratos y rica en grasas y proteínas) es antiangiogénica y anti-inflamatoria y podría tener efecto antitumoral al reducir el microambiente propicio para el crecimiento tumoral y aumentar la posibilidad del tratamiento adyuvante, mejorando así la supervivencia a largo plazo de los paciente afectos.

P083 TUMOR NEUROEPITELIAL DISEMBRIOPLÁSICO SIMULANDO QUISTE COLOIDE INTRASEPTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Remedios López Serrano¹, Marta Ramírez¹, Laura Sáinz¹,
I. Cornejo², J. Fortes² y Julio Albisua¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica,
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El tumor neuroepitelial disembríoplásico constituye el 0,8-5% de todos los tumores primarios de SNC. Se localiza principalmente en regiones corticales de lóbulo temporal y frontal cursando frecuentemente con clínica de crisis parcial compleja. Su localización en Septum pellucidum es excepcional y en el caso descrito a continuación, plantea el diagnóstico diferencial radiológico con quiste coloide intraseptal.

Material y métodos: Estudio de un caso intervenido en nuestro centro y revisión de la literatura.

Resultados: Se presenta el caso de una paciente mujer de 31 años que acude a Urgencias por cefalea y disminución de nivel de conciencia. Se realiza RM craneal que evidencia lesión quística intraseptal de 18 mm con contornos bien definidos, sin captación de contraste, que produce separación de las cruras de fórnix y se encuentra en íntima relación con techo de III ventrículo y venas cerebrales internas condicionando hidrocefalia obstructiva con edema transependimario por obstrucción de ambos forámenes de Monroe. Con diagnóstico radiológico de quiste coloide intraseptal como primera posibilidad, se realiza abordaje interhemisférico transcalloso anterior y resección macroscópicamente completa de lesión. La enferma es dada de alta a domicilio sin nuevos déficits postoperatorios. En estudio anatómo-patológico confirma tumor neuroepitelial disembríoplásico.

Conclusiones: El tumor neuroepitelial disembríoplásico, en raras ocasiones, puede afectar a ganglios basales, regiones periventriculares y tronco del encéfalo. En nuestro caso, la morfología quística y puramente intraseptal de la lesión hizo que el diagnóstico radiológico inicial fuese de quiste coloide. El DNET intraseptal sin extensión a otras estructuras periventriculares es altamente excepcional. En el caso de este tipo de lesiones, es crítico el diagnóstico diferencial anatómo-patológico con el neurocitoma central, dado que en el caso del tumor neuroepitelial disembríoplásico, el papel de la resección quirúrgica es fundamental, evitando la morbilidad derivada del tratamiento radioterápico.

P084 SUPERVIVENCIA PROLONGADA EN GLIOBLASTOMAS. ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS, PRONÓSTICOS Y DE CALIDAD DE VIDA Y ESTUDIO FENOMENOLÓGICO-INTERPRETATIVO PROSPECTIVO

Olga Mateo Sierra¹, Juan Carlos Clemente² y José Lázaro²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

²Universidad Autónoma de Madrid.

Objetivos: Recientemente se ha incrementado la supervivencia en tumores tradicionalmente incurables (páncreas, pulmón, glioblastoma (GBM)), sin conocerse cómo es esta supervivencia prolongada. Nuestro objetivo es analizar los factores que permiten una mayor supervivencia en gliomas malignos, y analizar cómo es esta, en concreto en los GBM, desde un abordaje mixto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y prospectivo (2011-2014). Fase 1: retrospectivo (2011-2013) de pacientes con gliomas III/IV adultos. Análisis de supervivencia (Kaplan-Meier, test uni/multivariante), $p < 0,05$. Fase 2: en este grupo, selección de

GBM que sobreviven al tratamiento de Stupp (8 m), con análisis de ECOG cada 3 m para valorar situación clínica. Fase 3: prospectivo (2014) en casos de supervivencia > 8 m, mediante entrevistas a pacientes con capacidad para colaborar y consentimiento. Análisis fenomenológico-interpretativo.

Resultados: Fase 1: 93 pacientes, edad media 58 años, grado IV 72%. Cirugía en 71%, con resección total (100%) en 48,5%, y tratamiento oncológico completo en 62,8% del total. Control temporal en 48,4%, y sin progresión 7,5%, tras seguimiento de 17 m (0,2-58). Mediana de supervivencia 14,1 m (8,6-18,4) asociada a: edad, lado, histología ($p < 0,05$); resección total y Stupp completo ($p < 0,001$) Fase 2: 25 GBM (3 vivos > 28 m), con mediana de supervivencia 25 m (19-29), que mantienen PS0-1 durante 19 m (14-28). Fase 3: De 24 casos, 8 pacientes sobreviven > 8 m y mantienen capacidad. Deterioro en 4. Análisis en 4: vivencia fundamental al comienzo, cambio en sentido de identidad y mapa vital, negociación límite de posibilidad de muerte, información técnica más que pronóstica, impacto especial de quimioterapia, y familiar directo como guía en decisiones.

Conclusiones: La supervivencia en esta serie es similar a la publicada. Los GBM que sobreviven > 8 m mantienen una buena funcionalidad (ECOG) durante más del 75% de su supervivencia. La vivencia de enfermedad, tratamientos, cambio de identidad y los flujos de información son diferentes a otros cánceres.

P085 EMBOLIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE MENINGIOMAS INTRACRANEALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Francisco Arteaga Romero, Néstor Castro González,
Héctor Santana Ojeda, Osmany Morales Sabina,
Yeray Aguilar Tejedor, Daniel Rodríguez Pons
y Juan Cristian Ribas Nijkerk

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas
de Gran Canaria.

Objetivos: Las técnicas endovasculares han experimentado un gran desarrollo en los últimos tiempos, particularmente, se ha incrementado el uso de la embolización prequirúrgica. Sin embargo, existe gran controversia en cuanto a manejo e indicaciones. El objetivo de este trabajo es aportar nuestra experiencia con esta técnica en el manejo de meningiomas intracraniales.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de estudios imagenológicos preoperatorios y resultados de las embolizaciones prequirúrgicas sobre la técnica quirúrgica. Se estudió edad, sexo, referencias, tiempo a cirugía, localización, grado de resección, complicaciones postembolización e intraoperatorias, y estancia hospitalaria.

Resultados: Fueron estudiados un total de 6 casos entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, todos ellos con diagnóstico de meningioma intracranial. La media de edad fue 53 años con rango de 33-63 años. Ratio mujer/hombre 4/2 y una media de tiempo a cirugía de 2,67 días. La ACE estuvo involucrada en todos los casos y era la única referencia en un 33,3%. En un 66,67% existían ramas simultáneas de ACE y ACI. El 50% de los casos eran meningiomas de la base de cráneo mientras que el 50% restante eran de localización parasagital. Se logró una resección total Simpson I en el 83,33% de los casos. No se registraron complicaciones relacionadas con el procedimiento endovascular, logrando significativa mejoría en tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio y estancia hospitalaria.

Conclusiones: La colaboración entre los servicios de Neurocirugía y Radiología Vasculosa e Intervencionista en nuestro centro representa una alternativa efectiva y eficiente en el manejo de esta patología.

P086
TUMOR GLIONEURONAL FORMADOR DE ROSETAS:
PRESENTACIÓN DE UN CASO CON EXTENSIÓN
LEPTOMENÍNGEA

Marta Ordóñez, Mónica Rivero, Yamin Chocrón, Eloy Rivas, Magdalena Olivares y Santiago Rocha

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El tumor glioneuronal formador de rosetas (TGFR) es un tumor de muy baja incidencia, aunque se desconoce con exactitud debido a que existe poca experiencia clínica al respecto, y las publicaciones sobre él se basan en casos únicos o en series de pocos casos. Descrito como un tumor benigno y de grado histológico I, existen sin embargo algunos casos en la literatura de TGFR que presentan al diagnóstico una serie de características clínicas compatibles con un comportamiento agresivo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un niño de 11 años con historia de estrabismo convergente de ojo derecho de 4-5 días de evolución. Los estudios de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) objetivaron una masa en IV ventrículo con hidrocefalia obstructiva, junto con pequeña lesión hipercaptante en cola de caballo.

Resultados: El paciente fue intervenido de la lesión craneal a través de craneotomía suboccipital y abordaje telovelar, realizándose resección subtotal y quedando resto en región bulbar, que no se pudo reseccionar por producirse alteraciones del ritmo cardíaco que obligaron a detener la intervención. El resultado del análisis anatomopatológico fue de TGFR grado I de la WHO sin atipias celulares, por lo que decidimos no realizar tratamiento oncológico adyuvante. En RM de control a los 6 meses, estabilidad del resto intracraneal y lesión de cola de caballo.

Conclusiones: A pesar de ser un tumor de comportamiento generalmente benigno, existen casos descritos de enfermedad multicéntrica y recidivas. Dada la poca experiencia que existe, no se ha establecido la utilidad de un tratamiento adyuvante en estos casos, así como de un estudio de extensión.

P087
METÁSTASIS ÓSEA DE CRÁNEO CON COMPONENTE
INTRA Y EXTRAAXIAL DE TUMOR ESTROMAL
GASTROINTESTINAL

Omar Félix Valladolid Prado, Carlos Rodríguez Arias, Estefanía Utiel Monsálvez y Beatriz Peláez Lorenzo

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Describir presentación clínica, imágenes características, diagnóstico y tratamiento de un caso de metástasis ósea de cráneo de tumor estromal gastrointestinal (GIST).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de datos clínicos de mujer de 63 años diagnosticada de metástasis ósea de cráneo de tumor de GIST.

Resultados: Mujer de 63 años con antecedente de tumor de GIST mesentérico intervenido en 2009 y 2012 con metástasis hepáticas en tratamiento con imatinib, presenta 4 meses antes del ingreso tumoración en región frontal derecha que causaba dolor, lesión ha ido aumentando de tamaño, evidenciándose en resonancia magnética cerebral lesión frontal derecha con infiltración ósea local, con componente extracraneal, subgaleal, e intracraneal muy vascularizada, por lo que se realiza biopsia transcutánea con Anatomía Patológica informada como metástasis de tumor de GIST. Paciente sin sintomatología neurológica. Se realiza resección completa de masa intraósea con componente extraóseo que respeta piel y componente intraóseo epidu-

ral con infiltración dural. Paciente cursa sin complicaciones ni focalidad neurológica.

Conclusiones: El tumor de GIST es raro a pesar de ser la tumoración mesenquimal más común en el tracto gastrointestinal y su presentación clínica es muy variable, siendo el estómago la localización más habitual. La mayoría de GIST son benignos con 20 a 30% de malignidad. La supervivencia de GIST maligno a los 5 años está entre 35% y 65% y depende del tamaño de la tumoración primaria, índice mitótico y localización. El comportamiento maligno del GIST es valorado por la invasión adyacente de estructuras y metástasis a distancia. El gold estándar para el tratamiento es la resección quirúrgica y el tratamiento para tumoración irresecables, recurrentes o metastásicas es imatinib.

P088
PSEUDOTUMOR CALCIFICANTE DEL NEUROEJE
(CALCIFYING PSEUDONEOPLASM
OF THE NEUROAXIS, 'CAPNON'): A PROPÓSITO
DE UN CASO

Patricia Barrio Fernández¹, Javier Pérez Suárez¹, Beatriz Castañón Fernández², Jesús Javier Fernández Fernández¹ y Teresa Ribas Ariño²

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de León.

Objetivos: El pseudotumor calcificante del neuroeje constituye una entidad rara, no neoplásica, caracterizada por la presencia de calcificaciones groseras en cualquier punto del sistema nervioso central. Nuestro objetivo es repasar sus características clínicas, radiológicas e histológicas a raíz de la presentación de un caso.

Material y métodos: Revisión detallada de la historia clínica y las pruebas de imagen del caso presentado y de la literatura relevante. Mujer de 32 años, con antecedentes de migrañas, hipertensión y preeclampsia. Acude a Urgencias por episodio de mareo y movimientos tónico-clónicos en extremidad superior derecha, con periodo post-crítico asociado, sin focalidades neurológicas en la exploración. Refiere episodios similares puntuales en el último año.

Resultados: La tomografía computarizada objetiva una calcificación grosera con imagen quística asociada en región parasagital frontal izquierda, con mínimo edema vasogénico asociado. La resonancia magnética confirma la composición heterogénea de la lesión, presentando realce del componente sólido tras la administración de contraste, todo ello sugestivo de 'DNET' u oligodendroglioma. Se realiza intervención quirúrgica con monitorización neurofisiológica intraoperatoria, sin incidencias. En el post-operatorio presenta una hemiparesia derecha (balance motor global 1/5), con recuperación completa tras corticoterapia y rehabilitación. El estudio anatomopatológico es diagnóstico de pseudotumor calcificante del neuroeje, con gliosis y calcificaciones psammomas, sin observarse atipias ni mitosis. El estudio del IDH1 resultó negativo. El control de imagen realizado 6 meses después objetiva la resección completa de la lesión, sin signos de recidiva.

Conclusiones: La 'CAPNON' tiene una etiología desconocida, presumiblemente de naturaleza reactiva. Con 47 casos descritos en la literatura, las crisis comiciales y el dolor son las manifestaciones clínicas más frecuentes, según se localice a nivel craneal o espinal. Las calcificaciones groseras constituyen su característica radiológica principal, obligando al diagnóstico diferencial con tumores calcificantes o lesiones vasculares calcificadas. El tratamiento quirúrgico es de elección si la lesión crece o produce sintomatología.

P089
METÁSTASIS DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO ESPINAL

Augusto Lantier, Adolfo de la Lama y Concepción Fiaño

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: Presentación de un caso de metástasis de carcinoma endocrino a nivel espinal.

Métodos: Paciente con antecedente de carcinoma de páncreas intervenido 10 años antes, con clínica de paraparesia no espástica de predominio derecho. En pruebas de imagen y en intervención quirúrgica se objetiva tumor intradural dependiente filum/raíz nerviosa de cola de caballo.

Resultados: Metástasis de carcinoma neuroendocrino. Mejoría del déficit neurológico tras la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Se presenta el caso dada su rareza y como diagnóstico diferencial a tener en cuenta en lesiones a este nivel.

P090
ANGIOSARCOMA EPITELIAL INTRACRANEAL PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Eric Pino González, José Luis Narros Giménez, Ignacio Martín Schrader, Eloy Rivas, Marta Ordóñez, Magdalena Olivares, Santiago Rocha y Francisco Javier Márquez Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentación de un caso de un angiosarcoma epitelial intracraneal primario en un varón de 16 años.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 16 años sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor en región occipital de carácter pulsátil de una semana de evolución asociado a mareos, náuseas y vómitos. Presenta además dificultad para la marcha por sensación de inestabilidad. No presenta fiebre. La tomografía cerebral y las imágenes por resonancia magnética muestran un tumor extraxial, heterogéneo de 4 cm de diámetro máximo con erosión ósea y crecimiento hacia el margen posterosuperior de la mastoides izquierda con trombosis del seno sigmoideo y de la porción más distal de la vena de Labbé que están infiltrados. Se realiza una resección macroscópica completa del contenido intracraneal y de la parte ósea erosionada, previa colocación de derivación ventricular externa que se retira a los pocos días de la cirugía. El estudio histológico muestra un pleomorfismo celular, necrosis, un elevado número de mitosis, y un inmunofenotipo vascular (vimentina+/CD31+) que es compatible con un angiosarcoma. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a los pocos días sin complicaciones; con un estudio de imágenes que demuestra la resección completa. El paciente es enviado al servicio de oncología para su seguimiento.

Discusión: Presentamos un caso de un paciente de 16 años con una lesión de fosa posterior tratado con cirugía radical en primera instancia y que el diagnóstico corresponde a un angiosarcoma epitelial intracraneal primario. Este tipo de tumores son extremadamente raros a nivel intracraneal con menos de 30 casos publicados hasta 2014; siendo más frecuente en partes blandas.

P091
TUMOR GLIONEURONAL FORMADOR DE ROSETAS DEL IV VENTRÍCULO: CASE REPORT

Luis Manuel Riveiro Vicente, Juan Antonio Álvarez Salgado, Igor Paredes Sansinenea, Ana Cabada Río, José María Belinchón de Diego, Jorge Javier Villaseñor Ledezma, Ángel Rodríguez de Lope Llorca y Manuel Aмосa Delgado

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente que presenta un tumor glioneuronal formador de rosetas del IV ventrículo.

Material y métodos: Paciente de 29 años de edad que presenta un cuadro clínico consistente en sensación vertiginosa de meses de evolución que se acompaña finalmente de cefalea, vómitos y paresia del III, VI par y facial central derechos. En los estudios de imagen se observa una lesión a nivel del IV ventrículo con datos de hidrocefalia secundaria. Se somete a una intervención quirúrgica realizándose un abordaje telovelar al IV ventrículo y exéresis de la lesión adherida al suelo del IV ventrículo y recesos laterales. Los controles de RMN postoperatorios no demuestran la evidencia de restos tumorales.

Resultados: Durante el postoperatorio la paciente experimenta una desconjugación de la mirada con diplopía binocular y paresia del III y VI par derecho. Progresivamente recupera dicha focalidad neurológica, permaneciendo asintomática en la actualidad. El estudio histopatológico pone de manifiesto una lesión con escaso índice de proliferación celular y que presenta formaciones rosetoides alternando con áreas que recuerdan al astrocitoma pilocítico. El diagnóstico es de tumor glioneuronal formador de rosetas del IV ventrículo.

Conclusiones: El tumor glioneuronal formador de rosetas del IV ventrículo ha sido caracterizado recientemente (OMS, 2007). Existen pocos casos reportados en la literatura. Radiológicamente, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólido-quísticas de la fosa posterior e histológicamente del astrocitoma pilocítico, tumor neuroepitelial disembrionárico, oligodendroglioma y neurocitoma. El tratamiento es la resección quirúrgica sin radioterapia. El tumor tiene buen pronóstico con cierta morbilidad posquirúrgica.

P092
EPENDIMOMA INTRAXIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Cotúa Quintero, Avelino Parajón Díaz, Juan Manuel Revuelta Barbero, Anwar Saab Mazzei, Ángela Carrascosa Granada y José García Uría

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Los ependimomas son una patología tumoral frecuente de edad pediátrica y de localización infratentorial y espinal. Estos constituyen solo un 2% de tumores intracraneales en adultos, siendo su localización más frecuente a nivel infratentorial hasta en un 70% de los casos. Su localización intraparenquimatoso, supratentorial, solo se observa en un 6% de los pacientes con ependimomas intracraneales. Por ende, estos continúan siendo un desafío, tanto para su diagnóstico, como para su tratamiento. Presentamos un caso de ependimoma intraparenquimatoso temporal izquierdo con tratamiento quirúrgico, sin recidiva a mediano plazo.

Material y métodos: Paciente varón de 30 años de edad quien debuta con episodio de afasia sensitiva autolimitada, acompañado de náuseas, fotofobia y cefalea hemicraneal izquierdo per-

sistente, atenuado levemente con tratamiento analgésico, manejado como aura migrañosa por servicio de neurología. En TC de cráneo se observa probable cavernoma temporal izquierdo. Se realiza RMN craneal, que reporta lesión ocupante de espacio temporal izquierda sugerente de ganglioglioma, por lo que se remitió a servicio de neurocirugía.

Resultados: Intervenido quirúrgicamente se realiza craneotomía temporal izquierda con exéresis en bloque del tumor, en RMN craneal posquirúrgica precoz, se evidencia resto tumoral, por lo que se decide reintervenir, logrando una resección completa. El estudio anatomopatológico informa ependimoma Grado II de la OMS. Se realiza estudio de extensión espinal con RMN, que descarta lesiones de extensión. En seguimientos posteriores con RMN craneal, no se evidencia recidiva de tumoración a 26 meses de cirugía.

Conclusiones: Los ependimomas intraparenquimatosos supratentoriales en adultos son una patología inusual, que pueden prestarse a confusión durante el proceso diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. Debe realizarse seguimiento con RMN periódicas del neuroeje, ante la posibilidad de recidiva y siembras a distancia.

P093

CARCINOMA NEUROENDOCRINO BIEN DIFERENCIADO PRIMARIO DE FILUM TERMINALE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Juan Manuel Revuelta Barbero¹, Anwar Saab Mazzei¹, Laura de Reina¹, Eva Tejerina² y José García Uría¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con lesión neuroendocrina primaria bien diferenciada en el filum terminale a nivel L4L5.

Material y métodos: Paciente mujer de 68 años sin antecedentes de interés remitida por lumbociatalgia de meses de evolución de distribución L5 derecha. En la exploración no se objetivan déficit neurológico. Se realiza una RM lumbar objetivándose una lesión intradural-extramedular a nivel L4 y espacio L4-L5. Se realiza una laminectomía L3L4L5-laminotomía L2 y S1, objetivándose una lesión heterogénea en relación con filum terminal que es resecada parcialmente. Estudios posquirúrgicos: los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos permiten el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino bien diferenciado primario de filum terminale. Se valora por Oncología Médica y Radioterápica decidiéndose RTEF. Seguimiento posquirúrgico: no evidenciando progresión ni diseminación metastásica en RM al año.

Resultados: Los tumores neuroendocrinos son neoplasias heterogéneas derivadas predominantemente de cél enterocromafines. La quimioterapia tiene un rol muy limitado mientras que la radioterapia ha sido descrita en casos de tumores neuroendocrinos benignos parcialmente resecados. Es importante realizar estudios de extensión para descartar recurrencias y/o detectar metástasis carcinoides. También se recomienda valorar periódicamente los niveles de cromogranina A.

Conclusiones: A pesar de ser extremadamente raro su diagnóstico, los tumores neuroendocrinos primarios bien diferenciados deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial en las lesiones intradurales-extramedulares lumbosacras.

P094

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL MEDULOBLASTOMA DEL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniel Pascual Argente, Laura Ruiz Martín, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Juan Carlos Roa Montesdeoca, Mauricio Jaramillo Pimienta, Antonio David Miranda Zambrano y Pablo Sousa Casasnovas

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Considerar el tratamiento óptimo del meduloblastoma del adulto y ahondar en las controversias que existen sobre este tema, en especial sobre el papel de la quimioterapia. Dicha revisión se plantea a raíz de un caso que destaca por su avanzada edad al diagnóstico (70 años).

Material y métodos: Paciente de 70 años con cefalea, disartria e inestabilidad de 2 meses de evolución. En las pruebas de imagen presenta lesión hemisférica cerebelosa derecha sugestiva de malignidad. Se realiza resección macroscópicamente completa de la lesión con buena evolución postquirúrgica. No presenta lesiones satélites en la RM de neuroeje y la punción lumbar es negativa para células malignas. Se radian fosa posterior y neuroeje. Posteriormente se decide quimioterapia con carboplatino/etopósido debido a la mala histología de la lesión y a la presencia de un resto/recidiva tumoral en la TC a los 2 meses de la intervención.

Resultados: Después de una buena evolución inicial el paciente presenta deterioro del estado general tras la radioterapia, que finalmente supera. Debido a la mala histología y a la presencia de un resto/recidiva tumoral adyacente al 4º ventrículo se decide quimioterapia. El paciente fallece por complicaciones derivadas del primer ciclo de tratamiento.

Conclusiones: La quimioterapia tiene un papel destacado en el tratamiento complementario en niños debido a las limitaciones de la radioterapia en el paciente pediátrico. En general, debido a la escasa prevalencia del meduloblastoma del adulto, se extrapolan los esquemas terapéuticos pediátricos, teniendo sin embargo más peso la radioterapia en los adultos. Existen partidarios y detractores del uso sistemático de la quimioterapia en el meduloblastoma del adulto. Sin embargo existe una tendencia mayoritaria a tratar con quimioterapia los pacientes con histologías de alto riesgo, como es el caso que nos ocupa. Aunque este paciente falleciera por una complicación del tratamiento quimioterápico, éste estaba probablemente indicado.

P095

METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA PAPILAR DE ENDOMETRIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antonio David Miranda Zambrano, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Laura Ruiz Martín, Mauricio Jaramillo Pimienta, Daniel Pascual Argente, Juan Carlos Roa Montes de Oca, Carlos Bautista Jiménez y Pablo Sousa Casasnovas

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Presentamos el caso de una metástasis de adenocarcinoma papilar de endometrio, existiendo dos casos descritos en la literatura.

Material y métodos: Mujer de 78 años con antecedentes de histerectomía con doble anexectomía por adenocarcinoma papilar de endometrio y posterior radioterapia, que presenta cuadro de hemiparesia izquierda de predominio braquial de tres semanas de evolución. Se realiza TC y RM cerebral, donde se observa lesión intraaxial parietooccipital derecha de unos 4 cm de diáme-

tro, con componente quístico y edema perilesional, que tras capta contraste de manera heterogénea. Por ello se lleva a cabo craneotomía parietooccipital derecha y exéresis macroscópicamente completa. Posteriormente se realizó tratamiento radioterápico. Tras seis meses, la paciente está asintomático y no presenta signos de recidiva. El diagnóstico anatomopatológico es metástasis de adenocarcinoma papilar de endometrio de alto grado de malignidad.

Resultados: Los adenocarcinomas papilares de endometrio son menos del 10% de todos los carcinomas de endometrio y la metástasis de estos son muy infrecuentes, siendo la vía de implantación hematológica. Clínica y radiológicamente, se presentan como cualquier otra lesión metastásica, y presentado una media de intervalo libre de enfermedad de 17 meses. Su tratamiento es quirúrgico con posterior radioterapia y/o quimioterapia.

Conclusiones: El interés de este caso, es la infrecuencia de la metástasis de adenocarcinoma papilar de endometrio, existiendo sólo dos casos en la literatura. El pronóstico es pobre, dependiendo de la positividad para el HER2 (factor de crecimiento epidérmico 2) y el HR (receptor de expresión hormonal).

P096

GLIOBLASTOMA MULTIFORME CEREBELOSO: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Mauricio Jaramillo Pimienta, Daniel Pascual Argente, Laura Ruiz Martín, Antonio David Miranda Zambrano, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Juan Carlos Roa Montes de Oca y Pablo Sousa Casasnovas

Complejo Asistencial de Salamanca.

Objetivos: Presentamos 3 casos de glioblastoma multiforme de localización cerebelosa.

Material y métodos: Presentamos 3 pacientes, con edades comprendidas entre los 50 y los 80 años, que debutaron con clínica de síndrome cerebeloso, y diagnosticados, a través de TC craneal y RMN cerebral, de lesión expansiva hemisférica cerebelosa de origen tumoral, siendo el estudio de extensión con TC cervico-toraco-abdomino-pélvico negativo, tras lo cual se realizaron craniectomía suboccipital y exéresis tumoral.

Resultados: Tras la intervención quirúrgica, el diagnóstico de glioblastoma multiforme fue confirmado mediante estudio anatómico-patológico. Se continuó el tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: El glioblastoma multiforme cerebeloso primario es un tumor raro en adultos, y comprende sólo un 1% de los casos. Los pacientes típicamente presentan síntomas asociados al aumento de la presión intracraneana, siendo los más frecuentes: cefalea, náuseas, vómitos, y ataxia. Mareo, cervicalgia y alteración del nivel de conciencia también pueden estar presentes. La hemorragia cerebelosa hipertensiva puede ser la primera manifestación de un tumor subyacente de esta estirpe. La edad media de presentación son los 50 años. Las metástasis cerebelosas y el astrocitoma anaplásico son los diagnósticos diferenciales más comunes en un adulto. La conducta biológica de estos tumores es similar a los localizados supratentorialmente, aunque es posible que los hallados en pacientes más jóvenes tengan mejor pronóstico, así como los astrocitomas anaplásicos, presentando un tiempo de sobrevida más largo, siendo alrededor de 19 meses. El uso de radioterapia tras la resección quirúrgica radical es una modalidad de tratamiento bien conocida, aunque su extensión no está bien definida. La quimioterapia también debe ser instaurada. El tiempo medio de recidiva tumoral es de aproximadamente 5 meses, siendo local en la gran mayoría de los casos. La invasión del tronco encefálico es un factor pronós-

tico adverso, el cual se presenta en alrededor del 20% de los pacientes.

P097

GLIOSARCOMA SUPRATENTORIAL: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

Mauricio Jaramillo Pimienta, Laura Ruiz Martín, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Antonio David Miranda Zambrano, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Juan Carlos Roa Montes de Oca, Daniel Pascual Argente y Pablo Sousa Casasnovas

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Presentamos 4 casos de glioma de alto grado de localización supratentorial, variante gliosarcoma.

Material y métodos: Presentamos 4 pacientes, con edades comprendidas entre los 50 y los 75 años, con lesiones expansivas intracerebrales diagnosticadas por TC cerebral y RMN cerebral, 3 de ellas de localización en lóbulo temporal (2 derechos, 1 izquierdo) y 1 frontal parasagital derecha, siendo el estudio de extensión con TC cervico-toraco-abdomino-pélvico negativo, tras lo cual se realizó en cada caso craneotomía y exéresis tumoral.

Resultados: Tras la intervención quirúrgica, el diagnóstico de gliosarcoma fue confirmado mediante estudio anatómico-patológico. Se continuó el tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: El gliosarcoma es un tumor raro, de alto grado de malignidad, grado IV de la WHO, siendo una variante de glioblastoma, caracterizado por presentar un componente bifásico glial y mesenquimatoso. Más común en pacientes entre los 50 y 70 años, con una edad media al diagnóstico de 60 años, y una leve preponderancia por el género masculino. De localización predominantemente hemisférica, en pocas ocasiones puede ser visto en la fosa posterior y la médula espinal. En raras ocasiones intraventricular. Presenta una tendencia mayor a causar metástasis extracraneales (11%), vía hematogena. El curso de la enfermedad suele ser el de una lesión intracraneal rápidamente expansiva, con sintomatología asociada al aumento de la presión intracraneal, como cefalea y vómitos. Pueden coexistir con disfasia, hemiparesia, crisis comiciales, y deterioro en el nivel de conciencia. Presenta una duración corta de la sintomatología, así como un peor pronóstico con un promedio de 4 meses de sobrevida en pacientes no tratados, y entre 4 y 18,5 meses en los tratados. Los pacientes que reciben radioterapia posquirúrgica presentan mejoría en las tasas de supervivencia (10,6 meses vs 6,25 meses), aunque el rol de la quimioterapia no está bien determinado.

P098

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL DIFERIDA POST-BIOPSIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Manuel Tardáguila Serrano, Francisco Javier Gonçalves Ramírez, Belén Menéndez Osorio, Carlos Botella Campos, Josep Maria Cladellas Ponsa y Jordi Manuel-Rimbau Muñoz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Presentamos dos casos de biopsia cerebral con TC posprocedimiento inmediato anodino, y que tras más de 24h, sufren una hemorragia en la zona biopsiada.

Material y métodos: Revisamos la base de datos de nuestro servicio, identificando dos casos de hemorragia cerebral posbiopsia, pasadas 24h de la cirugía y con TC posprocedimiento inmediato que no objetiva complicaciones.

Resultados: Primer caso: paciente de 76 años, sin antecedentes de interés, remitido por afasia motora de 15 días de evolución. Mediante RM, se diagnostica de LOE parieto-temporal izquierda, sugestiva de glioma de alto grado. Se realizó biopsia cerebral mediante Varioguide, tomando 4 muestras de la zona de transición con el cerebro sano y 4 muestras en el núcleo de la lesión, confirmando el diagnóstico de glioma de alto grado. Se realizó TC de control inmediato sin objetivar complicaciones. Tras 3 días sin incidencias, el paciente inicia cefalea holocraneal, con disminución rápida y progresiva del nivel de consciencia. Se realiza nuevo TC que objetiva extenso hematoma subdural agudo de convexidad izquierda. La familia desestimó tratamiento quirúrgico, siendo exitus. Segundo caso: paciente de 82 años, sin antecedentes de interés, remitido por disartria de 15 días de evolución. Mediante RM, se diagnostica una LOE periventricular derecha, sugestiva de linfoma. Se realizó biopsia mediante Varioguide, siguiendo igual metodología, sin obtener diagnóstico concluyente. Se realizó TC de control inmediato sin objetivar complicaciones. Tras 15 días, reconsulta por empeoramiento de la clínica, objetivando en un TC craneal, hematoma parenquimatoso en la región biopsiada; tratada de forma conservadora sin incidencias.

Conclusiones: La biopsia cerebral es un procedimiento mínimamente invasivo y seguro. No obstante, no está exento de complicaciones, siendo la más frecuente la hemorragia. Es importante realizar un TC craneal dentro de las primeras 24h para descartar complicaciones.

P099

MELANOCITOMA MENÍNGEO MÚLTIPLE ASOCIADO A NEVUS DE OTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dennis Harold Céspedes Tórriz, Gerard Plans Ahicart, Sandra Ruth Lau Rodríguez, Aleix Rossello Gómez, Andreu Gabarrós Canals y Noemí Vidal Sarró

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Los melanocitomas son lesiones tumorales primarias pigmentadas del SNC, que surgen de los melanocitos de las leptomeninges. El nevus de Ota es una lesión dérmica de pigmentación azul, localizada en la piel y mucosa inervada por el nervio trigémino. Presentamos un caso de melanocitoma múltiple asociado a nevus de Ota.

Material y métodos: Paciente mujer de 22 años, con nevus de Ota cutáneo ocular derecho (biopsia compatible desde 2012), presenta cuadro caracterizado por cefalea súbita e intensa, asociada a vómitos que cede con tratamiento sintomático. Exploración neurológica normal. Se realiza RM cerebral donde se evidencia dos lesiones extra axiales en fosa posterior, una en la región tentorial derecho y otra en el APC derecho. Se asocian a depósito de hemosiderina en leptomeninges adyacentes, sugestiva de hemorragia. Se completa estudio con RM espinal y PET-TC, ambos negativos.

Resultados: Se realiza abordaje retrosigmoideo derecho, identificando tres lesiones extra axiales bien delimitadas, con implantación dural; dos lesiones hiperpigmentadas, una de ellas infra-centimétrica, y la tercera no pigmentada. Se realiza resección completa de las tres lesiones. El postoperatorio transcurre sin complicaciones, y la paciente es dada de alta al quinto día. El análisis anatomopatológico de las tres lesiones mostró alta celularidad sin figuras de mitosis, con gránulos de melanina, positividad para la proteína S-100 y el anticuerpo HBM-45, compatible con melanocitoma. Se realiza RM de control confirmando resección completa sin signos de recidiva. Paciente asintomática a los 4 meses de la intervención.

Conclusiones: El nevus de Ota y el melanocitoma comparten un mismo origen embriológico, procediendo ambos de la cresta

neural. La asociación de estas entidades es muy infrecuente contabilizando sólo ocho casos. El melanocitoma asienta habitualmente en la fosa posterior, cavum de Meckel y medula espinal cervical. En algunas ocasiones pueden tener una transformación maligna y/o recidivar; por este motivo es importante la resección quirúrgica completa y un seguimiento estrecho.

P100

GLIOMA MALIGNO DE LA VÍA ÓPTICA EN EL ADULTO. CASO CLÍNICO

Ruth Lau Rodríguez, Alberto Torres Díaz, Noemí Vidal, José Luis Sanmillán Blasco, Dennis Harold Céspedes Torrez, Aleix Rosselló Gómez, Alexandre de Vilalta y Andreu Gabarrós Canals

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar un caso infrecuente de glioma maligno de la vía óptica. Los gliomas del nervio y quiasma óptico suponen un 1% de todas las neoplasias del sistema nervioso central en el adulto, siendo la mayoría benignos. En la actualidad, hay menos de 50 casos recogidos de gliomas malignos del nervio óptico en la literatura.

Material y métodos: Varón de 71 años, con antecedentes de un nódulo pulmonar solitario de características benignas, inicia cuadro severo y rápidamente progresivo de pérdida de agudeza visual de dos meses de evolución que llega a amaurosis del ojo derecho y hemianopsia temporal del ojo izquierdo, sin otra clínica acompañante. Se realiza RMN en la que se evidencia una lesión de aspecto infiltrativo que afecta a la vía óptica, predominantemente el nervio óptico, quiasmas y cintilla óptica derechos. Muestra un intenso realce heterogéneo tras la administración de contraste y unos márgenes lobulados, sugestivos de glioma del nervio óptico. Ante la sospecha de tumor maligno de la vía óptica se realiza biopsia mediante una craneotomía pterional derecha, sin incidencias.

Resultados: A nivel intraoperatorio, se visualiza una lesión infiltrativa del quiasma y de ambos nervios ópticos, de aspecto engrosado y color grisáceo. El resultado de la anatomía patológica es de glioblastoma multiforme (IV, OMS). Actualmente, a 2 meses de la biopsia, el paciente se encuentra en tratamiento con radioterapia.

Conclusiones: Los gliomas malignos de la vía óptica constituyen una entidad extraña que deben ser considerados ante la pérdida de agudeza visual de curso rápido en personas de mediana y avanzada edad (diagnóstico diferencial con neuritis óptica o neuropatía óptica isquémica). El debulking tumoral y el tratamiento con radioterapia o quimioterapia han demostrado aumento de la esperanza de vida, si bien el pronóstico es malo.

P101

CIRUGÍA TUMORAL CEREBRAL Y TERCERA EDAD: ASPECTOS PARTICULARES E INDICACIONES

Alfonso Vázquez Míguez, Juan Carlos García Romero, Jorge Díaz Molina, Idoia Zazpe Genoz, Gorka Zabalo San Juan, Rodrigo Ortega Martínez, Javier Azcona Gonzaga y Eduardo Portillo Bringas

Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Se considera que la tercera edad se extiende a partir de los 65 años, siendo un criterio más sociológico que médico. A partir de esta edad la persona experimenta múltiples cambios en su esfera personal (psicosocial) y en su propio organismo (fisiopatológico). En pacientes que desarrollan patología tumoral cerebral a

partir de esta edad, deben tenerse en consideración ambos aspectos para ofrecerles una asistencia médica adecuada, por lo que es importante enfocar el tratamiento desde ambos puntos de vista, siendo la tarea fundamental del neurocirujano centrarse en la toma de decisiones sobre los recursos terapéuticos que tiene a su alcance y en qué circunstancias pueden ser empleadas de forma más adecuada, por lo tanto se debe tener en cuenta -Tipo de patología del paciente y el pronóstico vital de dicha patología. El estado general del paciente y las patologías concomitantes que pueda padecer. Los cambios fisiológicos que se producen a partir de la tercera edad. Los deseos del paciente y su familia en cuanto a las posibilidades que se le ofrecen. Por lo tanto es importante, antes de tomar decisiones, evaluar los riesgos de los tratamientos que ofrecemos, las dificultades técnicas que nos podemos encontrar en el acto quirúrgico y las complicaciones que pueden desarrollarse durante o tras el mismo. Al objetivo de establecer factores pronósticos, se han elaborado distintas escalas (Charlson, KPS, SKALE, RPA, GPA, GSS, CRG, CLASS, CGA, QOL,...), que son herramientas de gran utilidad para la toma de decisiones por parte de los neurocirujanos y otros especialistas. Se hace una revisión de estas escalas y su aplicación práctica con presentación de casos y evaluación de resultados en pacientes tratados de meningiomas, metástasis y tumores gliales.

P102 GLIOMA MALIGNO CON COMPONENTE PNET LIKE

Raquel Sánchez García, Jesús Riqué Dormido, Marta Calvo Alonso, Noemí Lomillos Prietos, Pilar Jerez Fernández y José Manuel del Pozo García

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Las neoplasias del sistema nervioso central que presentan características combinadas de glioma maligno (GM) y tumor primitivo neuroectodérmico (PNET) son raras, pobremente caracterizadas, y plantea un dilema para su diagnóstico y su tratamiento.

Material y métodos: Exponemos un caso de glioma maligno con componente PNET-like supratentorial, secundario a la progresión de un astrocitoma difuso previo. Se trata de un paciente varón de 31 años que tras estudio de crisis epilépticas, se objetivó en estudio de RM, una tumoración frontal izquierda. Se realizó resección quirúrgica completa con diagnóstico anatomopatológico de astrocitoma difuso con rasgos anaplásicos, por lo que se decide tratamiento complementario con radioterapia. Tras 11 años de seguimiento, en RM de control se objetiva recidiva tumoral con sospecha de glioma de alto grado.

Resultados: El paciente es reintervenido quirúrgicamente con resección completa en estudio de RM precoz, objetivándose en el estudio anatomopatológico, tumor con características de PNET-like, sin encontrarse focos de glioblastoma típico, pudiendo formar parte del espectro de glioma maligno con componente PNET-like. Las 2 muestras tumorales son positivas para IDH-1, que se asocia con más frecuencia con glioblastomas secundarios, y los que presentan un antecedente de astrocitoma previo.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de estas lesiones es importante por las implicaciones en su pronóstico y tratamiento, ya que su comportamiento es mucho más agresivo, con una supervivencia media de 9 meses, con capacidad para metastatizar a través del LCR y pudiendo responder a quimioterapias con platino. Presentan un índice ki-67 alto, del 30 al 100%. Suelen progresar de una lesión glial previa (IDH-1 positivo), y pueden representar un proceso metaplásico neuronal o una expansión nodular de poblaciones de células progenitoras.

P103 TUMOR GLIONEURONAL FORMADOR DE ROSETAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Mauricio Jaramillo Pimienta, Daniel Pascual Argente, Antonio David Miranda Zambrano, Laura Ruiz Martín, Juan Carlos Roa Montes de Oca y Jesús María Gonçalves Estella

Hospital Virgen de la Vega, Murcia.

Objetivos: Presentar un caso de tumor glioneuronal formador de rosetas del IV ventrículo (RGNT) y revisión de la literatura.

Material y métodos: Varón de 35 años de edad que presenta cuadro de visión "borrosa", sensación de mareo e inestabilidad de varios días de evolución. En la exploración presenta adecuado nivel de consciencia sin acompañarse de focalidad neurológica. En los estudios de TC y RM cerebral se evidencia la existencia de una tumoración a nivel de vermis cerebeloso con ocupación del suelo del IV ventrículo en ausencia de signos de hidrocefalia.

Resultados: El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose extirpación tumoral macroscópicamente completa, con el hallazgo de una masa blanda y poca vascularizada. El estudio anatomopatológico muestra tumor neuroglial formador de rosetas del IV ventrículo.

Conclusiones: El tumor glioneuronal formador de rosetas del IV ventrículo es una entidad que suele afectar a pacientes jóvenes, predominantemente mujeres y raramente a niños. Fue incluida en la actual clasificación de tumores del sistema nervioso central de la OMS 2007, de los cuales existen pocos casos publicados. Radiológicamente debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las lesiones sólido-quísticas de la fosa posterior; e histológicamente del astrocitoma pilocítico, tumor neuroepitelial disembrionálico, oligodendroglioma y neurocitoma. En el estudio histológico presenta neuronas que forman rosetas neurocíticas o pseudorosetas perivasculares, y un componente glial que se asemeja al astrocitoma pilocítico. El tratamiento es la resección quirúrgica sin radioterapia. Al ser una lesión benigna tiene buen pronóstico.

P104 MELANOMA CEREBRAL PRIMARIO SIMULADOR DE MENINGIOMA EN ESTUDIOS RADIOLÓGICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ana Brownrigg-Gleeson Martínez, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Juan Carlos Roa Montes de Oca, Daniel Pascual Argente, Antonio David Miranda Zambrano, Mauricio Jaramillo Pimienta, Laura Ruiz Martín y Jesús María Gonçalves Estella

Hospital Virgen de la Vega, Murcia.

Objetivos: Presentar un infrecuente caso de melanoma cerebral primario y revisión de la literatura.

Material y métodos: Mujer de 67 años de edad que como único antecedente de interés presenta diabetes mellitus tipo I. En las últimas semanas previas al ingreso comienza con clínica de sensación de inestabilidad y torpeza en hemicuerpo izquierdo. A la exploración clínica se encuentra consciente, orientada, sin presentar déficits neurológicos focales. Los estudios de TC y RM cerebral, evidencian lesión única parietal derecha de 3,6 cm cuyo comportamiento de señal es homogéneo, con realce inten-

so tras administración de CIV, todo ello sugiriendo meningioma como primera posibilidad diagnóstica.

Resultados: Se interviene quirúrgicamente a la paciente realizándose extirpación tumoral macroscópicamente completa, encontrándose lesión de aspecto pardo-negruzca, muy vascularizada. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímica muestran melanoma maligno. El estudio de rastreo incluyendo valoración por dermatología y oftalmología es negativo.

Discusión: El melanoma maligno cerebral primario, es una entidad muy infrecuente, representa aproximadamente el 1% de todos los casos de melanomas. No es muy aceptada su capacidad de metastatizar a nivel extraneural. Se han reportado casos en que el diagnóstico radiológico preoperatorio fue el de meningioma. El diagnóstico del melanoma cerebral primario, es realizado por exclusión tras descartar lesiones cutáneas, en mucosas e intraoculares. En la literatura los reportes de melanomas primarios suelen tener una evolución más favorable con respecto de los pacientes con melanomas secundarios. Aunque el tratamiento de estas lesiones no está estandarizado, los avances en el perfil molecular, el tratamiento quirúrgico y las terapias de combinación han tenido un impacto positivo en el control local de la enfermedad. A pesar de haberse asociado el tratamiento quirúrgico con una mayor supervivencia, la actitud terapéutica es hoy en día objeto de controversia.

P105

RUPTURA INTRACRANEAL DE QUISTE DERMOIDE

Raquel Sánchez García, Jesús Riqué Dormido, Marta Calvo Alonso, Noemí Lomillos Prietos, Juan Carlos Gómez-Angulo Giner y Martín Tamarit Degenhardt

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Los quistes dermoides intracraneales se caracterizan por estar formados por una fina pared quística de epitelio escamoso estratificado que contiene elementos dermales. Representan el 0,04-0,6% de todas las lesiones tumorales intracraneales. Su ruptura al espacio subaracnoideo o ventricular es extremadamente raro, asociado con una potencial morbilidad y mortalidad.

Material y métodos: Exponemos un caso clínico, de un quiste dermoide temporal izquierdo con ruptura al espacio subaracnoideo. Se trata de un varón de 20 años, que acude a urgencias por cefalea de 1 mes de evolución con intensificación en los últimos días con vómitos asociados. En TC craneal se objetiva lesión hipointensa temporal izquierda con ruptura al espacio subaracnoideo de los surcos de la convexidad, que en RM cerebral se corresponde con lesión grasa (hiperintensa en T1).

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente con extirpación del quiste temporal izquierdo incluida la cápsula de forma completa, con disección cuidadosa de las estructuras neurovasculares subyacentes, a excepción de las pequeñas gotas diseminadas al espacio subaracnoideo.

Conclusiones: Los quistes dermoides son tumores benignos raros, de lento crecimiento. Normalmente se encuentran en la región frontobasal y paraselar. Su sintomatología suele ser por efecto de masa y según su localización, pero su ruptura puede producir una meningitis química aséptica, por el efecto irritante del colesterol, así como isquemia cerebral transitoria secundaria a vasoespasmos. Ocurre en aproximadamente el 7% de las rupturas. Los síntomas suelen desarrollarse a partir de los 3 meses de la ruptura.

P106

TÉCNICA DEL 'BALÓN INTRASELAR' EN LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSEFENOIDAL DE LESIONES DE LA REGIÓN SELAR

Paloma Jiménez Arribas, Marta Brell Doval, Pedro Sarriá Echegaray, Pedro Roldán Ramos, Manuel Tomás Barberán y Javier Ibáñez Domínguez

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: La resonancia magnética intraoperatoria (iMRI) es una herramienta de demostrada eficacia en la cirugía endoscópica transesfenoidal. Sin embargo la interpretación de las imágenes no es siempre sencilla y puede verse dificultada por la presencia de sangre, restos tumorales en la cavidad residual o el desplazamiento de estructuras vecinas dentro de la misma. En este trabajo presentamos nuestra experiencia con el uso de una nueva técnica consistente en la utilización de uno o varios balones intraselares, con el fin de facilitar la interpretación de las imágenes de RM intraoperatoria y la valoración de la exéresis tumoral.

Material y métodos: Trece pacientes fueron sometidos a cirugía hipofisaria trans-esfenoidal entre 2013-2014 con control intraoperatorio mediante iMRI de bajo campo (Polestar N20, 0,15T) utilizando balones intraselares en la cavidad quirúrgica para valorar la presencia de restos tumorales.

Resultados: En todos los casos, el balón intraselar supuso una clara ayuda para distinguir las estructuras anatómicas de interés en esta región de los restos tumorales visibles en las imágenes obtenidas mediante iMR. No se registraron complicaciones derivadas de la técnica.

Conclusiones: La técnica del balón intraselar es efectiva y una herramienta útil para el cirujano a la hora de evaluar las imágenes de control intraoperatorias. Su uso podría contribuir a mejorar la toma de decisiones en el mismo acto quirúrgico, aumentar el grado de exéresis tumoral y reducir los falsos positivos, y así, los resultados de los pacientes.

P107

DIFERENCIAS EN LAS DESCARGAS NEUROTÓNICAS SECUNDARIAS A IRRITACIÓN OSMÓTICA DURANTE EL LAVADO INTRAOPERATORIO EN FUNCIÓN DEL LÍQUIDO DE IRRIGACIÓN UTILIZADO

Vicente Vanaclocha, Trinidad Blanco, Fernando Prieto, Lidia Salvador Gozalbo, C. Ferré, Laurabel Gozalbes Esterelles, Moises Sánchez Pardo y Francisco Verdú

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: La electromiografía (EMG) de barrido libre durante la monitorización neurofisiológica intraoperatoria, es la técnica que permite visualizar y escuchar de forma continua la actividad eléctrica muscular espontánea que se puede producir en los músculos inervados por las fibras nerviosas implicadas anatómicamente en el acto quirúrgico y con posible riesgo de lesión iatrogénica.

Material y métodos: La lesión o irritación de estos nervios motores provoca su despolarización axonal y la generación de potenciales de acción de unidad motora en forma de descargas repetitivas en forma de salvos o trenes que se conocen como descargas neurotónicas, implicando lesión o irritación de las fibras nerviosas. Diferentes maniobras quirúrgicas pueden generarlas por agresión mecánica (tracción, compresión, manipulación, isquemia), por estimulación térmica (temperatura de las

soluciones de lavado del campo operatorio, sistemas de coagulación) y/o por irritación osmótica directa de la membrana nerviosa.

Resultados: Las descargas durante el lavado del campo operatorio son variables en función del tipo de solución osmótica empleada (suero salino, Ringer lactato o manitol) provocando en ocasiones despolarizaciones de unidad motora irregulares, en trenes de larga duración y alta frecuencia que deberían ser consideradas como signo de alarma, subsidiarias de posible lesión estructural y/o funcional de la estructura nerviosa estimulada. Hemos visto que el suero salino genera descargas patológicas que no se aprecian ni con el Ringer lactato ni con el manitol.

Conclusiones: Las descargas neurotónicas en la EMG de barrido continuo aportan información sobre un posible daño neural, especialmente si son de alta frecuencia y larga duración. En estos casos además el riesgo de lesión postoperatoria es potencialmente permanente si continua la maniobra precipitante. El lavado del campo quirúrgico con suero salino genera más descargas patológicas que el Ringer lactato o el manitol.

P108 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTEGRACIÓN DE IMÁGENES QUIRÚRGICAS EN TIEMPO REAL COMO DOCUMENTO QUIRÚRGICO

Paloma Pulido Rivas^{1,2} y Rafael García de Sola^{1,2}

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ²Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

Introducción: En los últimos años se han intensificado los controles quirúrgicos para mejorar la seguridad del paciente (check-list). En un intento de tener un control global de las diferentes fases y componentes que intervienen en una operación quirúrgica, hemos diseñado un equipo que permite centralizar todas las señales o imágenes que se utilizan durante la intervención, para presentarlas simultáneamente en una misma pantalla, al mismo tiempo que se graba en un único documento informático.

Material y métodos: El equipo consiste básicamente en una estación central que permite el mezclado de señales digitales o analógicas, de forma dinámica. Tiene varios convertidores PDC01100 analógico-digitales y un concentrador de señales LMM0801, con varias entradas para los diferentes equipos: microscopio, anestesia, navegador, endoscopio, neurofisiología, equipo Rx. Todo ello se visualiza en un monitor de alta definición.

Conclusiones: El sistema descrito permite la presentación en tiempo real y grabación continua de la mezcla de señales seleccionadas. Esto tiene varias ventajas: 1. Es un instrumento quirúrgico más que centraliza información, visible por todos los actores de la intervención quirúrgica. 2. Grabación en un documento único, revisable, de todos los eventos quirúrgicos. Con posible repercusión médico-legal. 3. Documento de trabajo para analizar la concurrencia e interrelación de dichos eventos. Por ejemplo: localización del puntero del navegador en el microscopio e imagen del navegador, correlación anatomo-quirúrgica con las señales neurofisiológicas, etc. En esta era de informatización de la historia clínica, con desaparición de los documentos en papel, nuestra propuesta es la de cambiar el concepto de informe quirúrgico por el soporte en vídeo, simultáneo y global, de todas las monitorizaciones y actividades durante el acto quirúrgico.

P109 ESPASMO HEMIFACIAL SECUNDARIO A QUISTE ARACNOIDEO EN ÁNGULO PONTOCEREBELOSO: FENESTRACIÓN Y DESCOMPRESIÓN MICROVASCULAR ASISTIDA CON ENDOSCOPIO 3D

Antonio José Vargas López, Fernando Ruiz Juretschke, Cristina Aracil González, Laín Hermes González Quarante, Óscar Lucas Gil de Sagredo del Corral y Rosario González Rodríguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el tratamiento de una paciente con espasmo hemifacial asociado a un quiste aracnoideo en ángulo pontocerebeloso.

Material y métodos: Se trata de un caso de espasmo hemifacial en relación con un quiste aracnoideo situado en el ángulo pontocerebeloso ipsilateral tratado en nuestro centro. Se llevó a cabo un abordaje retrosigmoideo asistido con un endoscopio 3D. Los datos pertenecientes a la historia clínica, exploración y pruebas de imagen fueron recogidos del archivo de nuestro centro.

Resultados: Mujer de 71 años con historia de espasmo hemifacial derecho de 5 años de evolución. La Resonancia Magnética craneal mostró una lesión en ángulo pontocerebeloso derecho correspondiente a un quiste aracnoideo. La lesión desplazaba el trayecto cisternal de los pares craneales VII y VIII, lo que originaba un compromiso neurovascular por la AICA derecha. Fue intervenida mediante un abordaje retrosigmoideo con la fenestración del quiste a la cisterna del ángulo pontocerebeloso. En la exploración de dicha región con la asistencia de un endoscopio 3D se objetivó además el contacto de una rama de la AICA con el VII par craneal, por lo que se llevó a cabo la descompresión microvascular en dicho nivel. En el postoperatorio inmediato la paciente experimentó desaparición completa de los episodios que se ha mantenido durante el seguimiento efectuado posteriormente.

Conclusiones: El compromiso del VII par craneal por lesiones ocupantes de espacio puede desencadenar la aparición de espasmo hemifacial. En estos casos, además de la liberación del efecto de masa conviene explorar la presencia de ramas vasculares próximas al nervio, en cuyo caso se ha de llevar a cabo también la descompresión microvascular. El endoscopio 3D puede resultar útil a la hora de reconocer la presencia de dichas estructuras vasculares.

P110 LA INCIDENCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS DESPUÉS DEL USO DE LA MATRIZ HEMOSTÁTICA DE TROMBINA DURANTE LA CIRUGÍA DE TUMORES INTRACRANEALES

Roberto Gaggeri¹, Marcelo Galarza², Carlo Conti³, Costanzo de Bonis⁴ y Claudio Piqueras²

¹Departamento de Neurocirugía, Hospital San Giovanni Addolorata Hospital, Roma, Italia. ²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Departamento de Neurocirugía, Hospital Santa Maria, Terni, Italia. ⁴Departamento de Neurocirugía, IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo, Italia.

Objetivos: Los agentes hemostáticos tópicos a base de colágeno que se mezclan con trombina se utilizan comúnmente para facilitar la hemostasia en pacientes sometidos a resección tumoral cerebral. La asociación entre el uso de agentes hemostáticos y eventos tromboembólicos en pacientes some-

tidos a resección de meningiomas, gliomas y metástasis es desconocida.

Material y métodos: Los autores realizaron un estudio multicéntrico, retrospectivo, y clínico de todas las craneotomías entre 2013 y 2014 para evaluar la relación entre la aplicación de la matriz hemostática y la trombosis venosa profunda y/o la embolia pulmonar en 932 pacientes tratados con extirpación de este tumor cerebral.

Resultados: Se identificaron eventos tromboembólicos en 24 pacientes en los que se aplicó matriz de gelatina con trombina, en 19 pacientes en los que la matriz de gelatina sin trombina y en 5 casos en los que se utilizaron los métodos clásicos de la hemostasia.

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en la edad, la duración del procedimiento y el uso de hemostático, mientras que los eventos tromboembólicos se incrementaron de acuerdo a la patología tumoral, la localización del tumor y la aplicación de hemostático cerca de los senos venosos.

P111

REPARACIÓN QUIRÚRGICA PRECOZ DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA CON INJERTO AUTÓLOGO DE CALOTA EN SÍNDROME DE ADAMS OLIVER

Santiago Candela Cantó¹, Roussinelle da Silva Freitas¹, Mariana Alamar Abril¹, Patricia Puerta Roldán¹, Gemma García-Fructuoso¹, Asteria Albert Cazalla², Esther Pérez Martínez y Enrique Ferrer Rodríguez¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Cirugía; ³Unidad de Neonatología, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Objetivos: El síndrome de Adams Oliver asocia aplasia cutis y defectos transversales en extremidades. La aplasia cutis es una enfermedad poco frecuente caracterizada por ausencia de piel y, en ocasiones, periostio, hueso y duramadre habitualmente a nivel de vértex. Su manejo es controvertido. Con este trabajo aportamos nuestra experiencia.

Material y métodos: Presentamos una niña con síndrome de Adams Oliver y describimos nuestra actitud terapéutica en base a una revisión bibliográfica mediante Pubmed Medline.

Resultados: Al nacimiento se objetiva defecto de 6 x 3 cm de piel y calota y duramadre muy fina. Asocia hipoplasia distal simétrica de falanges distales de ambos pies y cutis marmorata telangiectásica. Se administra profilaxis antibiótica y cobertura con gasas húmedas hasta que es intervenida el sexto día de vida. En la cirugía se cierra el defecto cutáneo por primera intención y se reconstruye el defecto óseo mediante injerto autólogo de calota obtenido de la región temporal. No presenta complicaciones postoperatorias. Se realiza TC craneal de control al año que muestra completa osificación del defecto craneal y de la zona donante. Buen resultado estético con presencia de cabello en toda la zona intervenida. La revisión bibliográfica revela que los pacientes tratados conservadoramente tienen mayor riesgo de infección y de hemorragia y una estancia media más prolongada, mientras nuestro buen resultado coincide con el de los tratados precozmente.

Conclusiones: La reparación quirúrgica precoz de la aplasia cutis es una buena opción en pacientes con grandes defectos craneales ya que, respecto al tratamiento conservador, permite acortar la estancia hospitalaria, disminuye el riesgo de hemorragia e infección y se obtiene un mejor resultado estético. El injerto autólogo de calota permite además una osificación rápida y adecuada del defecto óseo.

P112

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TERATOMA MADURO INTRACRANEAL

Santiago Rocha Romero, Mónica Rivero Garvía, Javier Márquez Rivas, Magdalena Olivares Blanco y Eric E. Pino González

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

Objetivos: El teratoma es un tumor cuyo parénquima presenta una variedad de tejidos que pueden atribuirse a derivados de las tres hojas embrionarias. Es muy poco frecuentes, representando el 0,5% de los tumores intracraneales, afectando con más frecuencia a pacientes varones entre 0 y 2 años de vida. Suele afectar a estructuras de la línea media como la región selar y pineal; y menos frecuentemente a los ventrículos laterales y los senos cavernosos. Sólo se han descrito 8 casos localizados en los senos cavernosos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un teratoma maduro intracraneal en paciente mujer de 18 meses de edad que presenta proptosis y epifora del ojo derecho, junto a fotofobia. Tras descartar patología intraorbitaria, se realiza RMN craneal objetivándose LOE en fosa cerebral media con importante remodelación ósea.

Resultados: La paciente fue sometida a cirugía, mediante craneotomía fronto-temporal, resecándose una lesión que se alojaba entre las capas durales del seno cavernoso y del ala menor del esfenoides. La anatomía patológica fue informada como teratoma maduro. Los estudios de imagen no muestran lesiones residuales durante el seguimiento.

Conclusiones: Aunque los teratomas intracraneales suelen encontrarse en la línea media, se pueden encontrar en localizaciones distintas a las habituales.

P113

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR DEL SÍNDROME DE CURRARINO CON ANCLAJE MEDULAR

Javier Giner García, Fernando Carceller Benito, Javier Saceda Gutiérrez, Jorge Zamorano Fernández y Borja Hernández García,

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El síndrome de Currarino es un trastorno hereditario autosómico dominante muy poco frecuente definido por la tríada defecto óseo sacro, malformación anorrectal y masa presacra (teratoma, mielomeningocele anterior o combinación de ambos). Tratar eficazmente esta patología abordando el anclaje medular y la masa presacra requiere una colaboración multidisciplinar. Presentamos la técnica de abordaje multidisciplinar en esta patología.

Material y métodos: Presentamos dos casos de este síndrome intervenidos recientemente en nuestro servicio. El diagnóstico se realizó tras sospecha clínica y estudio de neuroimagen con RM que confirmó la tríada de Currarino. Un caso presentó crecimiento de la masa presacra asociando una fistula perianal, y el otro, clínica severa de anclaje medular que motivaron la intervención. El abordaje se realizó bajo control neurofisiológico en prono a través de una incisión media cutánea lumbosacra en forma de "Y" invertida. La duramadre se expuso mediante laminoplastia lumbosacra. Con técnica microquirúrgica se liberó el anclaje medular y se realizó resección de la masa presacra con ayuda de Cirugía Pediátrica a través de tutores rectales y palpación rectal para no lesionar el tubo digestivo distal y conseguir

la exéresis radical. Finalmente se procedió al cierre y remodelación del saco dural.

Resultados: Ambos pacientes eran niñas de 2 y 7 años. El desanclaje medular y la resección de la masa presacra fueron satisfactorios en los dos casos sin complicaciones quirúrgicas. El estudio anatomopatológico de las masas resecaadas fue de lipoma asociando mielomeningocele. Se obtuvo una mejoría clínica de los síntomas asociados al anclaje medular y no tan significativa en relación al estreñimiento.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar de síndrome de Currrarino asegura una resección radical de la masa presacra y así evitar la posibilidad de un reanclaje medular evolutivo.

P114

FÍSTULA IATROGÉNICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO A CAVIDAD PLEURAL

Sara Bisshopp Alfonso¹, Ignacio Gilete Tejero²,
Mónica Rivero Garvía³, Giovanni Pancucci³
y Javier Márquez Rivas³

¹Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El hidrotórax de líquido cefalorraquídeo (LCR) por una fistula dural o subaracnoideo-pleural (FSP) puede ocurrir de forma iatrogénica, tras una toracotomía. Se describe el manejo quirúrgico de esta patología, mediante costotransverssectomía endoscópica para la reparación de una FSP con injerto de tejido y pegamento de fibrina.

Material y métodos: Niña de 12 años con escoliosis idiopática infantil que es corregida mediante tirante raquídeo torácico anterolateral. Durante la intervención, se produce una lesión medular probablemente secundaria a la colocación de los tornillos, con caída de potenciales evocados y shock medular secundario. A las 48 horas, presenta síntomas de hipotensión licuoral y débito abundante a través del drenaje torácico. La RM craneoespinal constata impronta de tornillos torácicos altos sobre los grandes vasos y edema centromedular a nivel de T9, con aparente disrupción del saco dural. Se decide revisión quirúrgica vía toracoscópica para reparación del defecto y retirada parcial de tornillos dorsales. La fuga de LCR se sella con parche dural y pegamento de fibrina. Estas medidas resultan insuficientes, por lo que se reinterviene mediante un abordaje posterolateral y costotransverssectomía. Tras identificar la fistula intratorácica, se repara con hueso heterólogo, plastia dural y sellado adicional del defecto espinal lateral con injerto vascularizado de músculo multífido.

Resultados: El alta tuvo lugar a los 14 días poscirugía, con clara mejoría clínica y neurológica (restablecimiento de la fuerza y sensibilidad en miembros inferiores, persistiendo afectación del psoas derecho y extensor del pie). Sin recurrencia de fistula hasta la actualidad.

Conclusiones: Tras una cirugía espinal en la que se incluye el tórax, el diagnóstico de FSP debe ser considerado en cualquier paciente con derrame pleural persistente, producción anormal por tubo torácico o evidencia de clínica de hipotensión intracraneal. Las FSP usualmente no responden a medidas de tratamiento conservador, requiriendo terapias invasivas que suelen incluir la cirugía abierta.

P115

HOSPITAL PROVINCIAL: CENTRO DE REFERENCIA DE NEUROCIROLOGÍA PEDIÁTRICA

Héctor Delfín Santana Ojeda,

Francisco de Borja Arteaga Romero, Ariadna Soto Guzmán,
Juan Christian Ribas Nijkerk, Daniel Rodríguez Pons,
Osmany Morales Sabina y Maximino González Ojellón

Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Presentamos las cifras estadísticas del servicio de Neurocirugía referentes al sección de neurocirugía pediátrica, de los últimos 6 años.

Material y métodos: Se realizó una exposición de las cirugías realizadas durante el periodo 2009-2014 con el fin de ver la progresión que estas han ido presentando. Se muestran los datos totales de cirugías y desglosados por patología, hidrocefalia, tumoral, defecto cráneo-facial, TCE, raquis, bombas baclofeno y otras (empiemas, Chiari...).

Resultados: Durante ese periodo se han realizado un total de 380 cirugías. 59 en 2009, 55 en 2010, 53 en 2011, 59 en 2012, 76 en 2013 y 79 en 2014. Hay un claro predominio de intervenciones relacionadas con hidrocefalia. Se ha ido aumentando el número de cirugías complejas.

Conclusiones: Hay un claro aumento de casos a medida que avanzamos de año. Los casos complejos van en aumento. El Hospital Materno-Infantil tiene la capacidad de asumir todas las patologías neuroquirúrgicas pediátrica, no derivando en los 2 últimos años caso alguno a otro centro hospitalario.

P116

XANTOGRANULOMA JUVENIL INTRACRANEAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Torres Pérez, Alicia Bollar Zabala,
Edinson Abel Nájera Aguilar, Irupe Ruiz Díaz,
Nagore García de Andoín Barandiaran
y Enrique Úrculo Bareño

Hospital Universitario Donostia.

Objetivos: El xantogranuloma juvenil (XGJ) es una enfermedad de células histiocitarias de tipo no Langerhans que se manifiesta con lesiones cutáneas y que tiene generalmente un curso benigno. De forma infrecuente se produce una afectación extracutánea (4%) sobre todo ocular (0,5%), ósea, pulmonar o hepática, y excepcionalmente, del sistema nervioso central y en menor medida periférico.

Material y métodos: Paciente de 3 años diagnosticada de XGJ mediante biopsia de lesión cutánea. Se realizó estudio de extensión que mostró lesiones pulmonares y lesiones líticas óseas, por lo que se inició tratamiento corticoideo y quimioterápico. En un control al año del diagnóstico, apareció una gran lesión intraaxial quística frontal izquierda con edema perilesional significativo.

Resultados: Se realizó craneotomía y extirpación radical de la lesión. En el estudio anatomopatológico se observó acúmulo de histiocitos con citoplasma vacuolado, de tipo fusiforme y frecuentes células multinucleadas tipo Touton. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad a CD68, S100, CD1A y factor XIII, compatible con XGJ. En la literatura revisada, cuando esta entidad se presenta con diseminación extracutánea, el curso clínico ha mostrado ser más agresivo, siendo necesario en ocasiones realizar tratamiento adyuvante corticoideo y quimio-

rápico (vinblastina). Debido a que nuestra paciente se encontraba asintomática y se realizó resección completa, se decidió no dar tratamiento. Actualmente, tras 20 meses de seguimiento, continúa asintomática y sin signos de recidiva en controles de imagen.

Conclusiones: El XGJ con afectación sistémica es una entidad rara y cuando esto ocurre, la afectación del sistema nervioso central es excepcional. Debido al escaso número de casos recogidos en la literatura y con cortos periodos de seguimiento, el tratamiento a seguir y el pronóstico de esta patología aún no está claro, aunque la resección completa se plantea como la mejor opción en lesiones accesibles.

P117

MILOMENINGOCELE POSTERIOR TORACO-LUMBAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Manuel Saceda Gutiérrez, Borja Jesús Hernández García, Jorge Zamorano Fernández y Fernando Carceller Benito

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Presentar el manejo multidisciplinar de un caso de mielomeningocele posterior del segmento torácico y lumbar.

Material y métodos: Presentamos un paciente prematuro que nació con 36 semanas. Se diagnosticó por ecografía en la semana 20 de gestación del defecto de cierre de tubo neural. Exploración física: mielomeningocele toraco-lumbar cerrado de 8 x 6 cm. macrocráneo. Fontanela amplia, sin tensión. Paraplejía con anestesia desde nivel D8. Resonancia magnética: mielomeningocele desde D9-L5, asociado a descenso amigdalario y ventriculomegalia. Procedimientos quirúrgicos: se realizó cierre del defecto de tubo neural con técnica microquirúrgica habitual. El defecto de piel fue cubierto con plastia heteróloga por parte de cirugía plástica.

Resultados: 5 días después de la intervención quirúrgica fue necesario implantar una derivación ventrículo peritoneal. Actualmente el defecto cutáneo ha cerrado sin incidencias y el enfermo continúa con un déficit neurológico completo con nivel D8.

Conclusiones: El manejo de un defecto de cierre del tubo neural es recomendable que se lleve a cabo en colaboración con cirugía plástica. En cuanto a la técnica neuroquirúrgica del mielomeningocele a nivel torácico, debe ser similar al manejo de casos de defecto de cierre más caudales, de esta manera se conseguirá un resultado estético y funcional óptimo.

P118

MIGRACIÓN A CAVIDAD PERITONEAL DE BOMBA DE BACLOFENO TRAS EXCESIVO EJERCICIO FÍSICO EN NIÑO DE 11 AÑOS

Trinidad Márquez Pérez, Carlos Pérez Díaz, Ana Aransay García, Lucas de Mingo y Francisco Villarejo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Objetivos: Presentar caso clínico de una rara complicación en relación al implante de bombas de baclofeno intratecal para tratar la espasticidad.

Material y métodos: Niño de 11 años con parálisis cerebral tipo diparesia espástica debida a encefalopatía hipóxico isquémica en el parto que precisó de la colocación de bomba de baclofeno

intratecal para tratamiento de la misma. Se implantó bomba de infusión SynchroMed II bajo fascia de oblicuo externo y la fascia superficial del recto anterior del abdomen en hipocondrio izquierdo con catéter intratecal con punta a nivel D9. Tres meses después del implante y tras importante actividad física en centro rehabilitador, el paciente nota que no palpa la bomba en el hipocondrio izquierdo, permaneciendo asintomático durante un mes. Pasado este tiempo, el paciente presenta dolor sacrococcígeo y en ambas caderas que se intensifica con maniobras de Valsalva.

Resultados: Tras exploración física y radiológica, se observa bomba de baclofeno alojada en pelvis menor que se palpa por tacto rectal en fondo de saco de Douglas. Se realiza laparotomía junto con servicio de cirugía pediátrica extrayéndose bomba y catéter.

Conclusiones: La colocación de bombas de baclofeno a nivel subfascial puede complicarse con la migración espontánea del dispositivo a cavidad peritoneal si el paciente presenta una musculatura abdominal muy desarrollada, pudiendo ser una contraindicación relativa a tener en cuenta antes de colocar en esta localización. También se debe valorar que en este tipo de pacientes probablemente no exista abundante tejido graso subcutáneo donde poder alojar la bomba si se diera esta complicación.

P119

LIPOMA MEDULAR CAÓTICO EN GEMELARIDAD UNIDA ASIMÉTRICA HETERÓPAGA TRIPUS

Jorge Zamorano Fernández, Javier Saceda Gutiérrez, Javier Giner García, Borja Jesús Hernández García, Leopoldo Martínez Martínez, Gaspar González-Moral y Fernando Carceller Benito

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Describimos el caso único de una niña diagnosticada al nacimiento de malformación compleja con miembro inferior extranumerario y lipoma medular caótico.

Material y métodos: Se realiza estudio de la malformación siendo diagnosticada de gemelaridad unida asimétrica heterópaga tripus, con lipoma medular caótico y médula anclada, miembro inferior extranumerario, atrofia del miembro inferior derecho, malformaciones vértebro-costales, agenesia renal derecha y quiste esplénico simple. A la edad de 4 meses se realizó procedimiento quirúrgico multidisciplinar en colaboración con cirugía pediátrica y traumatología pediátrica, con desanclaje medular, debulking del lipoma y neurulación de la placoda; amputación del miembro y del complejo isquípúbico extranumerarios y reparación mediante colgajo músculo-cutáneo a partir del dicho miembro, utilizando como pedículo vascular la arteria femoral del mismo.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, presentando inicialmente manchado serohemático por la porción inferior de la herida, sin sobreinfección, que cedió con manejo conservador. No presentó deterioro neurológico en miembros inferiores. El 10º día postoperatorio se retiró sondaje vesical realizando micciones espontáneas y regulares.

Conclusiones: Dada la baja incidencia y la complejidad de los casos de gemelaridad unida, cada caso debe ser evaluado de forma individual mediante equipos multidisciplinarios que permitan optimizar el tratamiento de estos pacientes.

P120 REVASCULARIZACIÓN INDIRECTA CEREBRAL (ENCEFALODUROARTERIOMIOSINANGIOSIS) EN SÍNDROME DE MOYAMOYA ASOCIADO A ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Cristina Aracil González, Roberto García Leal,
Antonio Vargas López, Laín Hermes González Quarante,
Óscar Lucas Gil de Sagredo del Corral,
Ángela Moreno Gutiérrez, Juan Vicente Darriba Alles
y Carlos Fernández Carballal

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Se presentan dos casos de síndrome moyamoya asociado a enfermedad de células falciformes en edad pediátrica, tratados con éxito mediante encefaloduroarteriomiosinangiosis.

Casos clínicos: Caso 1: niña de 10 años diagnosticada de enfermedad de células falciformes que precisó trasplante alogénico de médula ósea. Antecedente de infarto sintomático en territorio de arteria cerebral media (ACM) derecha, y lesiones isquémicas crónicas bilaterales. La arteriografía mostró oclusión de ambas arterias carótidas internas supraclinoideas (ACIS), ACM derecha y ambas arterias cerebrales anteriores (ACA), con estenosis crítica de ACM izquierda y circulación colateral tipo moyamoya. Se realizó encefaloduroarteriomiosinangiosis bilateral, asociando una encefalogleooperiosteosinangiosis sobre el territorio de ambas ACA, con mejoría cognitiva y revascularización satisfactoria de ambos hemisferios cerebrales. Caso 2: niña de 4 años de edad con similar diagnóstico y antecedente de infarto sintomático en núcleo lenticular derecho y lesiones isquémicas crónicas bilaterales. Presentaba estenosis grave de ambas ACIS y ambas ACA, con oclusión de ambas ACM y circulación colateral tipo moyamoya. Se realizó encefaloduroarteriomiosinangiosis bilateral con revascularización satisfactoria.

Discusión: El síndrome de moyamoya es un trastorno cerebrovascular oclusivo crónico de etiología no aclarada que se ha asociado a enfermedad de células falciformes y es causa de ictus isquémicos/hemorrágicos. Si no se restablece la vascularización cerebral puede producir discapacidad neurológica permanente. Existe amplia evidencia de que la revascularización cerebral quirúrgica mejora el pronóstico. En la edad pediátrica las técnicas de revascularización indirecta han mostrado mejor resultado que el bypass, en relación con la mayor capacidad angiogénica de los niños y la mayor dificultad técnica del bypass realizado sobre arterias de pequeño calibre. Se han publicado tasas de éxito superiores al 90% a pesar de existir un periodo de latencia desde el procedimiento hasta la revascularización. La encefaloduroarteriomiosinangiosis es un procedimiento de revascularización seguro y eficaz en pacientes con sd. moyamoya en edad pediátrica.

P121 DIAGNÓSTICO PRENATAL DE PAPILOMA CONGÉNITO DEL PLEXO COROIDEO

Roberto García Leal, Ángela Moreno Gutiérrez,
Juan Vicente Darriba Alles, Cristina Aracil González,
Antonio José Vargas López, Laín Hermes González Quarante,
Óscar Lucas Gil de Sagredo del Corral y Yolanda Ruiz Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Se presenta un caso de papiloma de plexo coroideo diagnosticado intraútero en la semana 30 de gestación e intervenido al nacimiento.

Material y métodos: En la semana 30 de gestación de una primigesta sana con adecuado seguimiento obstétrico durante el embarazo se realizó ecografía en la que se identificaba en el feto la

existencia de una lesión cerebral intraxial temporoparietal derecha. Una ecografía y RM cerebral realizadas en la semana 35 mostraron crecimiento significativo de la lesión, de características quísticas en relación con el plexo coroideo del atrio ventricular, con signos de herniación uncal y subfalcial, por lo que se realizó cesárea electiva de una niña en la semana 36. Fue intervenida a los 7 días de vida realizándose extirpación completa de una lesión dependiente del plexo con diagnóstico anatomopatológico de papiloma. En el seguimiento a los 5 años la paciente presenta adecuado desarrollo intelectual y hemiparesia izquierda residual, con anomalías epileptiformes en el EEG, aunque nunca ha presentado crisis epilépticas.

Resultados: Los estudios de imagen de ecografía y RM cerebral prenatal permitieron el diagnóstico intraútero de una lesión dependiente del plexo coroideo. El estudio anatomopatológico postoperatorio confirmó que se trataba de un papiloma de plexo coroideo congénito.

Conclusiones: Los tumores congénitos son raros (0,5-4% de los tumores en población pediátrica según las series), y es muy infrecuente su diagnóstico intraútero. El diagnóstico prenatal, basado en la ultrasonografía, se ha visto significativamente beneficiado por la introducción de imágenes de RM prenatal. Un tercio de los tumores cerebrales congénitos son teratomas, siendo los tumores fetales del plexo coroideo muy infrecuentes. Una característica de estos tumores al nacimiento es el aumento asimétrico del perímetro cefálico como en nuestra paciente. A pesar de la corta edad de los pacientes, pueden ser resecaados completamente y el tratamiento quirúrgico agresivo puede conseguir su curación.

P122 RADIOCIRUGÍA Y ANEURISMA INTRACRANEAL

Laura Gil Yáñez¹, Carlos Alberto Rodríguez Arias¹,
Mario Martínez-Galdamez², Estefanía Utiel Monsálvez¹
y Santiago Pérez²

¹Servicio de Neurocirugía; ²Unidad de Neurorradiología Intervencionista, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: La radiación produce efectos sobre la vasculatura cerebral, como son cambios en la composición celular y la estructura. Estos efectos producen una menor habilidad para adaptarse al estrés hemodinámico normal. Lo más frecuente son estenosis u oclusiones, siendo la aparición de aneurismas muy raro. Para hablar de aneurisma inducido por la radiación debe cumplirse: estar localizado en el campo irradiado, no presente previamente al tratamiento, debe haber intervalo de latencia entre la radiación y la aparición del aneurisma y finalmente el paciente no debe tener predisposición genética.

Material y métodos: Mujer de 46 años de edad, fumadora de 10 cig/día y con antecedentes de otitis media colestomatosa. Acude a urgencias por cefalea y desorientación. En la exploración física se objetiva amaurosis del ojo izquierdo. Se realiza RMN cerebral que muestra la presencia de varios procesos expansivos intracraneales compatibles con meningiomas: tumoración frontal izquierda, en lámina cribiforme, en la hoz, y una última en región clinoidea anterior izquierda, que engloba nervio óptico y se extiende a las proximidades de ACM. Se decide intervención quirúrgica sobre la lesión frontal y lámina cribosa, tratando con Radiocirugía mediante Cyberknife las otras dos. Se sigue posteriormente a la paciente con RMN cerebrales control.

Resultados: En RMN realizada dos años tras el tratamiento radioquirúrgico, se objetiva aneurisma fusiforme en segmento M1 de ACM izquierda, confirmándose dicho hallazgo con arteriografía. Se trata endovascularmente mediante un stent flow diverter. Hablamos de una formación de novo que no estaba en RMN previas a la radiocirugía.

Conclusiones: Debido al daño producido por la radiación sobre las células endoteliales, músculo liso y membrana basal, junto con la respuesta inflamatoria desencadenada, se asume que los aneurismas formados en campos previamente radiados son inherentemente más débiles y con mayor riesgo de ruptura, por lo que se aconseja tratamiento preventivo precoz.

P123

CLASIFICACIÓN DE LA RADICULOPATÍA POR HERNIA DISCAL LUMBAR

José G. Cosamalón¹, Iván Cosamalón¹, Vega Villar¹, Jaime Sánchez¹, Marta Esteban¹, Saúl Pérez¹, Julio Prieto¹ y José A. Vega²

¹Instituto de Biomedicina, Universidad de León. ²Departamento de Morfología y Biología Celular, Universidad de Oviedo.

Objetivos: Diseñar una clasificación de los diferentes grados de afectación funcional de la raíz en la hernia discal lumbar (HDL) basados en la influencia del factor inflamatorio-neurotóxico como inductor de dolor ciático (DC) y radiculopatía.

Material y métodos: Revisadas las aportaciones de la inmunohistoquímica y biología molecular en el estudio del DC por HDL se ha observado que el tejido discal herniado secreta y libera citocinas pro-inflamatorias (CP): IL-1 alfa, IL-6, IL-8, óxido nítrico, interferón gamma y factor de necrosis tumoral. La mayoría de estas sustancias tienen capacidad de producir neuropatía inflamatoria neurotóxica en ausencia de compresión mecánica, manifestada histológicamente con desmielinización y electrofisiológicamente con afectación de la velocidad de conducción.

Resultados: Las manifestaciones de la HDL más frecuentes han sido clasificadas en una escala de 0 a 5. Grado 0: hernia discal asintomática. Grado 1: dolor radicular sin signos de irritación radicular. Grado 2: dolor radicular con signos de irritación radicular positivos. Grado 3: dolor radicular con déficit neurológico. Grado 4: síntomas y signos de radiculopatía en dos raíces con déficit neurológico. Grado 5: afectación radicular múltiple con afectación de esfínteres y disfunción sexual (síndrome de cauda equina).

Conclusiones: Las diferentes manifestaciones clínicas de la HDL, dependen de una correlación entre grado de compromiso mecánico asociado con mayor o menor expresión de CPs, con una compleja interrelación entre ellas. Debido a que las manifestaciones clínicas de la HDL y su evolución no son homogéneas, tiene interés disponer de una escala con los diferentes grados de afectación funcional radicular con valor pronóstico.

P124

BENEFICIOS DE LA CIFOPLASTIA PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA VERTEBRAL SINTOMÁTICO

Juan Antonio Álvarez Salgado, Igor Paredes Sansinenea, Luis Riveiro Vicente, Ángel Rodríguez de Lope Llorca, Jorge Javier Villaseñor Ledezma, José María Belinchón de Diego, Manuel Aмоса Delgado y Ana Cabada del Río

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La mayoría de los hemangiomas vertebrales son lesiones asintomáticas y se diagnostican de manera casual en los estudios de imagen. Menos del 1% desarrollan síntomas consistentes en dolor, déficit neurológico o combinación de ambos. Las opciones terapéuticas útiles englobarían desde la administración intratecal de alcohol hasta finalmente la cirugía abierta: descompresión y estabilización quirúrgica, incluyendo la cifoplastia/vertebroplastia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 31 años de edad, que presenta desde hace unos 3 meses, un trastorno sensitivo en miembros inferiores que le condiciona una inestabilidad para la deambulación y caídas frecuentes. La exploración neurológica pone de manifiesto la existencia de un nivel sensitivo a nivel T11-T12, con hipoestesia termoalgésica y vibratoria, hiperreflexia en MM II, con funciones motora y esfinteriana conservadas. La RM espinal muestra la existencia de una lesión a nivel del cuerpo vertebral de T10, de características angiomas, con invasión del canal raquídeo y cierto grado de compresión medular. Tras valorar las diferentes opciones terapéuticas, se opta de forma consensuada con él, por la realización de cifoplastia percutánea con balón. El paciente fue dado de alta a las 48h, sin empeoramiento neurológico. La RM de control realizada al mes muestra una discreta mejoría radiológica. Tras la cirugía, el paciente presenta una mejoría clínica significativa.

Discusión: La cifoplastia puede ser efectiva, sola o en combinación con otras opciones terapéuticas en el manejo de los hemangiomas vertebrales sintomáticos (Hadjipavlou et al, J Bone Joint Surg 2007). No todos los pacientes que presentan una clínica neurológica antes del tratamiento recuperarán completamente su función tras el mismo (Fox et al, J Neurosurg 1993). Sólo debe realizarse en aquellos Servicios donde se pueda llevar a cabo de manera emergente una laminectomía descompresiva y artrodesis.

P125

QUISTE ARACNOIDEO ESPINAL EXTRADURAL COMO CAUSA DE MIELOPATÍA EN UN NIÑO

Cristian Bravo García, María Nieves Vázquez Domínguez, Miguel Iglesias Pais, Sonia Gayoso García, Rubén Barradas Estrada, Iría Gestoso Ríos y Juan Manuel Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Presentar un paciente de 15 años con un quiste aracnoideo extradural dorsal sintomático con resolución clínica tras cirugía y revisión de los quistes espinales extradurales.

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica en la base de datos de Pubmed, incluyendo revisiones y "case report" en relación a los quistes aracnoideos espinales extradurales en niños y exposición de un caso.

Resultados: Niño de 15 años originario de Brasil con clínica de paraparesia de meses de evolución. Presenta hipoestesia bilateral desde D10, hiperreflexia y reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo. La resonancia magnética objetiva lesión quística extradural posterior desde D4 a D7. Se interviene mediante laminoplastia de D4 a D7, exéresis completa y cierre de defecto dural a nivel del foramen derecho de D6. Evolución clínica favorable con resolución clínica. Control radiológico a los 7 meses sin recidiva. Los quistes aracnoideos espinales extradurales son lesiones raras. La mayoría son congénitos, aunque se han descrito casos secundarios a trauma, cirugías... La localización más frecuente es a nivel de la médula dorsal media y baja. La mayoría, asintomáticos, pero si dan clínica es por compresión de raíz nerviosa y/o de la médula espinal. La severidad de los síntomas está en función del tamaño y la localización del quiste. La cirugía es primordial. Las opciones son laminoplastia versus laminectomía, resección completa del quiste versus fenestración, cierre o no del defecto dural implicado en el probable aumento de tamaño del quiste. En nuestro caso, se optó por una laminoplastia, exéresis completa del quiste y un cierre del defecto dural para prevenir cifoescoliosis y recidiva, respectivamente. Los resultados postquirúrgicos son satisfactorios con resolución total o parcial.

Conclusiones: Son lesiones raras, tratables y curables. Ante quistes sintomáticos, la cirugía está indicada mediante lamino-

plastia versus hemi/laminectomía, exéresis completa y cierre del defecto dural para evitar recidivas.

P126

FIBROMATOSIS DE TIPO DESMOIDE VERTEBRAL EN ADOLESCENTE. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sonia Gayoso García, Miguel Iglesias Pais, Juan Manuel Villa Fernández, Luis García Rodríguez, Cristian Bravo García, Rubén Barradas Estrada e Iria Gestoso Ríos

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Presentar un caso clínico de tumoración vertebral intervenida mediante abordaje tipo Tomita con diagnóstico de fibromatosis de tipo desmoide. Revisión de la literatura a propósito de dicho caso.

Material y métodos: Presentación de caso clínico de varón de 13 años, sin antecedentes patológicos, que debuta con clínica de dolor en costado derecho de 6 meses de evolución. Ningún dato relevante a la exploración clínica. Tras realización de rx tórax se objetiva masa en mediastino posterior. Se completan estudios mediante RMN dorso-lumbar y TAC toraco-abdominal objetivándose tumoración sólida paraespinal derecha con respecto al segmento T9-T11 que infiltra la vertiente derecha y central de los cuerpos vertebrales T10 y T11, así como los pedículos, apófisis transversa y arcos posteriores con componente intrararaquídeo resultando en compresión del cordón medular y signos de mielopatía radiológica a nivel T10-11. Tras inyección de contraste realce prácticamente homogéneo de la tumoración. Ante estos hallazgos se decide realizar biopsia abierta con resultado anatomopatológico de fibromatosis de tipo desmoide. Realizamos abordaje multidisciplinar tipo Tomita para alcanzar la resección en bloque y obtener mejor resultado oncológico a la hora de recidivas locales.

Resultados: En el postoperatorio presenta como incidencia de rrame pleural derecho con cultivos negativos. A nivel neurológico evolución favorable, únicamente hipoestesia T10, T11 derechas. En la actualidad está recibiendo ciclos de QMT con buena tolerancia con vinblastina + metotrexate.

Conclusiones: La fibromatosis de tipo desmoide es un diagnóstico anatomopatológico de grado intermedio de malignidad de acuerdo a la clasificación WHO, esto es, tendencia a crecimiento invasivo y recurrencia a nivel local, pero sin potencial metastásico. Puede presentarse en cualquier localización, las más frecuentes son abdomen, tejidos blandos y extremidades. La cirugía es el tratamiento de elección. La quimioterapia y/o radioterapia disminuye las recidivas locales.

P127

RADICULOPATÍA DE COMIENZO TARDÍO SECUNDARIA A MALPOSICIÓN DE TORNILLO EN ARTRODESIS LUMBAR ANTERIOR (ALIF). PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Marta Troya Castilla¹, Soraya González Rodríguez², Sara Bisshopp Alonso³, Gustau Pérez Prat¹, Yamin Chocrón González¹ y Julio Valencia Anguita¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Araba-Sede Santiago, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: La malposición de tornillos en instrumentaciones posterolaterales lumbares alcanza un 45% y la afectación neurológica asociada un 1-11%. Debido a la variabilidad anatómica el daño puede ocurrir en malposiciones leves (< 2 mm) o severas

(> 4 mm) y la clínica suele aparecer en el postoperatorio inmediato. Existe poca evidencia acerca de lesión neurológica secundaria a malposición de tornillos anteriores siendo excepcional la presentación tardía.

Material y métodos: Paciente de 40 años. Estenosis foraminal L5-S1 intervenida (2006) mediante artrodesis instrumentada posterior. Pseudoartrosis rescatada con fusión anterior ALIF L5-S1 (2008). A los 4 años presenta radiculopatía S1 derecha. El TC muestra correcta fusión del espacio con invasión del receso lateral L5-S1 por un tornillo S1 que fija la placa anterior. Sin variación respecto a los estudios de imagen previos. Inicialmente se maneja de forma conservadora sin éxito. IQ: Abordaje posterior para acceder al receso lateral. La punta del tornillo se introducía 5 mm intracanal desplazando la raíz. Liberación de la raíz mediante retracción suave y fresado del tornillo con MAV y fresa de metal. La paciente presentó mejoría inmediata posquirúrgica.

Resultados: El manejo habitual en radiculopatías leves-moderadas, exceptuando déficit motor y/o sensitivo intenso, es el tratamiento conservador 4-6 meses. Si no existe mejoría se recoloca el tornillo. La particularidad del caso radica en que la radiculopatía fue secundaria a la invasión anterior del canal, donde la recolocación es compleja, y en que el dolor apareció 4 años tras la intervención sin mejoría con tratamiento conservador.

Conclusiones: La radiculopatía secundaria a malposición de tornillo, que no responde a tratamiento conservador, se beneficia de revisión quirúrgica. La aparición tardía, incluso sin cambios en las pruebas complementarias, no permite descartar esta causa. El fresado del tornillo, en vez de su recolocación, es una opción quirúrgica a considerar en instrumentaciones complejas.

P128

CÓMO LOS TEJIDOS BLANDOS INVADEN EL RAQUIS – SARCOMA FIBROMIXOIDE CERVICAL DE BAJO GRADO

Ricardo Moreira, Rui Ramos, Leandro Oliveira, Joao Lima, Afonso Pinto y Carlos Alegria

Hospital de Braga, Portugal.

Objetivos: Tenemos la intención de informar de una causa rara de compresión de la médula espinal cervical, la salida de un tumor que se origina en los tejidos blandos, generalmente indolente, pero quien presentó con características invasivas, recurrente y capaz de causar déficits neurológicos significativos.

Material y métodos: Se trata de un hombre de 58 años con cuadro clínico de dolor y rigidez en el cuello. Investigado con TC y la RM mostró gran lesión expansiva intra y extracanal derecha en C1 / C2. Fue presentado inicialmente para la resección de la lesión de la médula, entonces, por la recurrencia y la clínica de tetraparesia, con nueva resección con ORL. Finalmente por presentar invasión de la duramadre, nueva cirugía, con fijación cervical occipital. Como complicaciones meningitis desarrollado, fístula de LCR y la hidrocefalia.

Resultados: La primera cirugía se obtuvo como la histología fibroma condromixoide. En otras cirugías, esta lesión fue caracterizada como sarcoma fibromixoide de bajo grado. Para la posible inestabilidad cervical, se instrumentó con fijación cervical occipital. Se complicó por hidrocefalia y fue colocado derivación ventrículo peritoneal.

Conclusiones: Los tumores de los tejidos blandos son una causa rara de compresión de la médula espinal, con pocos casos reportados en la literatura. La lesión se manifiesta generalmente benigna, pero capaz de invasión y la recurrencia, puede causar déficits neurológicos y complicaciones importantes.

P129

REDUCCIÓN DE UNA LUXACIÓN ROTATORIA ATLANTOAXOIDEA CRÓNICA EXTREMA

Yislenz Yaderliz Narváez Martínez, Pablo Benito Peña, Carlos Cohn, Beatriz López Álvarez, Marina Castellví Juan, José Luis Caro Cardera, María Carme Joly Torta y Secundino Martín Ferrer

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Presentamos el caso de una luxación C1-C2 extrema, secundaria a un latigazo cervical de más de un año de evolución, tratado mediante tracción cervical y fijación cervical posterior.

Material y métodos: Hombre de 30 años sin antecedentes, presenta cervicalgia de 1 año de evolución posterior a latigazo cervical, con actitud en flexo-rotación cervical izquierda que limitaba la movilidad y parestesias en extremidades superiores, pero sin déficits neurológicos asociados. Los estudios radiológicos mostraron una luxación rotatoria C1-C2 extrema tipo III, con el arco posterior de C1 reposando sobre la superficie posterior de la odontoides y el cordón medular íntegro pasando a través de una hendidura lateral a la odontoides. No se pudo descartar lesión traumática del ligamento transverso del atlas. Se realiza tracción cervical con compás de Gardner lográndose una reducción parcial de la luxación. Posteriormente se realiza quirúrgicamente apertura de las cápsulas articulares de C1 y C2 logrando la reducción de la luxación extrema con posterior fijación interarticular cervical C1-C2 según técnica de Harms-Göel y artrodesis con injerto autólogo óseo. Se realizó monitorización neurofisiológica intraoperatoria.

Resultados: El paciente presentó un postoperatorio correcto sin focalidades neurológicas y con adecuada artrodesis en controles radiológicos posteriores. La luxación atlantoaxoidea es más frecuente en niños. Se produce por procesos infecciosos, inflamatorios o traumáticos. Existe una rotación cervical muy dolorosa casi irreductible manualmente. Se clasifica en 4 tipos: en las tipo I y II el ligamento transverso está conservado y son de manejo ortésico; en la tipo III el ligamento transverso es incompetente y al igual que la tipo IV es de manejo quirúrgico por vía posterior.

Conclusiones: El tratamiento prequirúrgico con tracción cervical, facilita la completa reducción y correcta alineación quirúrgica de la luxación atlantoaxoidea extrema.

P130

LESIÓN QUÍSTICA SINTOMÁTICA DEL VENTRÍCULO TERMINAL EN ADULTOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mónica Lara Almunia¹, Paloma Jiménez¹, Ester Antón², Antonio Mas³, Marta Brell¹ y Javier Ibáñez¹

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Radiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: El ventrículo terminal es una pequeña cavidad epidural del interior del cono medular, sólo identificable histológicamente. Descrita en el s XIX, forma parte del desarrollo embrionario humano normal y su función es desconocida. Raramente, y en general relacionado con otras lesiones, puede convertirse progresivamente en sintomático mediante su dilatación quística, habiéndose descrito tan sólo 42 casos hasta la fecha a nivel mundial. Presentamos el caso de un adulto con lesión quística del ventrículo terminal (LQVT) rápidamente sintomática, no asociada a otra patología raquímedular. Realizamos revisión de la literatura.

Material y métodos: Mujer de 36 años con clínica de torpeza al caminar y caídas diarias de 1 semana de evolución. En la exploración neurológica se apreciaron déficits sensitivo y motor con pie caído en EII. La RMN del neuroeje mostró una tumoración quística intramedular a nivel del cono medular de 40 × 15 × 13 mm sin realce tras la administración de contraste, así como la ausencia de otras lesiones de interés. Se procedió a laminectomía, mielotomía y fenestración del quiste bajo monitorización neurofisiológica.

Resultados: Tras la intervención quirúrgica, la paciente experimentó un significativo beneficio clínico sensitivo y motor hasta F4+/5, sometiéndose posteriormente a tratamiento complementario de rehabilitación. El estudio anatomopatológico de biopsia de la pared quística presentó positividad para EMA y GFAP, y fue compatible con lesión quística del ventrículo terminal grado II.

Conclusiones: Las lesiones quísticas sintomáticas del ventrículo terminal en adultos son entidades muy infrecuentes, de patogénesis desconocida y evolución impredecible. Por esta razón, su tratamiento es aún controvertido y no se encuentra estandarizado. Nuestros resultados sugieren que la descompresión quirúrgica mediante mielotomía y fenestración, es un procedimiento sencillo, seguro y efectivo frente a otros tratamientos revisados, en casos como el presentado. El exhaustivo diagnóstico diferencial con patologías similares a la descrita es mandatorio para lograr el manejo terapéutico óptimo de estas lesiones.

P131

TUBERCULOSIS VERTEBRAL TORÁCICA MULTINIVEL POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX MULTIRRESISTENTE: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA CON ABORDAJE COMBINADO ANTERIOR Y POSTERIOR EN DOS FASES

José Manuel Garbizu Vidorreta, Carlos Fernández Carballal, Antonio Vargas López, Óscar Lucas Gil de Sagredo del Corral y Rosario González Rodríguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Se presenta un caso de afectación tuberculosa vertebral en tres niveles (cuatro vértebras) por M. tuberculosis complex multiresistente y se realiza una revisión de la literatura.

Material y métodos: Se describe el caso de un paciente procedente de Bangladesh, con afectación tuberculosa vertebral contigua D8 a D11, intervenido mediante abordaje combinado anterior y posterior.

Resultados: Varón de 34 años con dolor dorsolumbar intenso refractario a tratamiento analgésico y síndrome constitucional de 4 meses de evolución. El paciente es ingresado con cuadro de fiebre y dolor, sin afectación neurológica. Mediante RM de c. vertebral se le diagnostica de espondilodiscitis multisegmentaria D8-D11 y absceso paravertebral, que se punciona para diagnóstico microbiológico. Tras permanecer 3 semanas con tratamiento antibiótico-antituberculoso y reposo absoluto en cama, el paciente sufre empeoramiento neurológico en forma de paraparesia espástica con déficit motor moderado y trastorno sensitivo parcheado, pero sin disfunción vesicoesfinteriana ni fecal. Se repite RM de c. dorsal en la cual se aprecia aplastamiento de cuerpo vertebral D8 con desplazamiento de muro posterior y masa inflamatoria de partes blandas D8-D11, que se extiende a nivel epidural anterior condicionando una compresión medular. Ante dichos hallazgos el paciente es intervenido en dos tiempos. En una primera fase, mediante abordaje anterior (toracotomía), se realiza desbridamiento y descompresión D8-D11, y reconstrucción con malla cilíndrica de titanio D8-D11 con fijación lateral D7-D12. En un segundo tiempo, se lleva a cabo la instrumen-

tación posterior D4-L3 con tornillos transpediculares y barras. El diagnóstico microbiológico resultado de *M. tuberculosis* complex multiresistente, por lo que se ajusta tratamiento antituberculoso con una buena evolución posterior.

Conclusiones: La vTBC multisegmentaria consiste en la afectación de al menos dos segmentos móviles de la c. vertebral (3 vértebras). Dicha afectación multinivel se ve favorecida por el retraso diagnóstico en relación con una evolución mórbida insidiosa o en caso de gérmenes resistentes, como ocurre en el caso expuesto. El riesgo de compromiso neurológico y cifosis será mayor en estos casos, siendo más probable la necesidad de cirugía, que puede realizarse mediante abordajes anterior, posterior o combinado anteroposterior. Según la literatura, el abordaje combinado anteroposterior, a pesar de su potencial mayor morbilidad, se asocia a menor riesgo de cifosis con el tiempo. Por consiguiente, el procedimiento quirúrgico empleado deberá ajustarse a las características propias de cada caso, situación general del paciente y a la experiencia del cirujano.

P132

ESPONDILODISCITIS: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE LA FIEBRE Q

Sara Bisshopp Alfonso¹, Julio Valencia Anguita², Carlos Bautista Jiménez³, Marta Troya², Mónica Rivero Garvía², Javier Márquez Rivas² y Juan Gálvez⁴

¹Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de Salamanca. ⁴Unidad de Infecciosas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: *Coxiella burnetii* es el patógeno intracelular estricto causante de la fiebre Q, una zoonosis mundial. Su presentación clínica es muy variada e incluye formas agudas y crónicas. Presentamos un caso excepcional de fiebre Q crónica que debutó con pirexia y dolor lumbar grave debido a una osteomielitis vertebral.

Material y métodos: Paciente varón de 59 años de edad que ingresa por un cuadro de dolor ciático derecho, con irradiación S1, de dos meses de evolución. Su historia clínica revela una endocarditis mitral y aórtica por fiebre Q tres años antes. Durante el mes previo al ingreso, sufre empeoramiento progresivo del dolor lumbar, con características inflamatorias, febrícula de 37,5 oC y episodios de sudoración. El examen físico detectó signo de dolor a nivel de la musculatura paravertebral derecha, signos de irritación radicular en miembro inferior derecho y trastornos sensitivos en dermatomas L4-S2.

Resultados: Los test de laboratorio mostraron un conteo elevado de leucocitos (9.201), índice de velocidad de sedimentación globular (8) y proteína C reactiva (4,8 mg/L) incrementados. Los hemocultivos fueron estériles y el test de tuberculina resultó negativo. La RM mostró hallazgos compatibles con espondilodiscitis L4-L5. Los análisis serológicos para fiebre Q revelaron títulos significativamente elevados. El paciente se intervino mediante laminectomía, desbridamiento y limpieza del espacio L4-L5 y toma de muestras de biopsia y cultivos disco-vertebrales. El análisis histológico mostró lesión degenerativa sin malignidad y los cultivos bacteriológicos permanecieron negativos. Sin embargo, el estudio de PCR de *C. burnetii* resultó positivo, confirmando el diagnóstico de espondilodiscitis por *Coxiella* secundaria a infección previa.

Conclusiones: Existen pocos casos reportados en la literatura de infecciones osteoarticulares atribuidas a *C. burnetii*. La infección osteoarticular y en concreto, la osteomielitis vertebral, es una presentación clínica inespecífica de la fiebre Q, que pro-

bablemente esté infraestimada. Un mejor conocimiento de la enfermedad puede permitir el reconocimiento de sus inusuales manifestaciones y generar su sospecha diagnóstica.

P133

SCIWORA DEL ADULTO

Iria Gestoso Ríos, Adela Blando Guijarro, Christian Bravo García, Sonia Gayoso García, Rubén Barradas Estrada y Juan Manuel Villa Fernández

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: A propósito de un caso clínico, se propone revisión de cuadro clínico, mecanismo lesional, estudios diagnósticos y factores pronósticos.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica y pruebas complementarias así como evolución tras tratamiento, en relación con la literatura publicada.

Resultados: El paciente presenta clínica de mielopatía secundaria a traumatismo de baja energía por hiperextensión nadando estilo mariposa. Se realiza RM neuroeje que muestra tumefacción de cordón medular C5-C6 y protrusión discal subligamentosa a ese nivel, interviniéndose quirúrgicamente mediante discectomía + fijación anterior, con mejoría postoperatoria. SCIWORA del adulto se caracteriza por lesión medular secundaria a traumatismo sin evidencia de lesión ósea asociada en esqueleto desarrollado. Más frecuente en varones de mediana edad, en relación a causas habituales de traumatismo grave, pero también secundaria a traumatismos de baja energía. En pacientes jóvenes se ha observado con cierta frecuencia canal cervical estrecho congénito, mientras que en los de mayor edad se asocia a patología espondiloartrósica, siendo éstos últimos los que más pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico. La RM, idealmente con secuencia de difusión, es la prueba para la evaluación. Puede evidenciar patología extramedular y/o intramedular o ser normal. El pronóstico se ha relacionado con el tipo de lesión medular (el edema medular el de mejor pronóstico y la hemorragia intramedular el peor) y el déficit neurológico inicial, con recuperación total en 1/3 de los que presentan ASIA D.

Conclusiones: SCIWORA del adulto es una entidad con criterios variables en distintas publicaciones. Descrito en traumatismos cervicales sin daño a estructuras óseas. Presenta cuadro clínico de mielopatía, el diagnóstico se apoya en hallazgos de RM. Son factores pronósticos edad, tipo de lesión y afectación neurológica inicial. Es necesario establecer unos criterios uniformes de inclusión y más estudios de cara a conocer mejor el diagnóstico y manejo de esta patología.

P134

PSEUDOTUMOR RETROODONTOIDEO EN PACIENTE NO REUMATOIDEA

Déborá Martínez Gómez, Vicente Joanes Alepuz, Juan Manuel Herrera, Marlon Javier Rivera Paz, Juan Diego Mayorga Villa, Laurabel Gozalbes Esterelles y Vicente Vanaclocha Vanaclocha

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: El pseudotumor retroodontoideo es una lesión poco común provocada por granulación inflamatoria o por hipertrofia de partes blandas asociado a inestabilidad atloaxoidea por artritis reumatoidea, aunque en algunos casos no se demuestra inestabilidad, ni artritis. Presentamos el caso de una mujer de 70

años sin antecedentes de interés que presenta un pseudotumor retroodontoideo.

Material y métodos: Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor cervical irradiado a hemicráneo izquierdo de años de evolución junto a parestesias en mano izquierda los últimos 2 meses. Movilidad cervical conservada con dolor a la rotación hacia la izquierda. El resto de la exploración fue anodina. La RM cervical muestra una masa retroodontoidea que estenosa severamente el canal cervical y comprime la médula a dicho nivel. Se realizó fijación occipito-cervical y descompresión.

Resultados: Tras la cirugía la paciente mejoró de forma significativa, con desaparición de las parestesias, y reducción muy importante del tamaño del pseudotumor.

Conclusiones: Los pseudotumores retroodontoideos son lesiones poco frecuentes de la unión cráneo-cervical. La fijación por vía posterior es una buena opción quirúrgica sin necesidad de exéresis directa de la lesión.

P135

SUBLUXACIÓN ATLOIDO-AXOIDEA Y FRACTURAS VERTEBRALES EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sergio Andrés Torres Bayona, Nicolás Samprón, José Undabeitia, Mikel Armendáriz, Mariano Arrazola y Enrique Úrculo

Hospital Universitario Donostia.

Objetivos: presentar el caso clínico de un paciente con espondilitis anquilosante y fractura cervical tratado en nuestro servicio. Además discutir acerca de la modalidad de tratamiento y las consideraciones especiales que se deben tener en cuenta en estos pacientes debido a la morbimortalidad asociada en esta enfermedad.

Material y métodos: Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos Medline con las palabras "espondilitis anquilosante" y "tratamiento". Además se presenta un caso de nuestro hospital. Caso clínico: Paciente de 48 años de edad con historia de espondilitis anquilosante de años de evolución que se presentó con cérico-braquialgia y aumento de la deformidad tras una caída desde su propia altura. Los estudios complementarios pusieron de manifiesto una luxación atloido-axoidea irreductible y una fractura por compresión de la séptima vértebra cervical. Se realizó un abordaje quirúrgico combinado anterior (corpectomía con injerto autólogo y placa) y posterior (descompresión en C1 y C7 con instrumentación y fusión occipito-torácica).

Resultados: La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria del esqueleto axial caracterizada por una paradoja; presenta, al mismo tiempo, un exceso de calcificación y osteoporosis. En consecuencia, aparece la típica deformidad cifótica con fusión y fragilidad vertebral incrementando la susceptibilidad a fracturas vertebrales principalmente cervicales, y por consiguiente compromiso neurológico. A esto se debe sumar el compromiso sistémico que se padece en la espondilitis anquilosante. Por lo tanto la lesión espinal en esta enfermedad es un problema complejo asociado con mayor mortalidad en comparación con las fracturas espinales de pacientes previamente sanos.

Conclusiones: El tratamiento del traumatismo raquímedular en pacientes con espondilitis anquilosante representa un verdadero desafío. La estrategia quirúrgica debe adaptarse a la situación de rigidez, deformidad y fragilidad de la columna vertebral. En estos casos son necesarios abordajes agresivos, en ocasiones combinados y fijaciones largas.

P136

TIEMPO Y PAPEL DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN METÁSTASIS VERTEBRALES: ¿ES NECESARIO INTERRUMPIR LA RADIOQUIMIOTERAPIA?

Juan Alberto Lourido García¹ y Cristina Mesa del Castillo Payá²

¹Servicio de Neurocirugía; ²Servicio de Oncología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

El tratamiento quirúrgico de las metástasis cerebrales en el cáncer se dirige a dos factores fundamentales: el control local de la enfermedad y la estabilización de la columna que posibilita una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Las técnicas de estabilización percutáneas y mínimamente invasivas, aumentadas con vertebro/cifoplastia y tornillos cementados permiten una actitud quirúrgica agresiva con mínima interferencia con el tratamiento oncológico de la enfermedad. Presentamos el protocolo de manejo en nuestro Hospital, desarrollado en los últimos meses, junto a una revisión bibliográfica de los datos y tendencias actuales, ilustrado con el manejo intensivo en nuestra experiencia, con tres casos desde el desarrollo del protocolo.

P137

HEMANGIOMA CAPILAR ESPINAL EPIDURAL CON APARIENCIA 'EN RELOJ DE ARENA' SIMULANDO NEOPLASIA PULMONAR

M^a de los Ángeles García Pallero, Cristina Torres Díaz, Eduardo García Navarrete, Carlos Gordillo Vélez, Juan Delgado Fernández, Alejandra Arévalo Sáenz y Rafael García de Sola

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: Los hemangiomas son malformaciones congénitas vasculares. En la columna vertebral, asientan normalmente en los cuerpos vertebrales aunque pueden presentarse en otras localizaciones como intramedulares o en el espacio epidural. Nuestro objetivo es presentar el cuarto caso descrito en la literatura de un hemangioma capilar espinal exclusivamente epidural con apariencia en "reloj de arena" en la resonancia magnética (RM), cuya forma de presentación fue la de derrame plural.

Material y métodos: Mujer de 67 años que acudió a urgencias por disnea de 20 días de evolución. En la Rx torácica presentaba un derrame pleural derecho asociado a una masa mediastínica sugestiva de neoplasia pulmonar. En la RM torácica se apreció una masa paravertebral derecha a nivel T4-T5 con extensión foraminal e intratorácica y con apariencia en "reloj de arena".

Resultados: A través de un abordaje posterolateral derecho, se realizó una hemilaminectomía y costotranssectomía T4-T5 derechas guiadas por sistema de neuronavegación de columna. Se expuso una lesión rojiza, de aspecto muy vascularizado y se realizó una resección total en bloque de la misma. El estudio anatomopatológico fue diagnóstico de hemangioma capilar. Los hemangiomas puramente epidurales son raros y la mayoría de ellos son de tipo cavernoso. Normalmente se presentan en forma de mielopatía progresiva y, por lo tanto, el tratamiento precoz puede prevenir déficits neurológicos permanentes. Hasta la fecha han sido descritos 8 casos de dichos hemangiomas capilares en la columna torácica y lumbar, presentando sólo 3 de ellos extensión foraminal y aspecto en "reloj de arena".

Conclusiones: Los hemangiomas capilares espinales exclusivamente epidurales son lesiones raras, es importante considerarlos en el diagnóstico diferencial de lesiones epidurales con apariencia de "reloj de arena" en la RM, sobre todo a nivel torácico.

Son una enfermedad benigna y potencialmente curable y el tratamiento más apropiado es la resección total en bloque.

P138

MIELOPATÍA DORSAL SECUNDARIA A BRIDAS ARACNOIDEAS: EL SIGNO DEL ESCALPELO

Fernando Ruiz Juretschke, Julia Romero,
Antonio Vargas López, Laín González Quarante
y Santiago Sánchez-Alarcos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Presentamos un caso de bridas aracnoideas dorsales causante de una mielopatía compresiva que fue resuelta mediante la resección del mismo. A raíz de este caso y de una breve revisión de la literatura analizamos las características clínico-patológicas de este tipo de lesiones espinales.

Material y métodos: Se revisaron los informes médicos, estudios de neuroimagen e imágenes microquirúrgicas de una paciente de 56 años de remitida a nuestro centro con una clínica progresiva de seis años de evolución consistente en dolor y calambres en miembros inferiores y sensación de corriente eléctrica en los mismos. Presentaba una marcha atáxica con claudicación. La resonancia magnética evidenció una indentación medular a nivel D4-D5: el signo del escalpelo. Asociaba hipeintensidad en T2 y siringomielia distal. El estudio neurofisiológico confirmó la existencia de una mielopatía dorsal.

Resultados: La paciente fue intervenida mediante una laminectomía dorsal, exploración microquirúrgica intradural con identificación y sección de bridas transversales que condicionaban una compresión medular. La paciente evolucionó satisfactoriamente con una mejoría progresiva de la clínica y normalización del calibre medular en la resonancia magnética de control. La mielopatía secundaria a bridas aracnoideas dorsales es una patología extremadamente rara cuyo diagnóstico se basa en la identificación del característico aflamamiento del cordón medular a nivel de la zona de compresión conocido como signo del escalpelo. La liberación microquirúrgica de las bridas consigue una mejoría significativa en la mayoría de los casos.

Conclusiones: La identificación del característico signo del escalpelo en la resonancia magnética en el contexto de una mielopatía dorsal, debe hacer sospechar la existencia de bridas aracnoideas y plantear la sección microquirúrgica de las mismas.

P139

MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA (MNIO) EN CIRUGÍA DE RAQUIS. ACTUALIZACIÓN Y EVIDENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Cabrerizo Muñoz, Arantza Iglesias Martínez
e Íñigo Pomposo Gaztelu

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Enfatizar la importancia de la MNIO en la cirugía de raquis: su eficacia y efectividad, así como su eficiencia en términos de coste-beneficio.

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura utilizando diversas fuentes: PubMed, Medline, Cochrane, Google Scholar, Ovid SP Athens. Selección de trabajos atendiendo a criterios de actualidad (publicaciones 2007-2015), relevancia, coherencia metodológica y vigencia. Se han seleccionado un total de 20 artículos: 5 revisiones, 2 análisis coste-beneficio, 7 estudios retrospectivos, 3 series de casos, 2 meta-análisis y 1 estudio prospectivo multicéntrico.

Resultados y conclusiones: Caso clínico: meningioma D8 en mujer de 68 años. Exéresis subtotal. Caída de potenciales con laminectomía. Maniobras de recuperación y mejoría. No déficit postquirúrgico. La tasa de déficit neurológico post-quirúrgico es de 0,5-5% por lo que se requiere un alto NNT para evidenciar beneficios en términos absolutos. Cuestiones bioéticas y metodológicas impiden la realización de ensayos clínicos aleatorizados y la extrapolación coherente de estudios multicéntricos. Por ello el nivel de evidencia es 3. La MNIO multimodal (incluyendo potenciales evocados motores y sensitivos con estimulación transcraneal) detecta precozmente alteraciones neurológicas posibilitando la realización de maniobras preservadoras o recuperadoras que evitan el daño neurológico persistente. Ofrece asimismo valor pronóstico funcional. La MNIO reduce el riesgo relativo estimado de daño neurológico en un 49,4%, con un coste de 63.387 dólares por lesión evitada y un ahorro en costes sanitarios de unos 23.000 dólares anuales. En cirugía de escoliosis el ahorro se estima alrededor del millón de dólares por cada caso de paraplejía evitado. Se concluye que la MNIO es una herramienta de gran utilidad y coste-efectiva en el abordaje quirúrgico del raquis, permitiendo la optimización de la técnica quirúrgica y la adecuación del manejo general del paciente.

P140

SÍNDROME DE CAUDA EQUINA POR ABSCESO EPIDURAL TRAS URTICARIA FEBRIL POR SUPERANTÍGENOS

Patricia Cabrerizo Muñoz, Alejandro Carrasco González,
Guillermo Carbayo Lozano e Íñigo Pomposo Gaztelu

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Presentación de un caso clínico tratado en nuestro centro y documentación bibliográfica.

Material y métodos: Revisión de historia clínica y pruebas complementarias del paciente, así como de protocolos médicos y quirúrgicos implementados. Búsqueda bibliográfica mediante PubMed, MedLine, Google Scholar y Ovid SP.

Resultados y conclusiones: Varón, 52 años. Síndrome urticariforme y fiebre de 3 días de evolución, asociando infección respiratoria y flebitis de vías periféricas. Días después lumbociatalgia izquieira progresiva refractaria a analgesia, incapacitante. Posteriormente presenta síndrome de cola de caballo incompleta. RM: absceso epidural lumbar comprimiendo cauda equina y con espondilodiscitis asociada. Es intervenido de urgencia, realizándose laminectomía L4-L5 ampliada, drenaje del absceso y lavado de cavidad. En cultivos crece *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Mejoría inmediata tras la cirugía. Inicia antibioticoterapia y rehabilitación. RM de control: espondilodiscitis con espondilolistesis L5 y cambios postquirúrgicos. Tras erradicar la infección se procede a artrodesis lumbosacra posterior. El absceso epidural espinal es una entidad poco frecuente (0,02-2/10.000 ingresos), secundaria a bacteriemia o maniobras invasivas del raquis. Frecuentemente se asocia a inmunosupresión. El patógeno es *S. aureus* en un 50-75% de casos, con una mortalidad de 5-30%. Se trata mediante drenaje quirúrgico y antibioterapia. El síndrome de shock tóxico es una enfermedad rara (0,19-0,53 casos por 100.000 habitantes) producida por *S. aureus* y estreptococos A, mediada por toxinas bacterianas que actúan como superantígenos, produciendo graves lesiones cutáneas y fallo multiorgánico. La mortalidad alcanza el 50%. Existen variantes leves que simulan exantemas urticariformes con febrícula o fiebre autolimitada. En el caso presentado, la corticoterapia sistémica enmascaró y facilitó la infección estafilocócica, potenciando la bacteriemia y generando espondilodiscitis y abscesos epidurales. Por tanto se ha de ser prudente al administrar este tipo de terapias sin un diagnóstico preciso.

P141

PARAPLEJIA POSTRAUMÁTICA ASOCIADA A OSIFICACIÓN DEL LIGAMENTO AMARILLO TORÁCICO: REPORTE DE UN CASO Y BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA

Christian David García Montoya, Javier Ros de San Pedro, Beatriz Cuartero Pérez, Javier Alberto Morales y Cinta Arráez Manrique

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Describir un caso muy inusual de paraplejía postraumática en una mujer española de edad media, causada por el enclavamiento de un fragmento de ligamento amarillo osificado a nivel de la médula torácica, así como revisar brevemente la literatura pertinente.

Material y métodos: Se revisa la historia clínica incluyendo la exploración física y resultados de estudios de imagen de una mujer de 51 años, sin antecedentes de interés clínico, que se presenta con dolor a nivel dorsal e imposibilidad para mover los miembros inferiores tras sufrir un accidente de tráfico. En la exploración física presenta una paraplejía flácida y un nivel sensitivo T10. El TAC de columna muestra una fractura de la lámina de T10 y ocupación del canal espinal a nivel T10-T11. La RM dorsal informa de una ruptura del ligamento amarillo osificado a nivel T10 con mielopatía compresiva/traumática a dicho nivel.

Resultados: La paciente es sometida a laminectomía descompresiva y a resección del fragmento enclavado a este nivel con corrección del defecto dural subyacente. Tras la intervención la paciente persiste sin cambios en la exploración neurológica. El postoperatorio transcurre de forma normal y la paciente es dada de alta a los 17 días para continuar rehabilitación en un centro especializado en parapléjicos.

Conclusiones: La osificación del ligamento amarillo (OLF) es una entidad rara en países occidentales, más evidente en países asiáticos, que se describe como parte de la evolución natural de la patología degenerativa de la columna en este grupo específico de pacientes. En nuestro conocimiento éste es el segundo caso descrito en la literatura de una lesión medular traumática asociada a osificación del ligamento amarillo.

P142

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN EXPANSIVA DORSAL ALTA MEDIANTE ESTERNOTOMÍA Y ABORDAJE CÉRVICO-DORSAL POSTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuel Tardáguila Serrano,

Francisco Javier Gonçalves Ramírez, Jordi Manuel-Rimbau Muñoz, Carlos Javier Domínguez Alonso, Pedro López de Castro Alujes y Salvador Colet Esquerré

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Estudio de diagnósticos diferenciales, revisión de la técnica quirúrgica empleada para abordaje dorsal alto y valorar opciones de reconstrucción del raquis en lesiones complejas.

Material y métodos: Revisión de un caso de lesión expansiva vertebral a nivel T1-T2 con compresión medular, en una mujer de 51 años de edad que debuta con nivel sensitivo en D4, dolor interescapular y en territorio de nervio cubital derecho. A la exploración física, se objetiva déficit en la propiocepción de extremidades inferiores. Se realiza RMN al ingreso que informa de LOE T1-T2 compatible con M1. Se realiza aspirado de médula ósea y biopsia de la lesión guiada por TAC, con diagnóstico de mieloma múltiple. Tratado con ortesis cervicodorsal de entrada, se programa para resección tumoral y reconstrucción del raquis.

Resultados: Se realizó abordaje multidisciplinario vía cervicodorsal anterior, esternoclaviculotomía derecha, resección del componente neoplásico paravertebral, vertebrectomía T1-2, colocación de prótesis cilíndrica telescópica. Durante el mismo acto quirúrgico, reposicionamiento del paciente y artrodesis posterior mediante tornillos transpediculares C7-T4, barras rectas y laminectomía C7-T1. El control imagenológico muestra resección total de la lesión, descompresión del canal, corrección de cifosis, y correcta posición de la prótesis telescópica y de los tornillos. Clínicamente la paciente presenta mejoría progresiva de los síntomas sensitivos hasta la resolución completa e inicia a los 15 días de la cirugía con radioterapia y quimioterapia a partir del segundo mes.

Conclusiones: Actualmente, resulta de vital importancia la colaboración interservicios para completar el conocimiento de las estructuras anatómicas y ofrecer mejores resultados en aquellos pacientes con abordajes complejos, poco frecuentes. La cirugía compleja de columna requiere una planificación exhaustiva y un conocimiento anatómico exquisito. La restauración del balance sagital confiere estabilidad a la instrumentación y mejores resultados clínicos.

P143

PARAPARESIA POR MASA EN COLUMNA CERVICAL. ENFERMEDAD A DISTANCIA PERO NO TUMORAL

Daniel Pascual Argente, Juan Carlos Roa Montesdeoca, Antonio David Miranda Zambrano, Laura Ruiz Martín, Mauricio Jaramillo Pimienta, Carlos Manuel Bautista Jiménez, Ana Brownrigg-Gleeson Martínez y Jesús María Gonçalves Estella

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Llamar la atención sobre la necesidad del diagnóstico diferencial en una masa vertebral cervical, y sobre la utilidad de la radiografía simple en la cervicalgia crónica. Remarcar la incidencia creciente de la tuberculosis en nuestro medio últimamente.

Material y métodos: Paciente con 1 año de evolución de cervicalgia. Desde hace tres meses dificultad para la marcha y torpeza en ambas manos, el último mes con imposibilidad para marcha y bipedestación. En la RM cervical fracturas patológicas C5-C6-C7 con invasión de canal por muro posterior y masa de partes blandas condicionando compresión medular. No se evidenció lesión primaria radiológica y los marcadores tumorales fueron normales. Con diagnóstico prequirúrgico de metástasis vertebral se realizó corpectomía C5-C6-C7 y parcial D1 con reemplazamiento protésico y fijación con placa C4-D1. En dicho procedimiento se constató la existencia de caseum, motivo por el que se remitieron muestras a bacteriología.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente, con mejoría de la paraparesia fundamentalmente en miembros superiores sin llegar a mantener bipedestación. Tras tratamiento antibiótico se realizan TC y RM de control en los que se aprecia adecuada descompresión y fijación de la zona y ausencia de enfermedad residual.

Conclusiones: Es destacable lo avanzado del cuadro al diagnóstico. Llama la atención que no se hubiera apreciado la existencia de un problema cervical a pesar de las imágenes de la radiografía simple, que ya eran anormales cuando se realizaron. En el diagnóstico diferencial de una masa vertebral cervical las metástasis de tumores sólidos son la primera opción. Eso no quiere decir que haya que olvidar otras causas como tumores hematológicos, tumores óseos primarios, sarcomas, etc. El mal de Pott, aunque más infrecuente a nivel cervical también debe entrar en este diagnóstico diferencial, máxime cuando la tuberculosis es

cada vez más prevalente en nuestro medio por motivos demográficos y socio-sanitarios.

P144

SCHWANNOMA PIGMENTADO ESPINAL: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carlos Manuel Bautista Jiménez¹,
Mauricio Jaramillo Pimienta¹, Daniel Pascual Argente¹,
Laura Ruiz Martín¹, Ana Brownrigg Gleeson¹,
Antonio David Miranda Zambrano¹,
Juan Carlos Roa Montes de Oca¹ y Julio Valencia Anguita²

¹Hospital Universitario de Salamanca. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentar un infrecuente caso de schwannoma melanocítico y discutir la importancia del diagnóstico diferencial y el manejo neuroquirúrgico.

Material y métodos: Se trata de un hombre de 72 años de edad, con historia de dolor lumbociático progresivo, sin otra clínica neurológica. La resonancia magnética, demostró una lesión dependiente de la vaina nerviosa en el foramen L3-L4 derecho. El paciente fue sometido al tratamiento quirúrgico, logrando la exéresis completa de la lesión, con normalidad de las vías piramidales y somestésicas. Macroscópicamente se evidenció, una lesión de coloración negruzca. El estudio histológico e inmunohistoquímico permitió establecer el diagnóstico de schwannoma melanocítico, tras lo cual el paciente fue sometido a un rastreo para descartar el Síndrome de Carney.

Resultados: Tras la intervención el paciente mostró recuperación completa de la clínica de dolor. En el estudio de extensión no se evidenciaron otras lesiones, descartándose asociación con el síndrome de Carney.

Conclusiones: La literatura confirma que aunque la mayoría de los casos de SM siguen un curso clínico benigno, algunos casos presentan un potencial agresivo, por lo cual tras el diagnóstico histológico, es importante un seguimiento prolongado, para detectar recidiva local o crecimiento tumoral. Así también, es importante realizar un estudio clínico a fin de detectar la asociación con el síndrome de Carney.

P145

HEMATOMAS SUBDURALES ESPINALES ESPONTÁNEOS: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Ruiz Martín, Daniel Pascual Argente,
Antonio David Miranda Zambrano,
Juan Carlos Roa Montesdeoca, Mauricio Jaramillo Pimienta,
Carlos Manuel Bautista Jiménez, Ana Brownrigg-Gleeson
Martínez y Álvaro Otero Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos: Presentar dos casos de hematomas subdurales espinales espontáneos y realizar una revisión de la literatura.

Material y métodos: Caso 1: varón de 73 años, con antecedentes de DM tipo 2 y cardiopatía isquémica en tratamiento con Sintrom, que presenta dolor cervico-dorsal de varios días de evolución. A su ingreso se objetiva hemiparesia izquierda de predominio crural que progresa hasta presentar paraplejía y paresia en miembros superiores con nivel sensitivo D3. Caso 2: varón de 86 años, con antecedentes de síndrome mielodisplásico tipo RAEB-2 y anemia microcítica, que presenta cuadro de paraplejía espontánea aguda con nivel sensitivo T4 y pérdida de control de esfínteres acompañada de dolor costal irradiado a ambos flancos.

Resultados: Ambos casos fueron intervenidos quirúrgicamente, con carácter urgente, para realización de laminectomía y evacuación del hematoma subdural. Tras la cirugía no se observaron cambios neurológicos significativos, falleciendo ambos pacientes en un plazo de 6 meses tras la cirugía por complicaciones derivadas de sus procesos de base.

Conclusiones: Los hematomas subdurales espinales no traumáticos son una entidad poco frecuente que suele asociarse a coagulopatías, administración de anticoagulantes orales, malformaciones arterio-venosas, tumores o causas iatrogénicas (punción lumbar, acupuntura) aunque existen un porcentaje de casos en los que se desconoce su etiología. La presentación clínica más frecuente es el dolor dorsal de inicio súbito acompañado de alteraciones sensitivas y motoras. El diagnóstico se establece mediante RM espinal. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, presentando el 40% de casos un buen pronóstico. Sin embargo, en la literatura hay descritos casos de mejoría con tratamiento conservador empleando megadosis de corticoides. El tratamiento conservador puede estar indicado en pacientes con déficits neurológicos leves en los que no se objetive una malformación vascular como causa del sangrado, o aquellos con una mala condición general.

P146

HEMIVÉRTEBRA POSTERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Ignacio Pinto Rafael, Rubén Martín Láez,
Carlos Alfonso Bucheli Peñafiel, Guillermo García Catalán,
David Suárez Fernández, Idoia Valduviego Juaristi
y Alfonso Vázquez Barquero

Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander.

Introducción y objetivos: Hemivértebra es una anomalía congénita que puede ocasionar escoliosis, cifosis y lordosis, representa el 0,3% de cada 1.000 nacimientos vivos, al ser una anomalía del desarrollo que ocurre en las primeras 6 semanas, el problema parece estar relacionado con las arterias intersegmentarias durante la resegmentación y suele acompañarse de otras anomalías congénitas, y es más frecuente en los niños, siendo poco frecuente en la edad adulta.

Material y métodos: Paciente de 40 años que presenta trauma lumbar con lumbalgia y ciatalgia L5, sin ninguna otra sintomatología ni déficit neurológico. Los estudios neurorradiológicos demuestran la presencia de un acuañamiento posterior y leve escoliosis de convexidad derecha, secundario a una hemivértebra L4 con desaparición de la mitad izquierda de hemicuerpo vertebral y fusión de L2 a L4, el paciente mejora con tratamiento analgésico encontrándose asintomático actualmente.

Resultados y conclusiones: Por definición, hemivértebra es una vértebra cuneiforme con un solo pedículo en un lado. Se considera un fracaso de segmentación embriológico, asociado con un riesgo de escoliosis progresiva. Hemivértebra puede estar asociada con otras anomalías congénitas. Existen diferentes clasificaciones en la literatura. La de Touzet et al se basa en dos criterios: la hemivértebra puede estar fusionado o está separada de la vértebra adyacente; la parte superior e inferior de la vértebra adyacente no muestran anomalías de transición. Moe et al clasifican la hemivértebra en cuatro tipos, en relación con los cuerpos vertebrales, existen tres opciones quirúrgicas para corregir la deformidad: (a) la escisión de hemivértebra, (b) osteotomía vertebral, y (c) en la fusión situ. La escoliosis congénita secundaria por una hemivértebra es difícil de controlar, su evolución, tratamiento y pronóstico es impredecible, no existiendo una cirugía idónea para estos casos, siempre tiene que ser elegida de acuerdo a tipo de malformación y situación clínica.

P147 VERTEBRECTOMÍA TRANSPEDICULAR Y RECONSTRUCCIÓN CIRCUNFERENCIAL CON CAJA EXPANDIBLE Y ARTRODESIS MEDIANTE UN ÚNICO ABORDAJE POSTERIOR DE LÍNEA MEDIA

Rodrigo Ortega Martínez, Alfonso Vázquez Míguez,
Eduardo Portillo Bringas, Juan Carlos García Romero,
Idoya Zazpe Cenoz, Jorge Díaz Molina
y Gorka Zabalo San Juan

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: El propósito de este trabajo es describir la técnica quirúrgica de la vertebrectomía toraco-lumbar transpedicular con reconstrucción circunferencial mediante caja expandible y artrodesis mediante un abordaje posterior mínimamente invasivo en un único procedimiento quirúrgico. Se describen los resultados obtenidos en nuestro servicio y se realiza revisión de la literatura.

Material y métodos: En nuestro servicio se han realizado dos procedimientos en el último año, ambos a nivel torácico y de etiología traumática. La vertebrectomía se realizó a través de un abordaje posterior de línea media, mediante un procedimiento de sustracción transpedicular. Se implantaron cajas expandibles de titanio para la reconstrucción de la columna anterior, precisando en uno de los casos sacrificar una raíz dorsal. En ambos casos se completó la instrumentación mediante una fijación transpedicular dos niveles por encima y por debajo del nivel de la corpectomía. Se emplearon finalmente dispositivos transversos e injerto autólogo tanto a nivel anterior como postero-lateral de la instrumentación. Durante los procedimientos se realizó monitorización neurofisiológica continua.

Resultados: En ambos casos los pacientes presentaban una ASIA E prequirúrgico, sin objetivarse cambios tras el procedimiento. Se objetivó una mejoría tanto en el VAS como en el ODI a los tres meses de la intervención quirúrgica, así como una recuperación de la cifosis torácica. El tiempo medio quirúrgico fue de 242,8 minutos y la pérdida sanguínea fue de 1.206 mL. No hubo complicaciones significativas en relación con el procedimiento.

Conclusiones: La vertebrectomía con reconstrucción circunferencial y artrodesis por vía posterior en un único procedimiento quirúrgico es una excelente alternativa a la doble vía anterior y posterior en el tratamiento de patología traumática, oncológica y degenerativa que afecten a la región toraco-lumbar. Evita la morbilidad asociada a los abordajes anteriores y a medio plazo al menos aporta una estabilidad comparable al abordaje anterior. Se describen las potenciales ventajas y detalles técnicos del procedimiento.

P148 SÍNDROME DE BROWN-SEQUARD SECUNDARIO A QUISTE FACETARIO CERVICAL. REVISIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Paddy Méndez Román, José Vicente Mollá Torró,
Juan Sales Llopis, Iván Verdú Martínez, Raquel López García,
Patrick Bartschi y Pedro Moreno López

Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivos: Los quistes facetarios son infrecuentes. Con frecuencia se puede observar a nivel lumbar y rara vez son sintomáticos. Aún son más infrecuentes los quistes facetarios a nivel cervical (1-4%). Presentamos 2 casos clínicos observados en nuestro centro hospitalario en el año 2014 los cuales debutan con síndrome de Brown-Sequard sin antecedentes traumáticos. Los estudios de resonancia magnética demuestran en ambos pacien-

tes quistes yuxtafacetarios a nivel cervical bajo (C6-C7) con lesión posterolateral de la médula espinal.

Material y métodos: Revisión clínica y evolutiva de los 2 casos clínicos operados en nuestro centro hospitalario en el año 2014 los cuales debutaron con síndrome de Brown-Sequard. Revisión de la literatura.

Resultados: Se ha observado gran mejoría clínica tras la cirugía de los pacientes con ésta patología la cual concuerda con la poca literatura publicada sobre el síndrome de Brown-Sequard y los quistes cervicales yuxtafacetarios. Ambos pacientes fueron operados de forma urgente por vía cervical posterior (laminectomía y exéresis de quiste facetario).

Conclusiones: Los pacientes presentaron mejoría clínica progresiva con mejoría clínica completa a los meses de la cirugía. Los quistes cervicales yuxtafacetarios deben considerarse en el diagnóstico diferencial de masas extradurales cervicales. La resonancia magnética dan un diagnóstico rápido y certero de ésta patología y la laminectomía con exéresis completa del quiste don como resultado una buena recuperación neurológica completa en la mayoría de los casos. Damos como hipótesis fisiopatológica que estos quistes yuxtafacetarios son secundarios a un proceso degenerativo que afecta a las zonas más móviles de la columna cervical y que pueden causar compresión posterolateral de la médula, más aún en presencia de estenosis de canal cervical causando así el síndrome de Brown-Sequard.

P149 ESPONDILOLISTESIS TRAUMÁTICA DEL AXIS TIPO IIA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Jesús Riqué Dormido, Raquel Sánchez García,
Marta Calvo Alonso, Neomí Lomillos Prieto,
Pilar Jerez Fernández y José Manuel del Pozo García

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Realizar una búsqueda bibliográfica sobre un tipo de fractura poco común, con el fin de mejorar el manejo terapéutico de este tipo de fracturas.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 89 años sin antecedentes personales de interés, que a los 9 días de presentar un accidente de tráfico, comenzó con clínica de dolor cervical junto con dificultad para caminar y debilidad en miembros inferiores. A la exploración neurológica, la paciente solo presentaba alteración de la fuerza en miembros inferiores (4-/5), siendo el resto de la exploración normal. En RX cervicales y en TAC cervical se observó fractura de la base de C2, que afecta a la unión pedículo-laminar, originando una separación de los elementos vertebrales anteriores con respecto a los posteriores > 3 mm. En estudios RM cervical se observó una ausencia de alteración medular, junto a una anterolistesis de C2 sobre C3 con angulación > 110.

Resultados: La fractura de axis expuesta en nuestro caso clínico concuerda actualmente con un grado II A de la clasificación Levine y Edwards. Las características radiológicas obtenidas, reporto una inestabilidad importante del complejo C2-C3 dada la rotura de ambos ligamentos longitudinales.

Conclusiones: La espondilolistesis traumática del axis grado II A son fracturas relativamente complejas por su gran inestabilidad y complicaciones neurológicas asociadas que pueden ocurrir. La biomecánica de estas fracturas se basa en una hiperextensión con distracción o compresión de C2 sobre C3. Actualmente se recomienda según las últimas series bibliográficas recopiladas una actitud quirúrgica lo más precozmente posible.

P150

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PENETRANTE EN EL SENO SAGITAL SUPERIOR. CASO CLÍNICO DE SU LIGADURA EMERGENTE Y CON UN EXCELENTE RESULTADO NEUROLÓGICO

Rui Manuel Almeida Ramos, Rui Jorge Almeida, Ricardo Moreira y José Manuel Amorim

Hospital de Braga, Portugal.

Objetivos: Relato de caso clínico de lesión penetrante en la transición del tercio medio para posterior del seno sagital superior con necesidad de cirugía emergente y de ligadura del seno. Sin posibilidad de reconstrucción, pero mostró un excelente resultado neurológico.

Método y resultados: Paciente masculino de 55 años, encontrado en su lugar de trabajo con broca metálica insertada en la región posterior de la sutura sagital. Inicialmente con escala de coma de Glasgow 9 y posterior deterioro y necesidad de intubación orotraqueal. En la tomografía computarizada cerebral se mostró el objeto con trayecto intracraneal, desde la transición del tercio medio para posterior del seno sagital superior, cruzando los lóbulos parietales y temporales derechos y con su parte inferior a perforar la tienda del cerebelo, contactando con la superficie tentorial de lo mismo. Fue operado de emergencia para remoción de la broca pero se presentó con sangrado profuso por el seno sagital superior totalmente destruido. Fue necesario emergente ligadura y sin posibilidad de su reconstrucción. Después de la cirugía, en cuidados intensivos, ha presentado hipertensión intracraneal, requiriendo barbitúricos y colocación de derivación ventricular externa. Resultado neurológico favorable. Alrededor de dos meses después de la cirugía se presenta con escala de coma de Glasgow 15, sin déficits focales.

Conclusiones: En casos extremos de lesiones penetrantes de la transición del tercio medio para posterior del seno sagital superior cuando su reconstrucción no es posible, la ligadura puede permitir una buena evolución neurológica.

P151

ESTUDIO CRASH-3. NUESTRA EXPERIENCIA

Juan Ángel Tihista Jiménez, José Roldán Ramírez, Juan M^a Guergue Irazabal, Sara Cerdón Álvarez y Eider Redondo Díez

Complejo Hospitalario Navarra UCI-A, Pamplona.

Objetivos: A nivel mundial más de 10.000.000 mueren o son hospitalizadas cada año debido a un trauma craneal. El ácido tranexámico ha demostrado reducir el sangrado en pacientes politraumatizados (estudio CRASH 2). El estudio CRASH-3 ofrecerá una evidencia confiable del efecto del ácido tranexámico sobre la mortalidad y la discapacidad en pacientes con trauma craneal puro.

Material y métodos: Un estudio internacional, pragmático, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo para cuantificar los efectos de la administración temprana (dentro de las 8 horas desde la lesión) de ácido tranexámico sobre la mortalidad y discapacidad en pacientes con trauma craneal.

Resultados: Estudio coordinado desde la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Inicio 1 diciembre 2011. Fin 1 enero 2017. Todavía en fase de reclutamiento Se pretende reclutar a 10.000 pacientes.

Conclusiones: Nuestra unidad ES centro de referencia de politraumatizados. Entró a formar parte de este estudio en Abril 2014. Desde entonces hemos reclutado a 15 pacientes con los siguientes diagnósticos y evolución.

P152

ANÁLISIS GEOMÉTRICO ENTRE EL SITIO DEL IMPACTO Y LA LOCALIZACIÓN DE LAS CONTUSIONES CEREBRALES. RELACIÓN CON LA PROGRESIÓN HEMORRÁGICA

Santiago Cepeda, Ana María Castaño León, Pablo Munárriz, Luis Jiménez Roldán, Pedro Antonio Gómez López y Alfonso Lagares

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir la relación entre el sitio de impacto y la localización de las contusiones cerebrales así como su asociación con la progresión hemorrágica.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros de 335 pacientes con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico grave y moderado admitidos en nuestro hospital desde enero de 2010 hasta diciembre de 2013. Se incluyeron enfermos que mostraban al menos 1 contusión en el TC inicial o control. De los 122 pacientes incluidos, se identificaron un total de 205 contusiones. Las variables utilizadas fueron: el volumen de la contusión calculado mediante técnicas de volumetría por tomografía computarizada y los ángulos medidos en grados desde el nasion hasta el sitio del scalp y hasta la localización de la contusión. El crecimiento de la contusión se definió como el aumento igual o mayor del 33%.

Resultados: Las contusiones de localización temporal izquierda (45-135o) se relacionaron con sitios de impacto localizados entre 210 - 330° (OR 2,9, p < 0,01). Las contusiones temporales derechas (225-315o) mostraron relación con scalps ubicados entre 30-150o (OR 3,9, p < 0,01). Cuando el scalp se situó entre 90-270 grados, las contusiones producidas mostraron mayor tendencia a crecer en comparación con scalps anteriores: 67,8% vs 53,7% (p = 0,06). Las contusiones localizadas entre 45-90 grados mostraron mayor tendencia a crecer (OR 2,5, p = 0,023). La media de crecimiento de las contusiones producidas por impactos entre 271-315o fue mayor que otras localizaciones (14,8 vs 5,09 cc; p = 0,02). La distancia entre el sitio de impacto y la localización de la contusión no se relacionó con la progresión.

Conclusiones: Las contusiones temporales se relacionan con scalps ubicados en sitios opuestos lo cual podría sugerir un mecanismo de contragolpe. Los impactos localizados en la parte posterior del cráneo generan contusiones con mayor tendencia al crecimiento.

P153

HERIDAS CRANEOENCEFÁLICAS POR ARPÓN DE PESCA SUBMARINA

Juan Camilo Hernández Acevedo, Fernando García Vázquez, Karla Michel Guerrero, Gema Gómez Benítez, Efraim Gómez Cárdenas, Francisco Rodríguez Peña, Irene Iglesias Lozano y José Luis Gil Salú

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Presentar 2 casos de herida craneal penetrante con arpón de pesca submarina que consideramos interesantes, no solo por ser poco frecuentes, sino también, por sus impresionantes imágenes. Describir el manejo prehospitalario, quirúrgico y médico realizado.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de 2 pacientes que sufren herida penetrante por arpón de pesca submarina, el primero durante la práctica del deporte subacuático y el segundo, en un intento de suicidio.

Resultados: En el primer caso, se realiza tac que confirma trayecto intracraneal de arpón desde canto interno derecha y salida occipital del mismo lado, sin lesiones hemorrágicas importantes asociadas. Cirugía urgente con extracción del cuerpo extraño a través de craniectomía occipital en dirección de entrada. Evoluciona favorablemente con amaurosis derecha y cuadrantanopsia temporal superior izquierda como secuelas. En el segundo caso, se recorta extremo distal del arpón para la manipulación y transporte del paciente. Su entrada por cavidad oral, impide una maniobra de intubación orotraqueal inicial, siendo necesario el control de la vía aérea mediante fibrolaringoscopia por parte de ORL. El tac realizado muestra arpón con entrada entre el paladar duro-blando y salida en región parietal derecha, con un recorrido paramedial derecho y sangrado en astas occipitales. Extracción quirúrgica del cuerpo extraño en el sentido de entrada y ampliando su orificio de salida con un trépano. Evolución desfavorable con estado de coma prolongado y múltiples complicaciones. El resultado es estado vegetativo persistente.

Conclusiones: No es posible realizar recomendaciones precisas para el manejo de este tipo de lesiones, puesto que depende de las características de cada accidente. Es necesario realizar una cirugía de extracción del cuerpo extraño en el sentido de entrada y a través de una craneotomía/craniectomía que lo exponga, permita su manipulación segura y posterior control de daños locales. El paciente requerirá un manejo multidisciplinar tanto prehospitalario como hospitalario.

P154

IMPLANTACIÓN DE MODELOS DE ANEURISMAS 3D EN CADÁVER. IMPLICACIONES EN INVESTIGACIÓN Y ENTRENAMIENTO QUIRÚRGICO

Julio Plata Bello^{1,2}, Arnau Benet², Adib Abla², Gabriel Acevedo-Bolton², David Saloner³ y Michael T. Lawton²

¹Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ²Skull Base and Cerebrovascular laboratory, Department of Neurosurgery, University of California, San Francisco, EEUU. ³Center for Cerebrovascular Research, University of California, San Francisco, EEUU.

Objetivos: Evaluar la viabilidad de implantar modelos de aneurismas cerebrales en 3 dimensiones (3D) en especímenes cadavéricos, valorando la utilidad potencial en investigación, manejo de casos complejos y entrenamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se generaron dos modelos de aneurisma cerebral en 3D, que fueron finalmente implantados en dos especímenes. La implantación se realizó en la misma región en que el aneurisma era originario (se usaron dos pacientes como modelos). En cada uno de los especímenes, contralateralmente al lado de la implantación, se realizaron diferentes abordajes al modelo de aneurisma en 3D. La capacidad de manipulación del modelo, así como la exposición quirúrgica, fueron evaluadas.

Resultados: Los modelos de aneurismas en 3D fueron implantados de forma satisfactoria en los dos especímenes. Las características de los cuellos del modelo aneurismático, en términos de flexibilidad, y su relación con las ramas vasculares de los especímenes, permitían adecuada y realísticamente la práctica del clipaje aneurismático. Además, la relación de la cúpula del aneurisma con las estructuras adyacentes permitía comprender más adecuadamente el probable efecto masa que un aneurisma puede generar.

Conclusiones: Los modelos de aneurisma en 3D implantados en especímenes cadavéricos pueden ser una herramienta útil en la preparación de abordajes quirúrgicos para casos complejos. Asimismo, pueden contribuir a la investigación y como apoyo para el desarrollo de habilidades quirúrgicas.

P155

PARAMNESIAS COMO DEBUT CLÍNICO DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA: PRIMER CASO DESCRITO EN NUESTRO PAÍS

Juan-Antonio Ruiz Ginés, Marta Claramonte de la Viuda, Maikal Villena Martín, Ahmed Fouad Dusuky Al-Turky, Osvaldo Balcázar Rojas y José María Borrás Moreno

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: La malformación arteriovenosa (MAV) es una lesión vascular congénita, esporádica, de patogenia no bien conocida, considerada como la malformación vascular más grave, pudiendo causar cuadros de hemorragia cerebral y/o crisis epilépticas. Su incidencia ronda el 0,1% de la población (10% de la incidencia aneurismática intracraneal). El 90% de las MAV son supratentoriales. Suelen presentarse como lesiones únicas, salvo en el 9% de casos, que son múltiples. Las MAV cerebrales producen el 1-2% de todos los accidentes cerebrovasculares (3% en adultos jóvenes) y 9% de las hemorragias subaracnoideas. Respecto a las crisis epilépticas, presentes en el 11-33% de los casos, predominan en pacientes con MAV corticales, grandes, con drenaje superficial y aquellas múltiples. Las crisis son típicamente focales, ya sean simples o complejas, aunque a menudo presentan generalización secundaria. La ubicación de la MAV influye en el tipo de convulsión y semiología.

Objetivos: Nuestro objetivo es mostrar el primer caso descrito en nuestro país de un paciente afecto de estado de mal epiléptico, parcial simple, en forma crisis dismnésicas o psíquico-experienciales, como forma de debut de una MAV tèmoro-parieto-occipital subyacente.

Métodos y resultados: Paciente de 55 años, valorado en relación con clínica consistente en visión autoperceptiva, en espejo, reducción, episodios de déjà vu, rememoración continua y repetitiva experiencial, despersonalización y desrealización, hasta el punto de repercutir en la idea de realidad del paciente. Únicamente mediante el empleo de valproato fue posible controlar la clínica del enfermo. Los estudios de imagen mostraron la presencia de una MAV de 3 cm a nivel tèmoro-parieto-occipital derecho.

Conclusiones: La angioarquitectura de una MAV cerebral se basa en la interconexión directa, arterio-venosa, sin red capilar interpuesta, con un tejido cerebral gliótico inmerso en la maraña vascular, lo que asociado a un flujo anormal y fenómenos de robo vascular constituyen la base de la sintomatología propia de estas lesiones.

P156

PRESENTACIÓN PSEUDO-TUMORAL EN UNA VASCULITIS CEREBRAL PRIMARIA: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Beatriz Mansilla Fernández, Álvaro Pérez Zamarrón, María Luisa Gandía, María Román de Aragón, Remedios Frutos Martínez y Juan Álvarez Linera

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Ruber Internacional, Madrid.

Objetivos: La vasculitis cerebral primaria es una entidad poco frecuente, limitada a los vasos del parénquima cerebral y leptomeníngeos, de difícil diagnóstico dada la variabilidad clínica y hallazgos angiográficos e histopatológicos, no siempre concluyentes. Presentamos un caso de vasculitis cerebral primaria, aportando estudio con RM espectroscopia y angiografía cerebral, mostrándose muy útiles en el diagnóstico del caso que presentamos.

Material y métodos: Varón de 30 años con un cuadro progresivo de debilidad en brazo derecho, acompañado de episodios súbitos de empeoramiento con disartria y parálisis facial central izquierda. El paciente presentaba un balance muscular (BM) de 2/5 en mano derecha con tendencia espástica, 4/5 en antebrazo y hombro derecho. El resto del balance muscular estaba conservado, y el paciente presentaba una marcha sin alteraciones. Los reflejos osteotendinosos bicipital y tricípital se encontraban ligeramente aumentados en el MSD. El paciente no asociaba otra clínica. Los estudios por imagen, inicialmente mostraron una lesión frontoparietal izquierda sugestiva de neoplasia primaria, no pudiéndose descartar etiología isquémica dada la evolución clínica del paciente.

Resultados: La RM cerebral y RM espectroscopia señalaron una lesión progresiva, con realce postcontraste con una espectroscopia sugestiva de lesión isquémica. La biopsia no resultó concluyente para vasculitis, descartándose la etiología neoplásica. La arteriografía señaló una vascularización cortical pobre, con irregularidad y adelgazamiento de arterias distales, hallazgos compatibles con vasculitis. El paciente fue tratado con corticoides a altas dosis, mejorando progresivamente de su clínica.

Conclusiones: Son pocos los casos de vasculitis cerebral primaria con comportamiento pseudotumoral descritos en la literatura. Pensamos que, aunque con sus claras limitaciones, la biopsia cerebral sigue siendo la prueba más sensible y específica en la actualidad. Sin embargo, tanto la arteriografía como la RM con espectroscopia pueden ser, en conjunto con la biopsia cerebral, herramientas fundamentales para diagnosticar esta forma de presentación de vasculitis cerebral primaria.

P157

ANEURISMA GIGANTE ARTERIA CARÓTIDA INTRACAVERNOSA: RECANALIZACIÓN TRAS TRATAMIENTO MEDIANTE OCLUSIÓN PROXIMAL

Ana María Castaño León, Pablo M. Munárriz, Santiago Cepeda, Jorge Campollo, José A. Fernández Alén y Alfonso Lagares

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir un infrecuente caso de aneurisma gigante de la porción cavernosa de la arteria carótida interna que precisó tratamiento mediante oclusión proximal en dos ocasiones por recanalización a través de flujo inverso procedente de arteria vertebral ipsilateral.

Material y métodos: Mujer de 62 años, acude a urgencias por cefalea de inicio brusco, irradiada a globo ocular derecho, náuseas y diplopía binocular. A la exploración física destacaba paresia VI par derecho. La TC cráneo demostró aneurisma de la porción cavernosa de la arteria carótida interna (ACI) derecha parcialmente trombosado. Se inició tratamiento antiagregante y se completó estudio con arteriografía cerebral evidenciándose un diámetro máximo de 25 mm y cuello de 9 mm. Durante su ingreso sufre cuadro brusco de ptosis, midriasis arreactiva, oftalmoparesia y dolor hemifacial derecho compatible con síndrome seno cavernoso completo. El test angiográfico de oclusión demostró adecuado relleno territorio cerebral ACI derecha a través de la arteria comunicante anterior desde la ACI izquierda y un retraso relleno venoso derecho de solo 0,3 seg permaneciendo registro electrofisiológico normal. Se procedió a cervicotomía lateral derecha y ligadura de la arteria carótida común (ACC) derecha. La paciente fue dada de alta, persistiendo únicamente la paresia VI par. En la arteriografía de control se evidenció recanalización del saco a través de flujo inverso procedente de arteria vertebral hacia la arteria occipital. Por este motivo, la pacien-

te se reintervino para ligadura ACI derecha a nivel cervical. Tras el procedimiento, la paciente evolucionó de manera favorable y en la arteriografía de control se comprobó cierre completo del aneurisma.

Resultados: Los aneurismas de la porción cavernosa de la ACI suponen el 2-9% de todos los aneurismas intracraneales. Se considera su historia natural benigna con respecto a otras localizaciones por su bajo riesgo de ocasionar hemorragia subaracnoidea dada su ubicación intracavernosa aunque pueden condicionar síntomas por efecto masa o fístula carotídeo-cavernosa. Su tratamiento es controvertido dependiendo de la situación clínica y características del saco. Se ha distintos métodos para su tratamiento. Una opción válida es la ligadura proximal tanto de ACI como ACC siendo la tasa de trombosis y reducción del tamaño semejante entre ambas. Se considera sin embargo que las complicaciones isquémicas son más frecuentes si se liga ACI.

Conclusiones: Consideramos para el caso de los aneurismas sintomáticos una opción válida, si el test de oclusión lo permite, la ligadura de la ACI cervical evitando así el riesgo de la ligadura de la ACC de recanalización extracraneal-intracraneal.

P158

HIPOTERMIA CEREBRAL SELECTIVA PARA FACILITAR LA RECONSTRUCCIÓN DE ANEURISMA GIGANTE

Pablo López Ojeda^{1,2}, Thomas Mattingly^{2,3}, Miguel Arango², Peter Allen², Barb Lehrbass², Jonathan Lau² y Steve Lownie²

¹Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

²London Health Sciences Centre, Ontario, Canadá. ³Neurosurgical Associates, Richmond, Virginia, EEUU.

Objetivos: Presentar el primer uso clínico de la hipotermia cerebral selectiva mediante acceso endovascular femoral sin necesidad de bypass cardiopulmonar. Demostrar la utilidad de la hipotermia cerebral selectiva para facilitar la cirugía de los aneurismas gigantes disminuyendo los riesgos sistémicos de las técnicas de hipotermia convencionales.

Material y métodos: Paciente varón de 49 años con un aneurisma gigante no roto de la arteria cerebral media derecha. El tratamiento endovascular se desestimó debido al cuello ancho del aneurisma y el extenso trombo intraluminal. En la planificación quirúrgica se anticipó la necesidad de evacuación del trombo del aneurisma para su reconstrucción con clips y se previó la necesidad de un período prolongado de clipaje temporal y de isquemia cerebral.

Resultados: Mediante el uso de un sistema de catéter de doble lumen formado por un catéter de 14 French y un catéter de 8 French con balón coaxial fabricado específicamente para perfusión selectiva, se realizó canulación endovascular de la arteria carótida común derecha mediante acceso femoral. Utilizando un sistema de refrigeración extracorpórea se recogió sangre a nivel aórtico y tras su refrigeración se completó el circuito reinfundiendo la sangre en el territorio de la carótida común, consiguiéndose un enfriamiento selectivo de ese hemisferio de hasta 26 grados. Esto permitió un período prolongado de isquemia cerebral para la eliminación completa del trombo aneurismático y la reconstrucción con clips del cuello del aneurisma. No hubo complicaciones sistémicas ni neurológicas.

Conclusiones: Esta es la primera experiencia de hipotermia cerebral selectiva vía endovascular. Sobre la base de este éxito preliminar, la continuidad en la investigación de esta técnica para la neuroprotección contra la isquemia cerebral focal está garantizada.

P159
SEGURIDAD DEL LAVADO DE CISTERNAS BASALES CON UROQUINASA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN NUESTRO CENTRO

Marlon Javier Rivera Paz, Vicente Vanaclocha Vanaclocha, Juan Manuel Herrera, Moisés Sánchez Pardo, Francisco Verdú López, Laurabel Gozalbes Esterelles, Débora Martínez Gómez y Juan Diego Mayorga Villa

Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Valorar la seguridad del lavado de las cisternas de la base con dosis única de activador del plasminógeno tipo uroquinasa en pacientes con hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura aneurismática, con riesgo elevado de desarrollar vasoespasmos y/o hidrocefalia, se busca así disminuir la morbimortalidad asociada a dichas complicaciones sin aumentar el riesgo de resangrado.

Material y métodos: Se valora la evolución radiológica de 10 pacientes que ingresan a urgencias con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática, se toma como criterio de inclusión la cantidad de contenido hemático en tomografía computarizada mediante valoración de Fisher (3 y 4) independientemente del estado clínico, se realiza craneotomía y clipaje según localización con comprobación de correcto clipaje mediante videoangiografía intraoperatoria; una vez clipado se procede a realizar lavado de cisternas basales con 100.000 UI de uroquinasa. Se realizan controles radiológicos dentro de las primeras 72 horas y al 5to día para valorar persistencia de contenido hemático.

Resultados: De los pacientes valorados durante el proceso, se observó, en los controles radiológicos precoces, una disminución importante del contenido hemático con respecto al ingreso, sin presentar, en ningún caso complicaciones hemorrágicas relacionadas con la administración de uroquinasa. No se valora la evolución clínica ni se realizan controles objetivos para determinar presencia de vasoespasmos o hidrocefalia.

Conclusiones: La administración de uroquinasa, en el mismo acto quirúrgico y una vez anulado el riesgo de presentar resangrado, parece ser una medida segura y efectiva para disminuir la presencia de los coágulos y sus productos de degradación; relacionados con vasoespasmos e hidrocefalia. Nos hemos propuesto la realización de un estudio prospectivo aleatorizado con criterios de inclusión y seguimiento, para valorar objetivamente el beneficio de esta terapia en la disminución de dichas complicaciones.

P160
SÍNDROME DE DESCONEXIÓN INTERHEMISFÉRICA POR ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA PERICALLOSA

Marta Ramírez Carrasco, Pablo de Andrés Guijarro, Anna Lo Presti Vega, Laura Sáinz Villalba, Delia Viñas Gil y Raquel Gutiérrez González

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El síndrome de desconexión interhemisférica cerebral es un conjunto de síntomas clínicos que se definieron tras comisurotomía. Actualmente su frecuencia se ha visto disminuida debido al abandono de dicha técnica para el tratamiento de epilepsia. Los síntomas agudos más típicos son mutismo transitorio, indiferencia ante estímulos externos, apraxia ideomotriz izquierda y dispraxia diagnóstica. En el mutismo transitorio no se conoce exactamente la fisiopatología aunque se cree que es el resultado de la ruptura de las conexiones interhemis-

féricas en los casos en los que el habla se encuentra en los dos hemisferios y trastorno de las neuronas transcallosas. Presentamos el caso de una mujer con aneurisma de arteria pericallosa (representan el 2,3% de todos los aneurismas en la literatura) roto que presentó dicho síndrome en el postoperatorio.

Material y métodos: Mujer de 48 años con cuadro de cefalea y crisis tónica de minutos de duración acude a urgencias siendo diagnosticada mediante TC y angioTC de hematoma en región cingular secundario a la rotura de un aneurisma de arteria pericallosa izquierda. Se somete a craneotomía parasagital izquierda urgente y disección interhemisférica para evacuación del hematoma y clipaje del aneurisma bilobulado.

Resultados: Dos días después inicia cuadro de mutismo y bradipsiquia, comprendiendo y obedeciendo órdenes. Asocia también apraxia ideomotriz y de la marcha, dispraxia diagnóstica y trastornos en las actividades bimanuales. Ausencia de alexia ni agrafia. A los 3 días mejoría del mutismo y persistencia de la apraxia que va mejorando lentamente con rehabilitación. En la actualidad es totalmente independiente.

Conclusiones: El síndrome de desconexión interhemisférica es muy poco frecuente en la práctica clínica actual con síntomas en general transitorios pero que pueden durar meses. La mayoría de casos se relacionan con comisurotomías, siendo excepcional (hay muy pocas publicaciones al respecto) su presentación tras evacuación de hematoma cingular por hemorragia aneurismática de arteria pericallosa.

P161
USO DE STENT EN ESTENOSIS DE SENO TRANVERSO COMO TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA. CASO CLÍNICO

María Jesús Álvarez Holzapfel, Fernando Muñoz Hernández, Luis San Román, Andreas Leidinger, Laura Salgado López y Joan Molet Teixidó

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: La hipertensión intracraneal idiopática (HII) se define como la elevación de la presión intracraneal (PIC) sin otras alteraciones en las pruebas de imagen. Clínicamente se manifiesta como cefalea, papiledema y alteraciones visuales progresivas hasta la ceguera. Se han planteado múltiples causas y actualmente se reconoce la hipertensión venosa cerebral por estenosis de senos venosos como una de ellas. Nuestro objetivo es valorar el tratamiento endovascular en la estenosis de seno transverso como tratamiento definitivo de la HII.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad, con sobrepeso, sin otros antecedentes de interés. Presentó cuadro de cefalea, vértigos y alteraciones visuales progresivas asociadas a papiledema. Las valoraciones iniciales por otorrinolaringología y TC no mostraron hallazgos patológicos. Se realizó registro de PIC, con presión de apertura de 30 mmHg y después test de infusión que alcanzó PIC de 40 mmHg. La resonancia magnética con venografía reveló estenosis bilateral de ambos senos transversos. Posteriormente se realizó arteriografía cerebral diagnóstica que demostró una estenosis bilateral de ambos senos transversos con gradiente de presión significativo superior a 15 mm de Hg entre tórcula y ambos golfos de las yugulares.

Resultados: Se realizó una arteriografía terapéutica donde se colocó un stent en seno transverso derecho con la normalización inmediata del gradiente de presión. Tras 3 meses del procedimiento la paciente presentó una mejoría clínica y del papiledema progresiva.

Conclusiones: La estenosis de seno transverso es una causa frecuente de HII, debe estudiarse en todos los paciente con

este diagnóstico. Confirmada la estenosis de seno transverso y un gradiente de presión significativo debería plantearse la colocación de un stent endoluminal como primera opción terapéutica.

P162

DEGENERACIÓN HIPERTRÓFICA DE LA OLIVA BULBAR SECUNDARIA A CAVERNOMA EN EL NÚCLEO DENTADO

Ángela Carrascosa Granada, Sofía Santiño, Cristóbal Saldaña, Carlos Cotúa, Xavier Santander y José García-Irúa

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: La degeneración hipertrófica de la oliva es una forma atípica de degeneración transináptica en la conexión neuronal de la vía dento-rubro-olivar. La vía dento-rubro-olivar o triángulo de Guillain-Mollaret conecta el núcleo dentado del cerebelo con el núcleo rojo contralateral y el núcleo olivar inferior contralaterales. El núcleo rojo y el núcleo olivar inferior ipsilateral están conectados por el tracto tegmental central. El circuito se completa con conexiones olivo-cerebelosas que del núcleo olivar inferior se dirigen al núcleo dentado contralateral. Su manifestación clínica es el mioclonus palatino y mioclonías oculares.

Material y métodos: Paciente de 25 años que consulta por un mes de cefalea, vómitos y cuadro de alteración de movimientos de la mano derecha. En la exploración física se objetiva mano torpe derecha. En la TAC cerebral se observa hematoma en hemisferio cerebeloso derecho sin hidrocefalia. La RMN cerebral evidencia una lesión ovoidea localizada en el núcleo dentado derecho con halo periférico hipointenso en la secuencia ponderada en T2 y una zona central reticulada heterogénea de predominio hiperintenso que sugiere cavernoma. Además la oliva bulbar izquierda tenía hiperintensidad en relación con hipertrofia degenerativa por interrupción de las vías olivo-dento-rúbricas insertas en el triángulo de Guillain Mollaret. Se decidió tratamiento quirúrgico de la lesión.

Resultados: Se realizó craneotomía suboccipital derecha con abordaje supracerebeloso infratentorial con resección completa. Identificación de la lesión compatible con cavernoma. En su periferia sangrados de diferente temporalidad.

Conclusiones: Las causas más frecuentes de afectación del tronco que puedan involucrar la vía dento-rubro-olivar son la hemorragia secundaria a enfermedad hipertensiva, TCE, malformaciones vasculares y el infarto. En los estudios de RM se manifiesta como un aumento de tamaño e hiperintensidad del núcleo olivar inferior en las secuencias ponderadas en T2, asociada a una lesión mesencéfalo protuberancial.

P163

MANIFESTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE LOS ANEURISMAS CEREBRALES. EPISTAXIS ESPONTÁNEA (A PROPÓSITO DE UN CASO)

Gustau Pérez Prat, Marta Troya Castilla, Palomares Cancela Caro y Yamin Chocrón González

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La epistaxis como forma de presentación clínica de aneurismas cerebrales sin antecedente traumático es una entidad clínica de muy baja incidencia. Entre los factores predisponentes se encuentran el tratamiento con radiaciones, infecciones fúngicas o bacterianas y lesiones neoforativas. En esta

comunicación, describimos los hallazgos radiológicos y evolución clínica de un caso de epistaxis severa asociada al diagnóstico de un aneurisma de porción intracavernosa (C4) de arteria carótida interna y revisamos la literatura.

Material y métodos: Varón 80 años edad, que consulta por epistaxis severa que consigue limitar con compresión nasal y asociada a afectación incompleta motora del III par craneal D junto con paresia de la extremidad superior heterolateral de 12 horas de evolución. En las 36 horas anteriores al sangrado nasal, el enfermo solicitó valoración urgente por ptosis palpebral asociada a diplopía de un día de evolución. El estudio CT de cráneo no muestra signos de sangrado intracraneal, pero sí una erosión de la pared lateral del seno esfenoidal en relación con un probable aneurisma carotídeo. En angioCT, se detecta la presencia de un aneurisma en el segmento C4 de la arteria carótida interna.

Resultados: El paciente recibió tratamiento endovascular de la lesión aneurismática mediante embolización con espirales de platino, consiguiéndose una oclusión completa.

Conclusiones: La epistaxis severa, sobre todo si está asociada a síntomas o signos de afectación del seno cavernoso, debe incluir el estudio de la vascularización cerebral. El tratamiento endovascular permite el control de la lesión en la mayor parte de los casos.

P164

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EMBOLIZACIÓN TRANSVENOSA INTRAOPERATORIA DE FÍSTULA DURAL DEL SENO TRANSVERSO IZQUIERDO

Ángela Carrascosa Granada, Anwar Saab, Pedro Alonso Lera, Aurelio Vega Astudillo, Pedro Ruiz García y José García-Uría

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: Las fístulas durales representan aproximadamente el 15% de las malformaciones vasculares cerebrales. Se constituyen a partir de comunicaciones en el seno de la duramadre entre ramas meníngeas arteriales y senos venosos o venas meníngeas y a veces, también con venas piales.

Material y métodos: Paciente de 62 años que acude a urgencias por cuadro de cefalea, vómitos, desorientación y alteración del lenguaje con anomia. Se realizó RMN que evidenció MAV dural con drenaje venoso cortical del seno transverso izquierdo y edema difuso en hemisférico izquierdo. La arteriografía cerebral evidenció MAV dural del seno transverso izquierdo tipo IIa+b, objetivándose drenaje venoso retrógrado a las venas corticales hemisféricas izquierdas las cuales se encuentran muy dilatadas. Se intentó realizar embolización por vía venosa que fue fallida. Por esta razón se decidió tratamiento combinado, quirúrgico y endovascular.

Resultados: La cirugía consistió en la realización de una incisión lineal, un cm lateral a la tórula con realización de trépano sobre el seno transverso izquierdo que fue utilizado para cateterización directa del seno trasverso tras la cual se realizó embolización venosa con coils consiguiéndose el cierre completo de la fístula dural. Al año del procedimiento paciente se encuentra asintomático. La RMN evidencia desaparición del edema hemisférico izquierdo.

Conclusiones: En las fístulas se considera de gran importancia la clasificación según el drenaje venoso dada su correlación con la agresividad de los síntomas. Las modernas técnicas de cateterización y embolización permiten el abordaje venoso de la malformación con oclusión del seno vía transvenosa evitando la intervención quirúrgica que supone un riesgo grande dado que la exposición del seno supone una pérdida sanguínea importante para el paciente.

P165

HEMATOMA EPIDURAL CERVICAL ESPONTÁNEO CON LESIÓN COMBINADA DE CORDONES MEDULARES POSTERIORES Y LATERALES UNILATERALES

Marta Navas García, Alejandra Arévalo Sáez, Paloma Pulido Rivas y Rafael García de Sola

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: El hematoma epidural espinal espontáneo (HEEE) es una entidad sin causa etiológica reconocida, descrita inicialmente por Jackson en 1869. Es una patología infrecuente, con una incidencia anual de 0,1/100.000, que puede conducir a un daño neurológico permanente. La localización más habitual de los HEEE es la región cervicotorácica. Clínicamente cursan con dolor local y déficits sensitivos y/o motores (para o tetraparesia). Los déficits motores o sensitivos hemicorporales son infrecuentes, y en estos casos es fundamental realizar un diagnóstico diferencial con la patología ictal cerebrovascular. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de HEEE tratado en nuestro servicio, que debutó con un cuadro de hemiparesia izquierda.

Material y métodos: Varón de 79 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de cervicalgia aguda asociado a hemiparesia izquierda de 4 horas de evolución. El TAC cerebral no demostró datos de isquemia, por lo que se solicitó un TAC Cervical, en el que se identificó una extensa colección hemática epidural posterolateral izquierda a nivel C3-C7. El paciente fue intervenido de forma urgente mediante la realización de una laminectomía cervical microquirúrgica C3-C7 y la extracción completa de la colección epidural posterolateral izquierda. Durante la intervención no se identificaron anomalías vasculares subyacentes.

Resultados: La angio-RM postoperatoria no demostró alteraciones vasculares medulares; el estudio neurofisiológico con PESS postquirúrgicos evidenció una alteración en la conducción a través de los cordones posteriores medulares. El paciente presentó una adecuada evolución postoperatoria, sin déficits motores, manteniendo una mínima ataxia de la marcha al mes de seguimiento.

Conclusiones: El HEEE es una patología infrecuente que condiciona un alto grado de morbimortalidad. Puede imitar distintas entidades neurológicas, entre ellas la patología isquémica cerebral. El diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz determina el grado de recuperación funcional del paciente.

P166

UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA (MNIO) DURANTE LA CIRUGÍA DE BYPASS CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Muñoz Hernández, Estela Lladó Carbó, Beatriz Martín Huerta y Joan Molet Teixidó

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: La cirugía de bypass extra-intracraneal es una técnica utilizada en casos seleccionados de enfermedad cerebrovascular isquémica, siendo el riesgo de infarto ipsilateral perioperatorio aproximadamente del 14,4%. Analizar la utilidad del clipaje temporal de la rama M4 de arteria cerebral media (ACM) receptora previo a la realización del bypass entre arteria temporal superficial (ATS) y dicha rama M4.

Material y métodos: Paciente de 65 años con oclusión de arteria carótida interna izquierda con reserva hemodinámica exhausta que presentaba episodios recidivantes de infartos cerebrales en hemisferio izquierdo pese a la optimización de tratamiento médico. Se indica bypass de ATS con ACM. La MNIO incluyó potenciales evocados somatosensoriales (PESS) y potenciales evocados

motores (PEM) para las 4 extremidades y electroencefalografía convencional (EEG).

Resultados: Realizamos test de clipaje temporal previo al bypass de la M4 receptora. Durante 15' no se observaron cambios significativos en PESS ni PEM. Iniciado el bypass no se observaron cambios durante 18' de clipaje temporal en M4. En el 19' se observó una disminución significativa del 50% en la amplitud de los PESS de n. mediano derecho y una disminución en la amplitud de los PEM de extremidad superior derecha de un 70%. Se continuó el bypass con persistencia de la disminución de los PESS y los PEM para lado derecho en un 50%. Finalizado el bypass a los 25' se retiraron clipajes temporales y se observó una recuperación progresiva de los valores de amplitud de PESS y PEM hasta alcanzar los valores de normalidad. El paciente durante el postoperatorio no presentó infarto cerebral isquémico ipsilateral.

Conclusiones: El test de clipaje temporal de la rama de ACM receptora antes de proceder a la realización del bypass podría ser una técnica a considerar para determinar si el paciente podrá tolerar el tiempo de clipaje temporal del bypass sin sufrir un infarto cerebral postoperatorio.

P167

INFARTECTOMÍA EN NIÑO CON OCLUSIÓN AGUDA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DE ETIOLOGÍA ISQUÉMICO-TRAUMÁTICA

Pilar Baños Carrasco, Fabián Enrique Romero Chala, Mauricio José Cevallos Calero, Rafael Abdías Najarro Quispe, Diego Fernando López Bermeo, Ramón Torné Torné y Esteban Xavier Cordero Asanza

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: La oclusión aguda de la arteria carótida interna (ACI) puede conllevar un infarto hemisférico masivo, causando edema cerebral extenso, herniación transtentorial e incluso la muerte. El objetivo del trabajo es difundir el tratamiento quirúrgico de una extensa lesión de etiología isquémico-traumática que compromete la vida en un paciente pediátrico.

Material y métodos: Presentamos el inusual caso de un varón de 8 años, sin antecedentes de interés, que sufre politraumatismo con traumatismo craneoencefálico grave, tras ser aplastado por una pesada puerta metálica. A su llegada está intubado, sedoanalgesiado, pupilas normales, hemodinámica estable tras reducción de fractura abierta de tibia. La TC craneal (TCC) precoz muestra extensa lesión isquémico-traumática fronto-temporoparietal derecho con extensa fractura de base de cráneo y peñasco homolateral, línea media (LM) centrada. A las 6h se repite TCC donde se observa swelling hemisférico derecho, borramiento de surcos de la convexidad y desplazamiento de 8 mm de LM. Ante estos hallazgos se realizó hemicraniectomía derecha y neuromonitorización. Las primeras 36 horas de evolución postquirúrgica fue desfavorable, presentando anisocoria derecha y datos de hipertensión intracraneal. La TCC evidencia aumento del efecto de masa y swelling, mayor desviación LM y herniación masiva hemisférica a través de la craneotomía. Con estos hallazgos, se explica a la familia la posibilidad de tratamiento quirúrgico extremo, dado el compromiso vital del paciente. Procedemos a reseca gran zona de infarto fronto-temporal derecho. TCC inmediato evidencia marcada disminución del efecto de masa. A partir de entonces, estabilidad clínico-radiológica, reposición a las tres semanas de calota autóloga y progresiva mejoría neurológica.

Resultados: Un año después, el paciente camina con ayuda de férulas, déficit motor braquial moderado y ha vuelto al colegio presentando leve-moderada afectación cognitiva

Conclusiones: La infarTECTOMÍA fronto-temporal como medida quirúrgica extrema puede liberar de forma inmediata la herniación transtentorial y la compresión del tronco encefálico.

P168

MODELO EXPERIMENTAL DE HIPOPERFUSIÓN CEREBRAL CRÓNICA-REPERFUSIÓN REMEDANDO EL SÍNDROME DE RESTABLECIMIENTO DE PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL NORMAL EN MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

Juan Manuel Revuelta Barbero¹, Anwar Saab Mazzei¹, José Fortes², Álvaro Pérez-Zamarrón³, Gregorio Rodríguez-Boto⁴ y Raquel Gutiérrez González^{1,5}

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ²Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ³Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El desarrollo de edema y/o hemorragia multifocal es una de las complicaciones potencialmente más graves que puede suceder tras la obliteración de una malformación arteriovenosa (MAV) intracraneal. El objetivo de este trabajo es desarrollar un modelo experimental animal de hipoperfusión cerebral crónica capaz de reproducir el fenómeno de restablecimiento de la presión de perfusión cerebral (PPC) normal que aparece tras la obliteración de las MAVs intracraneales.

Material y métodos: Se ha diseñado un modelo experimental en rata consistente en la realización de una fístula arteriovenosa extracraneal término-lateral (vena yugular externa-arteria carótida común izquierdas) que remeda el nidus de una MAV favoreciendo el fenómeno de "robo vascular" y por tanto la hipoperfusión cerebral crónica, con posterior reperforación tras el cierre de la fístula. Así, existirán dos cohortes de 8 ratas cada una. El grupo estudio se someterá a la realización de la fístula y a la posterior oclusión bilateral de las arterias carótidas externas en un mismo procedimiento. Transcurridos sesenta días, la fístula será cerrada simulando la obliteración de una MAV intracraneal, con el fin de reproducir el fenómeno de restablecimiento de PPC normal. El grupo control se someterá únicamente a la oclusión bilateral de ambas arterias carótidas externas, sacrificándose los animales sesenta días después del procedimiento.

Resultados: Se compararán datos hemodinámicos (presión arterial media, presión intracraneal y PPC recogidos los días 0, 7 y 60), permeabilidad de la barrera hemato-encefálica (extravasación de fluoresceína sódica) y hallazgos histológicos entre los grupos estudio y control.

Conclusiones: El modelo experimental permite conocer mejor y afianzar conceptos en relación a la fisiopatología del fenómeno de restablecimiento de la PPC normal, abriendo la posibilidad de investigar medidas neuroprotectoras para su tratamiento y/o prevención. Los modelos experimentales son necesarios dada la imposibilidad de desarrollar este tipo de estudios en el campo clínico-autópsico.

P169

CAVERNOMA ASOCIADO A ANOMALÍA VENOSA DEL DESARROLLO: CONTROVERSIAS TERAPÉUTICAS

Luis Mariano Rojas Medina, Rodrigo Carrasco Moro, Herbert Daniel Jiménez Zapata, Álvaro de Blas Orlando, Juan Salvador Martínez Sanmillán, Eduardo Fandiño Benito y Luis Ley Urzaiz

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Definir el papel de la anomalía venosa del desarrollo (AVD) en la patogenia del cavernoma asociado (en el caso de las malformaciones vasculares mixtas), así como su implicación en el diseño de la estrategia quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 35 años con crisis epilépticas generalizadas tónico-clónicas, secundarias al sangrado de un cavernoma frontal izquierdo asociado íntimamente a una anomalía venosa del desarrollo con drenaje hacia el seno longitudinal superior del territorio profundo paraventricular. Realizamos una revisión de la literatura con respecto al tratamiento quirúrgico de este tipo de malformación vascular mixta.

Resultados: Las AVD representan la malformación vascular más frecuente y en torno a una cuarta parte de los casos asocian cavernomas. La presencia de canales venosos de drenaje del cavernoma hacia la AVD (como evidenciamos en nuestro caso) parece predisponer a una mayor incidencia de fenómenos hemorrágicos presumiblemente a consecuencia de hipertensión venosa (23-93%). Este mecanismo parece jugar un papel fundamental en el incremento de recidiva observado en aquellos casos en que se practica una resección del cavernoma respetando el flujo de la AVD. Sin embargo, resulta difícil establecer el riesgo de las potenciales complicaciones isquémicas resultantes de una eventual sección de la AVD. En nuestro caso, optamos por la extirpación del cavernoma, seccionando los pequeños vasos de comunicación con la AVD, sin producirse complicaciones ni signos de recidiva tras seis meses de seguimiento.

Conclusiones: Dada la ausencia de evidencia científica con respecto al manejo terapéutico de este tipo de malformación vascular mixta, encontramos aconsejable realizar una extirpación completa del cavernoma en caso de ser sintomático y valorar una interrupción del flujo de aquellas AVDs de drenaje superficial de áreas no elocuentes, o en caso de recidiva sintomática del cavernoma.

P170

¿TIENEN UTILIDAD DE LOS POTENCIALES EVOCADOS MOTORES (PEM) EN LA CIRUGÍA DE CLIPAJE ANEURISMÁTICO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Andreas Leidinger, Estela Lladó Carbo, Fernando Muñoz Hernández, Beatriz Martín Huerta y Pere Tresserras Ribó

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: En la cirugía de los aneurismas cerebrales, los infartos subcorticales postquirúrgicos son mayoritariamente consecuencia de la oclusión de una arteria perforante. Los potenciales evocados somatosensoriales (PESS) y potenciales evocados motores (PEM) son utilizados para detectar signos de isquemia cortical (PESS) y profunda (PEM) en cirugías de clipaje de aneurismas.

Objetivos: Describir la utilidad de los PEM en un caso de cirugía de aneurisma de arteria comunicante anterior (ACoMA) para detectar isquemia de las arterias perforantes durante el clipaje.

Material y métodos: Paciente de 50 años con aneurisma de ACoMA que se repermeabilizó tras una embolización después de un episodio de hemorragia subaracnoidea. Se indicó realizar una craniotomía pterional derecha y clipaje del aneurisma. Se registraron los PESS y PEM para extremidades superiores e inferiores, EEG continuo y EMG libre durante toda la intervención quirúrgica. El procedimiento se realiza bajo anestesia con TIVA sin relajación muscular para optimizar el registro neurofisiológico.

Resultados: Durante el abordaje se colocó clip precurvado en el cuello aneurismático y se confirma permeabilidad distal mediante videoangiografía con verde de indocianina y eco-Doppler intraoperatoria demostrándose la presencia de flujo distal. A los 19 minutos de colocado el clip definitivo se observa una disminución brusca de los PEM para bíceps y abductor pollicis brevis (APB) derechos con pérdida absoluta de los PEM al minuto 20 post-clipaje. Se procedió a la recolocación del clip, y se aplicó la técnica TIPP (time - irrigation - papaverine - blood pressure increment) para pre-

venir el daño neurológico irreversible. Transcurridos 2 minutos se observa una progresiva recuperación en la amplitud del PEM de bíceps y APB hasta llegar a la normalidad en 9 minutos.

Conclusiones: En nuestro caso, la pérdida de los PEM durante la cirugía se traduce en el clipaje incidental de arterias perforantes capsulares o de la arteria recurrente de Heubner pese a los conservación se flujo distal en ambas arterias cerebrales anteriores. Consideramos que la aplicación de la MNIO que incluya PESS y PEM en cirugías vasculares, permite la detección precoz de lesiones isquémicas profundas que, de otra manera, pueden pasar desapercibidas.

P171

ANEURISMAS INTRACRANEALES EN GEMELOS

Laura Gil Yáñez¹, Carlos Alberto Rodríguez Arias¹, Mario Martínez-Galdamez², Omar Valladolid Prado¹ y Joaquín Ortega Quintanilla²

¹Servicio de Neurocirugía; ²Unidad de Neuroradiología Intervencionista, Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Objetivos: La presencia de aneurismas intracraneales familiares implica la presencia de dichos aneurismas en dos o más familiares de primer a tercer grado, siendo la asociación más alta entre gemelos. Se caracterizan por aparecer a edades más tempranas, siendo de tamaño menor y se presentan en territorio de AComA con menos frecuencia que en la población general. Hay pocos casos descritos en la literatura de aneurismas en hermanos gemelos. Dichos aneurismas se presentan frecuentemente en vasos idénticos u opuestos y se rompen a edades similares.

Material y métodos: Paciente varón de 46 años, que presenta cefalea intensa y vómitos. Se realiza TC cerebral objetivándose HSA de predominio interhemisférico y hematoma frontobasal derecho (Fisher IV). En arteriografía cerebral se demuestra aneurisma sacular en AcomA de 2 mm de diámetro que se emboliza. Asimismo presenta microaneurisma a nivel de top basilar. El paciente evoluciona de modo tórpido, presentando hidrocefalia como complicación. Se coloca drenaje ventricular externo y finalmente derivación ventrículo peritoneal. Como método de screening se realiza angioTC cerebral a un hermano gemelo varón.

Resultados: El screening demuestra la presencia de un aneurisma de 6 mm en top basilar y otro a nivel de ACM derecha de 3 mm, confirmándose estos hallazgos con arteriografía. Se decide embolización del de top basilar y está pendiente de tratamiento del de ACM.

Conclusiones: En la arteriografía realizada en el hermano gemelo asintomático se confirma la presencia de dos aneurismas, uno de ellos en la misma localización. Cabe destacar la importancia del screening en estos casos, ya que los gemelos son genéticamente iguales, y se conoce que los factores genéticos juegan un papel importante en la patogénesis. Asimismo, como los aneurismas en gemelos tienden a romperse cuando los hermanos tienen edad similar, de debe realizar el estudio lo más precozmente posible, y plantear tratamiento de modo preventivo.

P172

MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS DURALES ETMOIDALES

Javier Ros de San Pedro, Beatriz Cuartero Pérez y Cinta Arráez Manrique

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Describir las características clínicas, radiológicas, quirúrgicas y resultados de una serie de tres casos de fístula arteriovenosa dural etmoidal (EDAVF).

Material y métodos: Paciente 1: varón, 35 años, cefalea súbita secundaria a hematoma frontobasal izquierdo de pequeño volumen (GCS 15). La angio-RMN cerebral diagnosticó la vena de drenaje de la EDFAV. Paciente 2: varón, 62 años, deterioro brusco de nivel de conciencia (GCS 3) tras hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha, con hemoventrículo y hematoma subdural agudo asociado, que requirió evacuación urgente. Paciente 3: mujer, 62 años, cefalea brusca secundaria a voluminoso hematoma intraparenquimatoso frontal derecho y hemoventrículo (GCS 14). Los tres casos mostraron un patrón angiográfico superponible, con aferencias nutricias bilaterales desde ambas arterias oftálmicas (ramas etmoidales), drenaje venoso único a vena frontobasal y aneurisma venoso de flujo (fuente de la hemorragia). El manejo quirúrgico en los tres casos consistió en el clipaje de la EDFAV a "pie de vena", variando sólo en la vía de abordaje (bifrontal-interhemisférica –paciente 1-, frontoparietotemporal-subfrontal –paciente 2-, pterional-subfrontal –paciente 3-).

Resultados: Los 3 casos fueron clasificados como grados Borden III y Cognard IV. En los tres casos se consiguió una oclusión completa por vía quirúrgica de la EDFAV. Los pacientes 1 y 3 tuvieron una recuperación completa con GOS de 5 y 4, respectivamente; el paciente 2 fue exitus (GOS 0) a consecuencia de una septicemia de origen respiratorio.

Conclusiones: Las EDFAV son extremadamente infrecuentes (la mayor serie en la literatura presentó 16 casos). Se caracterizan por una alta frecuencia de hemorragias intraparenquimatosas frontales de gran magnitud, debido a su localización anatómica y tendencia a drenar a venas leptomeníngeas. El abordaje quirúrgico de las mismas es preferible sobre el endovascular, al proporcionar una altísima tasa de oclusión (100% en esta serie), bajo riesgo de complicaciones intraoperatorias y la posibilidad de evacuación de hematomas asociados.

P173

COMPARACIÓN DE CAPACIDAD DE PREDICCIÓN EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: CLASIFICACIÓN DE LA WFNS Y ESCALA DE OGILVY-CARTER

Oihana Leizaola Irigoyen, Patricia Barral Segade, Antonio Garrote Freire, Elena Giráldez Vázquez, Francisco Gude Sampedro y Eva Saborido Paz

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Comparar el valor pronóstico de dos escalas de gravedad (WFNS [World Federation of Neurosurgeons Societies] y de Ogilvy-Carter), en los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel con el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea (HSA), desde enero de 2011 hasta octubre de 2014.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela entre enero de 2011 y octubre de 2014, con diagnóstico de HSA espontánea aneurismática y tratados tanto de manera endovascular como quirúrgica. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra respecto a variables epidemiológicas y severidad del cuadro, así como del tratamiento realizado y evolución. Se calcularon las escalas de gravedad WFNS y Ogilvy-Carter, escala radiológica de Fisher, así como escalas de resultado funcional (escala GOS [Glasgow Outcome Score]). Finalmente, mediante regresión logística, se confeccionó un modelo pronóstico para cada una de las escalas. En cada uno de ellos se valoró el ajuste del modelo (R²), su capacidad de discriminación (AUC: área bajo la curva) y su calibración (score de Brier).

Resultados: Durante el período señalado, se analizaron 142 pacientes, con edad media de 60,8 años (DE 14,4), siendo el 60% mujeres. Respecto a las escalas clínicas de gravedad, 67% puntuaban 1 en la escala de WFNS en el momento del ingreso. En la escala de Ogilvy-Carter, 72,5% de los pacientes presentaban una puntuación entre 0 y 2. Por último, en la escala radiológica de Fisher, 60% de los pacientes presentaban un grado IV. En cuanto al tratamiento realizado sobre el aneurisma, 65 de los pacientes (45,8%) fueron embolizados y 25 de ellos (17,6%), sometidos a clipaje quirúrgico. Medida con escala GOS, la evolución funcional fue satisfactoria (GOS 4 y 5) en el 59% de los pacientes de la serie. La mortalidad global de la serie, fue del 23,2% (33 pacientes). El modelo con WFNS presenta un mayor ajuste ($R^2 = 0,38$), discriminación ($AUC = 0,79$) y calibración (Brier = 0,167) que el modelo Ogilvy-Carter ($R^2 = 0,36$, $AUC = 0,78$, Brier = 0,178), aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Conclusiones: Ambas escalas evaluadas han mostrado tener, en nuestra serie, un buen valor pronóstico, con buena correlación con las escalas de evolución neurológica. La escala WFNS ha presentado una discreta superioridad respecto a la escala de Ogilvy-Carter, sin llegar a ser significativa.

P174

CIERRE ESPONTÁNEO DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

Rafael García Moreno, Marcos Botana Fernández, José Antonio Sánchez Rodríguez, Carlos Andrés Mondragón Tirado, Ignacio Javier Gilete Tejero, Manuel Royano Sánchez, Hyaissa Zuheyahitv Ippolito Bastidas y José Manuel Cabezudo Artero

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivos: La historia natural más común de las malformaciones arteriovenosas (MAV) consiste en un aumento de tamaño y sangrado aunque hasta en el 3% de los casos pueden presentar una regresión espontánea.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años de edad diagnosticado de forma incidental de una MAV parieto-occipital de 45 x 30 mm dependiente de dos ramas de la arteria cerebral media izquierda y una vena de drenaje única hacia el seno transversal. A los tres meses del diagnóstico presenta varios episodios de disfasia de predominio motor y en el momento de la embolización se observa el cierre espontáneo de la MAV.

Resultados: La causa más frecuente de regresión de una MAV es el cierre progresivo de las venas de drenaje debido al efecto masa de un hematoma intraparenquimatoso, lo cual provoca una estasis sanguínea en el interior de la MAV seguida de una trombosis retrógrada del nido y su desaparición. La alteración del flujo sanguíneo por afectación de las arterias aferentes es otra causa y puede estar desencadenada por el vasoespasm secundario a una hemorragia subaracnoidea, la gliosis perilesional provocada por microsangrados de repetición, la existencia de émbolos, la aterosclerosis de los vasos aferentes y los cambios secundarios a cirugías cerebrales previas. Tras producirse la regresión, el riesgo de sangrado de la MAV desaparece, aunque pueden persistir las crisis comiciales y, en muy raras ocasiones, se puede recanalizar, siendo necesaria la realización de angiografías seriadas.

Conclusiones: El cierre espontáneo de una MAV es un proceso raro a tener en cuenta provocado por cambios hemodinámicos que no siempre es definitivo, por lo que estos pacientes requieren seguimiento angiográfico.

P175

HEMORRAGIA SUBDURAL Y SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA ASOCIADA A SANGRADO INTRATUMORAL EN MENINGIOMA EN PACIENTE TRATADO CON SINTROM

Francisco Verdú López, Juan Diego Mayorga Villa, Vicente Vanaclocha Vanaclocha, Laurabel Gosalbes Esterelles, Moisés Sánchez Pardo, Juan Manuel Herrera, Marlon Rivera Paz y Débora Martínez Gómez

Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Mostrar el caso clínico de un paciente que presenta una hemorragia subaracnoidea (HSA) y subdural espontáneas asociada al sangrado tumoral de un meningioma en un paciente con terapia anticoagulante.

Material y métodos: Se revisa de forma retrospectiva el caso clínico de un paciente varón de 65 años que ingresa de urgencia por cuadro clínico de afasia grave, hemiparesia derecha de predominio braquial y desorientación temporo-espacial y agitación. Tras realizar TAC se diagnostica de hematoma temporal izquierdo y HSA temporal y subdural. Se completan los estudios con RM cerebral que muestra lesión extraaxial temporal con sangrado intralesional además de las hemorragias previamente citadas. Se realiza angio-TAC para descartar otras lesiones vasculares en área silviana. El paciente estaba en tratamiento con terapia anticoagulante debido a una fibrilación auricular y por ser portador de una válvula mecánica aórtica.

Resultados: Se realiza cirugía sin incidencias con craneotomía y exéresis de la lesión cuya anatomía patológica es de meningioma meningotelial grado I con hemorragia en su interior. Se demuestra HSA y hemorragia subdural cuyo origen es el sangrado del tumor. El paciente presenta mejoría de su clínica con mínima disfasia residual. En la literatura aparecen casos similares de meningiomas que debutan con sangrado intracranial, algunos de ellos asociados a terapia anticoagulante o antiagregante.

Conclusiones: Los meningiomas pueden debutar con sangrado espontáneo intracranial. Pacientes con meningiomas intracraniales donde se planteó terapia anticoagulante o antiagregante podrían tener aumentado el riesgo de sangrado espontáneo de los mismos.

P176

FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL DE FOSA ANTERIOR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Eric Robles Hidalgo, Jaime Domínguez Báez, Juan Lourido García, Alejandra Lara-Castro Casal y Luis Carlos Requena Requena

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Las FAVD son conexiones anómalas entre arterias durales y venas o senos durales. Corresponden al 15% de las malformaciones vasculares intracraniales y son mayoritariamente idiopáticas. Suelen clasificarse según su drenaje venoso el cual determina su historia natural y su manejo. La mayoría se asientan en el seno transversal, con el seno cavernoso como segunda localización. Su tratamiento es predominantemente endovascular. Las FAVD de fosa anterior representan el 8%, se localizan en la lámina cribiforme/foramen ciego y se nutren por ramas etmoidales de las arterias oftálmicas. Afectan más a varones y frecuentemente presentan drenaje leptomeníngeo, por

lo que suelen sufrir hemorragias. En esta localización la coagulación quirúrgica del drenaje venoso suele ser curativa, conociendo la limitación del tratamiento embolizador en arterias de pequeño calibre. Presentamos dos casos de FAVD de fosa anterior intervenidos en nuestra institución.

Métodos y resultados: Primer caso: varón de 55 años, sin antecedentes, con cefalea y alteraciones sensoriales olfatorias autolimitadas de 2 meses de evolución cuyo estudio imagenológico dio paso a la sospecha diagnóstica que se confirmó con arteriografía cerebral observándose FAV dural de fosa anterior nutrida por ramas etmoidales, con venas subaracnoideas varicosas drenando a SSS. Segundo caso: varón de 69 años hipertenso, diabético y cardiópata que debutó con crisis comiciales. En TAC de cráneo la presencia de una lesión tubular hiperdensa extraaxial motivó la ampliación del estudio con angioTAC y arteriografía cerebral visualizándose FAV dural con aferencias por ambas arterias etmoidales y una vena subaracnoidea tortuosa y dilatada. Ambos se intervinieron mediante craneotomía frontal y coagulación de las aferencias y las venas subaracnoideas tortuosas, con postoperatorio favorable, comprobándose angiográficamente la extirpación completa de ambas lesiones.

Conclusiones: Debido a que en su mayoría las FAVD de fosa anterior presentan drenaje venoso cortical con alto riesgo de hemorragia, y a la limitación del tratamiento endovascular en dicha localización, persiste para el neurocirujano un rol protagónico en su manejo. Presentamos 2 casos de FAVD de fosa anterior tratados en nuestro hospital.

P177

ANEURISMA DISECANTE COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

David Carrera, María Hernández, Sara Bisshopp, Elías Gorriz, Emilio Otermin, Juan Francisco Piñeiro y Jesús Morera

Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Se estima que un 1-10% de las hemorragias subaracnoideas están causadas por una disección arterial intracraneal, y que un 2-3% de los aneurismas cerebrales son aneurismas disecantes. Nuestro objetivo es presentar un caso de hemorragia subaracnoidea causada por un aneurisma disecante.

Material y métodos: Revisamos de forma retrospectiva un caso de hemorragia subaracnoidea causada por un aneurisma disecante. Resumimos los aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos más relevantes.

Resultados: Una mujer extranjera de 57 años ingresó por una hemorragia subaracnoidea Fisher IV y WFNS V. Se le realizó una arteriografía cerebral que mostró una angiodisplasia de ambas arterias carótidas internas y ambas arterias vertebrales, con un aneurisma disecante en la arteria vertebral izquierda. Se trató por vía endovascular, ocluyendo el aneurisma y la parte proximal de la arteria vertebral afecta con coils. Precisó un drenaje ventricular externo por hidrocefalia. Diez días después del sangrado, la paciente seguía intubada y puntuaba una GCS de 9 (O4 V1 M4), momento en el que se efectuó el traslado a su país de origen.

Conclusiones: La disección arterial intracraneal es una causa infrecuente de hemorragia subaracnoidea. No obstante, tiene una alta tasa de resangrado y mortalidad. Por tanto, su tratamiento debe ser precoz, escogiendo un abordaje quirúrgico o endovascular en función de las características del paciente y la experiencia del centro.

P178

DILATACIÓN INFUNDIBULAR DEL ORIGEN DE LA ARTERIA OPTÁLMICA

Jipson Jesús Rodríguez Noguera, Adán Fernández Canal, Isabel Cuervo-Arango Herreros, Julio César Gutiérrez y Antonio López

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Se expone el caso de una paciente que presenta diplopía y alteraciones de la memoria de un año de evolución. Tras realizar estudios de angio-TC y angiografía cerebral se evidencia dilatación infundibular en el origen de la arteria oftálmica.

Material y métodos: Mujer de 61 años que refiere episodios de diplopía y pérdidas de memoria de un año de evolución. Tras realizar estudios de neuroimagen, angio-TC y angio-RM, como hallazgo fundamental se objetiva un aneurisma sacular carotídeo oftálmico izquierdo de 4 mm de diámetro mayor, con un cuello de 2 mm aproximadamente, cuyo saco parece originarse de la arteria oftálmica izquierda, produciendo compresión y desplazamiento leve del nervio óptico ipsilateral. El caso es comentado en sesión clínica con el servicio de Neurorradiología y se decide realizar angiografía cerebral y embolización con coils.

Resultados: Se practica cateterismo selectivo de ACI izquierda constatándose dilatación infundibular de 4 mm y origen de la arteria oftálmica en el ápex de la lesión. Se realiza oclusión con balón evidenciándose ceguera transitoria. El test de oclusión confirma la ausencia de relleno de la arteria oftálmica a través de la arteria carótida externa. Suspende la embolización.

Conclusiones: La incidencia de las dilataciones arteriales infundibulares aumenta con la edad y se observan en ella alteraciones patológicas como fragmentación o pérdida de la membrana elástica interna. Se han comunicado el desarrollo de una dilatación infundibular hacia un verdadero aneurisma objetivado mediante seguimiento angiográfico durante años, no obstante, se trata de un fenómeno infrecuente. Actualmente no hay descrito en la literatura ningún caso de dilatación infundibular en el origen de la arteria oftálmica, y por ende, existe controversia en cuanto al manejo terapéutico. La paciente actualmente se encuentra en seguimiento.

P179

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: PRESENTACIÓN DE UN CASO MEDIANTE CLÍNICA DE HIDROCEFALIA

Mònica Buxeda Rodríguez, Paula Álvarez Bonillo, Eva Cardona Gallego y Marcel·li García Bach

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari Mutua de Terrassa-Complexe Sanitari Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La enfermedad de Moyamoya es una enfermedad vascular esteno-oclusiva, crónica y progresiva, de etiología incierta. Presentamos el caso de una paciente con debut hemorrágico de la enfermedad junto una revisión sobre la patología y su manejo quirúrgico.

Material y método: Paciente mujer de 34 años que presenta clínica inicial de disminución progresiva del nivel de consciencia junto una imagen radiológica de hidrocefalia tetraventricular idiopática. La paciente fue tratada mediante colocación de drenaje ventricular externo, con mejoría progresiva tanto clínica como radiológica. Posteriormente se detectaron restos hemáticos a nivel intraventricular, sin otras lesiones hemorrágicas acompañantes. Se realizó angiografía cerebral mostrando un patrón típico de enfermedad de Moya-moya.

Resultados: A los 12 días se retiró el drenaje ventricular sin observarse recidiva sintomática. Debido a la resolución completa

de la clínica causada por la hidrocefalia, se decidió mantener tratamiento conservador y seguimiento radiológico.

Conclusiones: La enfermedad de Moya-moya provoca una estenosis de las ramas terminales de la arteria carótida interna y proximales de las arterias cerebrales anterior y media, asociado a una neoformación de vasos colaterales compensatorios. Su debut puede ser mediante clínica isquémica, característico de la infancia, o hemorrágica, siendo ésta última predominante en adultos en áreas asiáticas. Su diagnóstico exclusivo por un episodio de hidrocefalia es raro, debido a la poca frecuencia de presentación como hemorragia intraventricular primaria.

El diagnóstico se realiza mediante angiografía o angioRMN, siendo necesario visualizar el patrón característico de estenosis junto una red neovascular asociada. No existe un tratamiento curativo de la enfermedad, el manejo neuroquirúrgico se basa en la revascularización directa, indirecta o mixta, existiendo mayor controversia de criterios quirúrgicos en formas con debut hemorrágico. Su manejo se realiza de forma multidisciplinar, siendo necesario un seguimiento posterior neuroradiológico y neuropsicológico, debido a la frecuente afectación que presenta sobre el comportamiento y el rendimiento funcional cerebral.