

## RESÚMENES DE TRABAJOS DE PRESENTACIÓN ORAL

### PATOLOGÍA VASCULAR

#### **Pseudoaneurisma traumático de arteria temporal superficial. Presentación de un caso y revisión de la literatura**

F. LATORRE, J. NAVARRÉ, F. MORELLO, P. SEOANE,  
L. ADDUCI, R. VÁZQUEZ E. SEOANE

**Objetivo.** Presentar un caso de pseudoaneurisma de la arteria temporal superficial (PATS) y una revisión actualizada de la bibliografía existente.

**Presentación.** Paciente de sexo masculino de 20 años de edad que es atendido en consultorios externos por presentar una tumoración de 3 cm de seis semanas de evolución en la región temporal izquierda. El paciente refiere que dicha lesión se produjo a partir de un golpe de puño en el contexto de una riña.

**Intervención.** Se lo estudia con angiografía digital y se diagnostica PATS izquierda. Se realiza la exéresis quirúrgica mediante ligadura de los vasos aferente y eferente evolucionando favorablemente y se externa a las 24 hs.

**Conclusión.** Los PATS son una entidad poco frecuente pero debe ser sospechada en los pacientes que presentan una lesión expansiva a nivel del cuero cabelludo y el antecedente de un trauma en la misma zona.

#### **Ataque cerebrovascular isquémico: TAC multimodal vs IRM pretratamiento**

H. LAMBRE, J.F. VILA, R. SALVÁTICO, A. BOERO,  
G. BOLZAN, P. LYLK

**Objetivo.** Valorar la utilidad de la información de los estudios de TAC e IRM para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico.

**Material y método.** Entre marzo de 2008 y octubre de 2010 se evaluaron 255 pacientes con ACV isquémico, 198 con IRM, 37 con ambos métodos y 20 con TAC. El protocolo de TAC (equipo de 64 hileras) incluye TAC simple de encéfalo, en ausencia de hemorragia se continúa con angio-TAC con 80 cm<sup>3</sup> de contraste no iónico desde la orejuela de la aurícula izquierda hasta la convexidad, seguida del estudio de la perfusión cerebral con 40 cc de contraste (TAC multimodal con un tiempo total entre 4 y 7 min). El protocolo de IRM comienza con una secuencia de ángulo pial (mFFE) para descartar sangrado seguida de difusión (DWI) para evaluar presencia de déficit bioenergético, perfusión con 10 cm<sup>3</sup> de gadolinio para conocer el estado del flujo y FLAIR. La secuencia de susceptibilidad magnética (SWI) fue considerada de acuerdo al caso. El tiempo total de examinación fue menor a 15 minutos.

**Resultados.** De la totalidad de pacientes en 28 no se encontraron lesiones agudas y todos tuvieron evolución favorable sólo uno fue tratado por trombolisis IV sin complicaciones (AIT). En todos los demás se observaron lesiones isquémicas de diferente magnitud, en 147 pacien-

tes con mismatch. De los últimos 39 casos 7 fueron trombolizados por vía intraarterial.

**Conclusión.** Ambos métodos son de utilidad para estudiar casos con ACV, la ventaja de la IRM radica en la capacidad de calcular el volumen de tejido con restricción en difusión y el posible mismatch con la perfusión y la gran ventaja del estudio con TAC es la velocidad de adquisición de las imágenes que permite el estudio de pacientes agitados y complejizados o con marcapasos u otro tipo de implante electrónico.

#### **Stent difusor de flujo para tratamiento de aneurisma intracavernoso**

J. FIGONI, G. ESPER ROMERO, T. GONDRA, P. ITURRIETA,  
G. DEL GIUDICE, G. MASENGA

**Objetivo.** Presentar un caso del tratamiento de una paciente con patología aneurismática compleja utilizando un stent difusor de flujo y una revisión bibliográfica.

**Descripción.** Paciente de sexo femenino, de 52 años de edad, que consultó por síndrome de seno cavernoso. La angiografía evidenció un aneurisma gigante de arteria carótida interna derecha, segmento intracavernoso; asociado a aneurismas carotidofálmicos bilaterales.

**Intervención.** Se realizó tratamiento endovascular, con embolización con coils de los aneurismas carotidofálmicos y posterior reconstrucción vascular de aneurisma gigante intracavernoso con stent autoexpansible difusor de flujo (Silk 4,5 x 20 mm) con buena tolerancia y exclusión aneurismática completa en control angiográfico intraprocedimiento y al año.

**Conclusión.** Los aneurismas intracavernosos representan una patología de compleja resolución. A lo largo de los años, se realizó tratamiento endovascular con diferentes métodos. En la actualidad, los stent difusores de flujo son una nueva herramienta terapéutica para el tratamiento de esta patología. Es necesario aumentar el número de pacientes y prolongar el seguimiento para evaluar la efectividad de esta modalidad terapéutica a mediano y largo plazo.

#### **Tratamiento quirúrgico en patología aneurismática**

E. GIACCOPUZZI, J. FIGONI, M. GALINDEZ,  
G. MASENGA, F. ALBERIONE, J. CASCARINO

**Objetivo.** Mostrar a través de una serie de casos la evolución de la patología aneurismática tratada quirúrgicamente.

**Material y método.** Se realizó un estudio retrospectivo, en el cual se analizaron ochenta y dos pacientes con diagnóstico de aneurisma cerebral, tratados con clipado microquirúrgico entre 2004 y 2009. Los criterios de exclusión fueron: aneurismas tratados por vía endovascular y seguimiento menor a seis meses. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, forma de presentación clínica, grado de Hunt-Hess, grado de Fisher, localización anatómica, tiem-

po quirúrgico, complicaciones, mortalidad y evolución.

**Resultados.** La edad media fue de 46,9 años (rango de 23-78 años). Predominó el sexo femenino. La localización más frecuente fue la arteria comunicante posterior, la complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico. La mortalidad fue del 8,5%

**Conclusión.** A pesar del avance de las técnicas endovasculares, el tratamiento quirúrgico continúa siendo una opción válida para el tratamiento definitivo de la patología aneurismática.

### Head positioning study for anterior circulation aneurisms

F. CHADDAD-NETO, H.L. DÓRIA-NETTO, J.M. CAMPOS-FILHO, R.H. DÓRIA-NETTO, R.V. ALVES, E. DE OLIVEIRA

**Objective.** Demonstrate the ideal head positioning, specific to the most common sites of anterior circulation aneurisms, based on a correlation between external and internal head anatomical landmarks.

**Methods and Casuistic.** It is a prospective and descriptive study. Patients were divided in groups of 20 patients victims of ophthalmic aneurisms, 20 with posterior communicating aneurisms, 10 with anterior choriodea aneurisms, 20 with carotid bifurcation aneurisms, 20 with anterior communicating complex aneurisms and 20 with medial cerebral artery aneurisms.

Three cadaverian heads with no evidence of previous neurological lesion were dissected in microsurgical lab at Beneficência Portuguesa of São Paulo Hospital. On the dissections, there was exposition of the Internal Carotid Artery and its main branches, identification of Anterior Clinoid Process and the optic nerves, looking for the best head position to the best microscopic visualization of specific vascular lesion to be approached.

**Results.** Analysis was performed whereof direct observation, photographs, mathematic measuring of the positional angulations of the head in each patient and group of aneurisms. After meticulous analysis of the results found in the cadaverian study, and the conclusion of the ideal head positioning for the most frequent anterior circulation aneurisms, these data were applied as parameter to perform in vivo craniotomies.

**Conclusion.** In view of the complexity of brain anatomy and the multiplicity of anatomic structures to be approached, the knowledge of microanatomy and correct planning of head position are so much valious to surgical success once there is a better surgical field exposition and microscopic lesion visualization.

### Doble abordaje simultáneo, arterial y venoso, para el tratamiento de las malformaciones de la vena de Galeno

R.CERATTO, A. FERRARIO, P. LYLYK, R. NELLA CASTRO, J. LUNDQUIST, E. SCRIVANO

**Objetivo.** Describir y analizar los resultados del tratamiento endovascular de la malformación de la vena de Galeno en nuestra Institución, realizando el abordaje

simultáneo anterógrado y retrógrado.

**Material y método.** Durante 20 años, hemos realizado el tratamiento endovascular a 125 niños con diagnóstico de malformación diencefálica, con aneurisma gigante de la vena de Galeno. Al principio el abordaje era quirúrgico transfontanelar y progresivamente hemos implementado y mejorado el abordaje arterial, femoral o transumbilical, venoso, combinado. Presentamos una serie de 25 pacientes en los que se realizó el tratamiento simultáneo por abordaje arterial y venoso, procediendo a colocar materiales de embolización por ambas vías en el mismo momento. 15 pacientes fueron derivados con diagnóstico prenatal y se trataron inmediatamente luego del parto, 5 fueron tratados dentro de los primeros tres meses de vida y 5 entre 1 y 2 años de vida. Todos los pacientes de esta serie tenían MAV mural tipos I y II de Yasargil. En todos se realizó el cateterismo arterial y venoso femoral y por ambas vías se colocaron microcatéteres en el aneurisma, procediendo a la oclusión de la lesión con coils de platino (GDC, Boston Scientific) por vía venosa, y NBCA por vía arterial, ambos liberados simultáneamente

**Resultados.** Con este procedimiento se logró una oclusión satisfactoria y rápida de la lesión, evitando la migración del acrílico al drenaje venoso o al pulmón en los casos de flujo rápido, reduciendo el tiempo quirúrgico, la dosis de sustancia de contraste y también las sesiones sucesivas de tratamiento.

**Conclusión.** La malformación arteriovenosa de la vena de Galeno es una anomalía rara de la circulación intracraneal que constituye el 1% de todas las malformaciones vasculares intracraneales, pero representa el 30% de las anomalías vasculares intracraneales de la edad pediátrica, siendo mortal cuando produce insuficiencia cardíaca o fallo multiorgánico. El tratamiento endovascular es el gold standard, consiguiendo la curación de la patología y el desarrollo físico y psíquico normal de la mayoría de los pacientes.

### Tratamiento de los aneurismas disecantes intracraneales mediante reconstrucción endovascular con stent divisor de flujo Pipeline

M. FARIA, R. NELLA CASTRO, J. LUNDQUIST, E. SCRIVANO, R. CERATTO, A. FERRARIO, P. LYLYK

**Objetivos.** Reportar los resultados de 22 pacientes con diagnóstico de aneurisma disecante intracraneal tratados con stent divisor de flujo Pipeline.

**Material y método.** Todos los pacientes portadores de aneurismas disecantes cerebrales tratados con Pipeline desde octubre/2007 hasta diciembre/2009 fueron incluidos para el estudio. El esquema de doble antiagregación con AAS y clopidogrel fue indicado a todos los pacientes. La evaluación neurológica y angiográfica de control fue realizada en 3, 6 y 12 meses postratamiento.

**Resultados.** La presentación clínica incluyó HSA (54,5%), síntomas provocados por efecto de masa (23%), isquemia (4,5%) y hallazgo incidental (18%). La circulación posterior fue afectada en 91% de los casos. Se demostró oclusión total del aneurisma en el 86% a los 3 meses de seguimiento, siendo superior en estudios ulteriores. Resultado clínico favorable (GOS de 4 o 5) fue observado en el 77% de los pacientes estudiados.

**Conclusión.** La reconstrucción endovascular de los aneurismas disecantes intracraneales con Pipeline mostró resultados clínicos y angiográficos favorables, representando posiblemente una de las mejores opciones terapéuticas en casos donde la preservación del vaso parental es obligatoria.

### Reconstrucción endovascular de aneurismas intracraneales grandes y gigantes con prótesis desviadora de flujo: Pipeline (PED)

J. LUNDQUIST, E. SCRIVANO, A. FERRARIO,  
R. CERATTO, R. NELLA, P. LYLYK

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en el manejo endovascular de los aneurismas intracraneales grandes y gigantes tratados con PED con énfasis en los resultados clínicos, angiográficos, las complicaciones y seguimiento.

**Material y método.** Desde junio de 2006 hasta septiembre de 2010 se trataron con PED 46 pacientes con 49 aneurismas grandes y gigantes; ocho varones y 38 mujeres, con un promedio de edad de 62,1 años (7-85). Presentación clínica: 42 aneurismas con efecto de masa, 2 incidentales y 5 con HSA en período subagudo o crónico. 41 aneurismas se localizaban en una arteria principal proximal de la circulación anterior y 8 en la posterior. En 31 aneurismas se utilizó un solo PED, 11 con 2 PED, 3 con 3 PED, 3 requirieron 4 y un paciente más de 4.

**Resultados.** El seguimiento angiográfico es entre 1 y 42 meses. A los 6 meses el promedio de oclusión fue del 93% y a los 12 meses todos se hallaban ocluidos con estabilidad de la oclusión. Dos pacientes fallecieron debido a hemorragia durante el periodo estudiado. Tres pacientes presentaron exacerbación de su sintomatología previa, como cefalea y neuropatía craneal luego del tratamiento, por lo que se trataron con corticoides revirtiendo el cuadro antes de los 30 días. Ningún paciente fue retratado.

**Conclusión.** Teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento de los aneurismas grandes y gigantes, esta técnica y los resultados clínicos resultaron alentadores en el manejo de los mismos.

**Conclusión.** Los meduloblastomas son tumores de baja incidencia en la población adulta. Enfoques terapéuticos actuales combinan cirugía, radioterapia y quimioterapia. No obstante las recidivas y metástasis dentro del neuroeje son frecuentes, al igual que las complicaciones devenidas del tratamiento.

### Meningioma del diafragma selar

M. GUEVARA, J. GUEVARA, V. CASTILLO THEA

**Objetivo.** Describir un caso clínico de meningioma del diafragma selar tipo A (supraselar, anterior al tallo hipofisario) de la clasificación de Al-Mefty.

**Descripción.** Paciente de 59 años, sin comorbilidades, que consulta por olvidos frecuentes con afectación de las actividades de la vida diaria. Al examen físico no presenta déficit neurológico y el examen endocrinológico no revela alteraciones. La IRM de cerebro evidencia lesión expansiva supraselar, sin deformación de la silla turca, con captación homogénea postcontraste y "cola dural" a nivel frontobasal.

**Intervención.** Se realizó abordaje pterional derecho, con fresado del ala del esfenoides y del techo orbitario. Apertura de cisternas basales. Abordaje del tumor por vía interóptica, coagulando base de implantación y posterior cavitación intratumoral. Resección total con coagulación, Simpson grado 2. La paciente presentó en el postoperatorio hemianopsia temporal del ojo derecho, sin compromiso del campo visual contralateral y SIHAD a los 14 días.

**Conclusión.** Los meningiomas del diafragma selar son tumores infrecuentes; se clasifican según Al-Mefty en A, B, C, siendo los dos primeros supraselares y los del tipo C intraselares. El principal diagnóstico diferencial es el adenoma hipofisario y los meningiomas del tubérculo selar. La resección está siempre indicada para preservar la función visual y endocrinológica.

## PATOLOGÍA TUMORAL

### Meduloblastomas en adultos

D.N. LOMBARDI, M. LORENZO, S. MIRON, M. MARCHETTI,  
N. MONCAUT, A. ERAUSQUIN

**Objetivo.** Se muestran 5 casos de pacientes adultos con meduloblastomas, su tratamiento quirúrgico y seguimiento neurooncológico.

**Material y método.** Estudio retrospectivo en el período 2005-2010. Se presentan 5 casos de meduloblastoma en adultos. Predominando en el sexo masculino (4:1), edad promedio 30,8 años (19-51 años), forma de presentación síndrome cerebeloso.

**Resultados.** Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, con posterior tratamiento oncológico. Tuvimos 2 recidivas, 2 metástasis en columna y una metástasis supratentorial.

### Metástasis cerebrales: nuestra experiencia

M.B. PERALTA M.E. FILADORO D. WELTER,  
M. UBERTI, W. BRENNAN

**Objetivo:** Proporcionar información acerca de nuestra experiencia en el tratamiento de metástasis cerebrales, revisión de la bibliografía y comparación con otros autores.

**Materiales y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo, observacional descriptivo que cuenta con 32 pacientes, 19 masculinos y 13 femeninos, con una edad promedio de 64 años que fueron atendidos en un período de 2 años en nuestra institución, con el diagnóstico comprobado de metástasis por anatomía patológica.

**Resultados.** El 100% de los pacientes fue sometido a tratamiento quirúrgico con el fin diagnóstico y terapéutico, ya que no se les conocía enfermedad de base al momento de la internación. El sitio primario más frecuente fue el pulmón, entre ellos se destaca el adenocarcinoma. La cefalea y hemiparesia fueron la presentación clínica predominante. La localización de las metástasis fue del 82% supratentorial y 18% infratentorial.

**Conclusión.** El tratamiento quirúrgico no sólo es importante para la exéresis de la lesión sino también para el diagnóstico de la misma y así proporcionarle al paciente otras terapéuticas con posibilidad de extender y mejorar su sobrevida.

### **Tratamiento heterodoxo de una fistula de líquido cefalorraquídeo persistente**

PINTO M, P. CARTOLANO, C. PURVES, S. GIUSTA,  
L. CARBALLO, M. GREGORI

**Objetivo.** Se presenta un caso de fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el postoperatorio de la resección de un oligodendroglioma anaplásico por la forma inusual en que fue resuelta la misma.

**Material y método.** Paciente masculino de 28 años cursando postoperatorio de resección macroscópicamente completa de oligodendroglioma anaplásico frontal derecho reingresa luego de tres días de alta hospitalaria por colección subgaleal a tensión por fistula de LCR y fiebre por meningitis postquirúrgica.

**Intervención.** Se colocó drenaje lumbar continuo observándose recidiva de la fistula tras su extracción y completo tratamiento antibiótico. Se realizaron dos plásticas de duramadre con recidiva de la colección subgaleal. Se decidió colocación de drenaje cistoperitoneal que debió retirarse por infección, realizándose una nueva plástica dural y lográndose el cierre de la fistula al ser direccionada al exterior con un drenaje extradural. Tras haber tratado una fistula de LCR en el postoperatorio de la resección de un oligodendroglioma anaplásico con drenaje lumbar continuo, colocación de catéter de derivación cistoperitoneal y tres plásticas de la brecha dural, se consiguió su resolución al direccionar la misma al exterior mediante un drenaje extradural colocado en oportunidad de la última cirugía.

**Conclusión.** A pesar de haberse empleado los recursos habituales para el tratamiento de las fistulas de LCR postoperatorias se consiguió la resolución de la misma al direccionarla al exterior mediante un drenaje extradural.

### **Epidemiología de tumores del sistema nervioso central**

M. UBERTI, M. PERALTA, D. WELTER, H. ASMUS

**Objetivo.** Mostrar nuestra experiencia en lo que respecta a la epidemiología de los tumores del SNC tanto primarios como secundarios, en el período comprendido entre marzo de 2008 y agosto de 2010.

**Material y método.** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo a través de la revisión de historias clínicas y resultados de anatomía patológica, calculando estadísticamente en base a edad, sexo, tipo histológico, presentación clínica. El universo poblacional de este estudio comprende la localidad de Malvinas Argentinas (400.000 habitantes) y una cápita de 70.000 pacientes de la Obra Social PAMI.

**Resultados.** Un total de 109 pacientes mayores de edad fueron abordados quirúrgicamente, 55 mujeres y 54 hombres. Los tumores más importantes en orden de frecuencia

fueron el meningioma (24%), las metástasis (18,5%) y glioblastoma multiforme (15,7%). En base a distinción por sexos, entre las mujeres los tumores más frecuentes fueron los meningiomas (34,5%) y los glioblastomas (10,9%) mientras que entre los hombres predominaron los glioblastomas (35,1%) y las metástasis (27,7%). Sólo el 0,1% del total de los tumores de SNC ocurrieron antes de los 40 años, observándose un gran aumento en la prevalencia a partir de esta edad.

**Conclusión.** A diferencia de la bibliografía actualmente disponible y teniendo en cuenta el rango etario de nuestro universo poblacional, el tumor más frecuente fue el meningioma, y las metástasis sólo fueron significativas en el sexo masculino. No hubo diferencia estadísticamente significativa con respecto a la edad de presentación.

### **Cavernoma del tercer ventrículo. Abordaje transcalloso transcoroideo. Reporte de un caso**

A. ESTRAMIANA, J. LIZUNDIA, M. MURAL,  
P. PALACIO, O. CONTRERAS, T. CERSOSIMO

**Presentación.** Describir un caso de cavernoma del tercer ventrículo transcalloso transcoroideo abordado quirúrgicamente. Paciente de 27 años de edad de sexo masculino consulta por cefaleas y vómitos de 1 mes de evolución.

**Intervención.** Se realizó TAC de encéfalo que evidenció lesión ocupante de espacio (LOE) del tercer ventrículo con imagen hiperdensa espontáneamente a nivel central compatible con sangrado intralesional, dilatación ventricular y edema perependimario. Una IRM de encéfalo evidenció LOE del techo del tercer ventrículo heterogénea hipointensa en T1 y T2, con señal de vacío de flujo en su interior. Se realizó derivación ventriculoperitoneal (DVP) para tratamiento de su hidrocefalia y en un segundo tiempo resección de la lesión realizando un abordaje transcalloso transcoroideo. La IRM de control evidenció remanente lesional por lo que se reintervino al paciente completando la resección de la lesión. Quedando clínicamente el paciente sin déficit neurológico de ningún tipo. Se realizó DVP con mejora de los síntomas e hidrocefalia. Se realizó abordaje transcalloso transcoroideo que permitió la visualización de toda la lesión permitiendo reseccarla, pero debiendo ser abordada en dos tiempos por remanente lesional. La IRM de control evidencia resección completa del cavernoma.

**Conclusión.** Los cavernomas del sistema nervioso son lesiones poco frecuentes y benignas, siendo los del tercer ventrículo aún más raros. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección y el abordaje de la lesión transcalloso transcoroideo es una herramienta de indudable valor en la resección del mismo con mínima repercusión clínica en el postoperatorio.

### **Mapeo cortical en la resección de lesiones adyacentes a áreas elocuentes**

F. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, R. MORALES, F. FERNÁNDEZ MOLINA,  
S. GARCÍA, R. ZANINOVICH, J. MANDOLESI.

**Objetivo.** Presentar la metodología de implementación y los resultados obtenidos con la técnica de mapeo cortical

intraoperatorio, en el Hospital de Clínicas "José de San Martín".

**Material y método.** Entre los años 2008 y 2010, se seleccionaron 6 pacientes con lesiones asociadas a áreas elocuentes, tres mujeres y tres varones, con una media de edad de 48,16 años. Se los estudió con IRM. Cuatro pacientes presentaban lesiones adyacentes a área motora primaria, un paciente presentaba un tumor en relación al área de Wernicke y el restante al área de Broca. Se realizó craneotomía en paciente vigil en los casos de compromiso de área de lenguaje, los cuales recibieron un entrenamiento neuropsicológico previo. Se utilizó un estimulador bipolar con corriente constante y pulsos bifásicos.

**Resultados.** Se obtuvieron resultados positivos en la estimulación cortical en todos los casos. Se realizó resección completa en 4 casos y parcial en 2 casos en los cuales el mapeo demostró funcionalidad de tejido sobre área lesional. No se presentaron efectos colaterales a la estimulación eléctrica. No existió déficit neurológico agregado en ningún caso, ni mortalidad asociada al procedimiento.

**Conclusión.** En los casos operados con esta técnica, se obtuvieron respuestas positivas intraoperatorias, posibilitando la resección adecuada de las lesiones, sin provocar déficit neurológico funcional postoperatorio.

### Meningiomas petroclivales

C. SERENO, A. CERVIO, S. CONDOMÍ ALCORTA  
R. MORMANDI, N. ARAKAKI, J. SALVAT

**Objetivo.** Analizar los casos operados en los últimos once años en nuestra institución, observar los resultados obtenidos, revisar la literatura y cotejarlos con lo publicado.

**Material y método.** Se realizó un análisis retrospectivo de casos operados en el período 1999-2010, revisión de literatura y consulta telefónica para evaluar escala de Karnofsky.

**Resultados.** En el período 1999/2010, de 16 pacientes con meningioma petroclival (MP) 14 fueron quirúrgicos, 1 recibió gamma knife sin cirugía y otro control con imágenes. El promedio de edad fue de 54-25 años, relación mujer-hombre de 3:1. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron hipoacusia, pares bajos paresia facial, mareos diplopía y ataxia. Los abordajes utilizados fueron: suboccipital retrosigmoideo:7; fronto-temporal: 2; orbito-cigomática: 1; presigmoidea-retrolaberíntica: 1; pre y retrosigmoidea: 2; translaberíntica: 1. Grado de resección: 57,14% Simpson: IV; 37,7% SII; 7,14% SIII. Las complicaciones POP inmediatas fueron HTA y profundización del déficit previo. El promedio de internación fue de 8 días, de los 16 pacientes con MP 5 recibieron terapia radiante, 4 gamma knife (1 sin cirugía previa), 1 radioterapia. 7 pacientes tuvieron un Karnofsky de 90; 4 de 80; 3 de 100; 1 de 50; 1 falleció, el seguimiento con imágenes fue cada 6 meses durante el primer año, luego anual.

**Conclusión.** El manejo quirúrgico de los MP debe orientarse en torno al sitio de inserción, tamaño y proyección a fosa media o APC, siendo estos datos determinantes para la estrategia quirúrgica. En tumores pequeños, puede evaluarse la posibilidad de la radiocirugía, como así también para el control de aquellas lesiones resecaadas parcialmente.

## PATOLOGÍA DE COLUMNA

### Evolución natural de meningocele lumbosacro en paciente adulto

J. L. BUSTAMANTE, F. SOSA, F. RODRÍGUEZ,  
O. FRANZE, J. LAMBRE

**Objetivo.** Presentar la evolución natural de un paciente de 19 años con meningocele lumbosacro no operado al nacer.

**Descripción.** Paciente femenino de 19 años que concurre derivado a nuestro hospital por tumoración de 25 cm lumbosacra flogótica, con antecedente de traumatismo en región de meningocele no tratado, fiebre y otros síntomas de meningoencefalitis. Luego de confirmar el diagnóstico con IRM, se realiza punción diagnóstica, la cual revela infección por estafilococo aureus meticilino sensible. Se instaura tratamiento antibiótico que mejora el cuadro clínico de la paciente. Dicho meningocele comenzó como una pequeña tumoración redondeada de 1,5 cm de diámetro evidente luego del nacimiento. En su evolución fue creciendo paulatinamente hasta adoptar, a los 19 años un tamaño aproximado de 12 cm de diámetro, la mitad de las medidas que se evidenció al momento de la consulta.

**Intervención.** Se realizó una incisión losángica, evidenciando una gran cavidad con líquido citrino, tapizada por material purulento de 1 cm de espesor. Se realizan lavados reiterados, localizándose a nivel sacro comunicación de 2 cm con el saco dural, la cual se cierra en forma hermética. Se reconstruyen los planos superficiales lográndose un buen resultado funcional y estético. La paciente evoluciona favorablemente, sin desarrollar hidrocefalia ni complicación clínica alguna.

**Conclusión.** No es habitual asistir a un paciente adulto con patología congénita librada a su evolución natural. El meningocele es una patología que tiene indicación quirúrgica antes del año de vida. Hacemos hincapié en la gran diferencia de manejo clínico-quirúrgico que hubiera sido operar un meningocele pequeño en una niña en buen estado clínico, a la dificultosa cirugía que requirió la paciente con un meningocele gigante con meningoencefalitis e importante repercusión clínica.

### Intervencionismo mínimamente invasivo en raquis

H. LAMBRE, R. SALVATICO, R. CERATTO, A. BOERO, P. LYLK

**Objetivo.** Evaluar la utilidad y certeza de los diferentes procedimientos intervencionistas mínimamente invasivos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a nuestra experiencia.

**Material y método.** Desde septiembre de 1994 hasta septiembre de 2010 se estudiaron pacientes portadores de diferentes patologías del raquis: discopatías y hernias discales cervicales, dorsales y lumbares, canal estrecho, estenosis neuroforaminales artrósicas, quistes y tumores del raquis, quistes articulares sinoviales, aplastamientos y fracturas de cuerpos vertebrales y colecciones extradurales, a los que se realizaron bloqueos anestésicos selectivos, peridurales, artrografías, discografías, biopsias y vertebro-

plastias por vía percutánea guiados por TAC, cine-TAC (imágenes dinámicas de TAC a 8 cuadros por segundo con monitor en el gantry) o radioscopia.

**Resultados.** De los 7.500 bloqueos realizados hubo una respuesta favorable a largo plazo de aproximadamente el 55% de los pacientes, sin complicaciones significativas en todos los casos. Los 38 quistes sinoviales respondieron inicialmente al tratamiento percutáneo por instilación de esteroides de depósito en el interior de la cavidad sinovial, siendo una interesante opción terapéutica en pacientes con restricciones quirúrgicas o inclusive una importante herramienta diagnóstica en casos complejos. Para ello las artrografías facetarias fueron fundamentales para el hallazgo de quistes no identificados en la IRM. Un quiste sacro sintomático fue tratado con vaciado y posterior sellado con coágulo autólogo. Se realizó alcoholización del núcleo pulposo discal en 9 hernias lumbares. En los casos de tumores e infecciones del raquis (246 pacientes) las biopsias adquirieron relevante importancia para la decisión terapéutica e incluso fue posible realizar tratamiento de las mismas en casos selectos a través de vertebroplastia y alcoholización. 26 discografías se realizaron con contraste yodado para la determinación del "disco doloroso" y detección de desgarros del anillo fibroso no visualizadas por otros métodos. Una lesión quística dolorosa del hueso ilíaco se trató con termolisis por radiofrecuencia. Se drenaron exitosamente 9 colecciones paraespinales. El método de guía por imágenes utilizado dependió del tipo de lesión. Las vertebroplastias fueron realizadas bajo control radioscópico con equipo biplano flan panel obteniendo dos planos simultáneamente salvo en los casos de pequeñas lesiones no identificadas por este método, las cuales se realizaron bajo cine-TAC.

**Conclusión.** El empleo de la correcta guía de imágenes de acuerdo al caso y de materiales adecuados permite obtener el mayor rédito en el caso de los tratamientos percutáneos y una importante precisión en los procedimientos diagnósticos minimizando, o prácticamente eliminando, las complicaciones en todos los casos y permitiendo seleccionar de esta manera la más adecuada indicación terapéutica.

### Espondilodiscitis espontáneas

P. LANDABURU, M. VARELA, L. LUQUE,  
J. VALDERRUTEN, D. AGUAYO, M. PLATAS

**Objetivo.** Comunicar la experiencia del Servicio en el manejo de las discitis espontáneas.

**Material y método.** Presentamos 8 casos de espondilodiscitis espontáneas en el periodo 2006-2010. Con respecto al sexo, seis pacientes fueron de sexo masculino y dos de sexo femenino. La edad media de presentación fue de 58 años. Seis pacientes se presentaron con déficit neurológico, 2 sólo con dolor local. Tres pacientes tuvieron compromiso cervical, tres a nivel lumbar, un caso dorsal y un paciente presentó en primera instancia compromiso lumbar y luego dorsal. Todos los pacientes se estudiaron con laboratorio, hemocultivo, IRM y recibieron tratamiento antibiótico específico por 8 semanas.

**Resultados.** En todos los casos los cultivos fueron positivos, en siete pacientes se aisló staphylococcus aureus y en el caso restante listeria monocytogenes, lo que permitió el

tratamiento antibiótico específico. En cinco pacientes el diagnóstico se logró con punción del disco guiada por imágenes. Tres pacientes debutaron con déficit neurológico, lo que motivó cirugía de urgencia. En dos pacientes se complementó el tratamiento con inmovilización con Halo vest. La evolución fue satisfactoria con mejoría del dolor, cultivos negativos y fusión del segmento en cuatro casos. Tres pacientes fallecieron. Un paciente recidivó. En ningún caso se utilizó instrumentación.

**Conclusión.** Destacamos la alta incidencia de dicha patología en el hospital público asociada a la inmunosupresión. En nuestra experiencia fue muy frecuente el compromiso cervical, los peores resultados se vieron en los pacientes que debutaron con déficit neurológico y la cirugía se requirió con frecuencia. Resaltamos el rol del neurocirujano en el tratamiento precoz y agresivo en los casos severos. Es discutida la instrumentación en agudo.

### Síndrome de Klippel Feil. ¿Cuándo indicar la fusión cervical?

V. C. KESSLER, A. BOCCARDO, D. SARMIENTO,  
C. RUSSO, F. WOODGATE, M. PEIRANO

**Objetivo.** Presentar un caso de síndrome de Klippel Feil planteando la fijación quirúrgica como tratamiento de la inestabilidad asociada a la hiper movilidad de los segmentos adyacentes a la sinostosis.

**Presentación.** Se presenta paciente de 55 años que presenta cuadriparesia aguda secundaria a trauma menor. En estudios complementarios se evidencia sinostosis C2-C3 con hemivértebra C2, escoliosis cervical, cambios osteoartroticos con canal estrecho adquirido y signos de sufrimiento medular. Se interpreta el cuadro como S. de KF con inestabilidad cervical y compresión medular.

**Intervención.** Se realiza tratamiento quirúrgico; descompresión medular con fusión occipitocervical C4-C5. La paciente evoluciona favorablemente.

**Conclusión.** Es de vital importancia el diagnóstico precoz de inestabilidad cervical asociada al S. de KF, para realizar una fusión cervical adecuada disminuyendo el riesgo de déficit neurológico.

### Rango de movilidad en artroplastia cervical

L. SERNA, A.F. CASSINI, R. GUTIÉRREZ, JR. PRINA

**Objetivo.** Comparar el rango de movimiento preoperatorio, postoperatorio inmediato y al año de la colocación de disco artificial Prodisc-C en ocho pacientes operados entre los años 2007 y 2009, en la Clínica Güemes de Luján, escogidos al azar. Realizar una medición minuciosa de los ángulos de flexión y extensión de los discos intervertebrales patológicos en su estadio prequirúrgico y compararlo con el reemplazo discal.

**Material y método.** Durante el período comprendido entre julio de 2005 y octubre de 2009 fueron operados cuarenta y cuatro pacientes mediante artroplastia cervical y fueron colocados 56 reemplazos de discos, de los cuales fueron escogidos al azar ocho pacientes y nueve discos artificiales,

sobre los cuales se realizó radiografías dinámicas comparativas y estudio del rango de movimiento.

**Resultados.** Se obtuvo, en términos generales, un aumento del rango de movimiento progresivo en las mediciones progresivas y un aumento en el promedio de los ángulos tanto en la flexión como en la extensión.

**Conclusión.** La artroplastia cervical recupera el rango de movimiento y mejora la capacidad de flexo extensión del espacio intersomático enfermo.

#### Estabilización cervical anterior subaxial videoasistida

O.E. VALDEZ, S.J. CRISCI, J.E. MEOLI

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad de la instrumentación videoasistida de la columna cervical subaxial por vía anterior.

**Material y método.** Entre diciembre de 2006 y abril de 2010 cinco pacientes portadores de patología degenerativa o traumática fueron operados mediante abordaje cervical anterior miniinvasivo y asistencia videoendoscópica, realizando discectomía y artrodesis intersomática con jaulas de polietileno (PEEK) conteniendo sustituto óseo; estabilización con placa de titanio atornillada. Los pacientes fueron evaluados con escala visual análoga para dolor, cuestionario de Oswestry. El periodo de seguimiento varió entre siete y cuarenta y siete meses, con un promedio de treinta meses.

**Resultados.** Todos los pacientes revirtieron el déficit neurológico previo. Dos tuvieron complicaciones; un hematoma de herida quirúrgica que resolvió espontáneamente y una disfagia transitoria. Hubo una disminución promedio para dolor cervical y miembro superior de 6,4 y 4,8 puntos en la escala visual análoga. El cuestionario de Oswestry presentó una disminución promedio de 20 puntos.

**Conclusión.** La discectomía cervical estabilización anterior mediante abordaje anterior miniinvasivo y técnica videoasistida constituye un método seguro y eficaz. Las complicaciones presentadas fueron leves y evolucionaron favorablemente.

#### Aspergilosis cerebral y columna cervical. Reporte de un caso y revisión de bibliografía

G. VERGARA, N. ROURA, S. CONDOMÍ ALCORTA,  
A. CERVIO, J. SALVAT

**Objetivo.** Presentar un caso de aspergilosis cerebral y columna cervical

**Presentación.** Paciente masculino de 25 años con antecedentes de leucemia linfática aguda quien realizando quimioterapia presentó neumonitis por metotrexate por lo que inicia tratamiento con corticoides. Comienza con cervicalgia y con el diagnóstico de osteomielitis cervical.

**Intervención.** Se realiza punción sin aislamiento de gérmenes y se coloca Halo Vest. El paciente presenta dos episodios de afasia de expresión y se diagnostica lesión frontal izquierda. Se evacua absceso cerebral (*A. fumigatus*), comenzando tratamiento antibiótico con buena respuesta clínica y radiológica.

**Conclusión.** La AI debe ser sospechada en pacientes inmunocomprometidos, la presencia de lesiones a nivel del SNC pueden requerir evacuación por vía estereotáctica o por cirugía convencional para obtener material que permita obtener un diagnóstico de certeza, seguido de un tratamiento antibiótico adecuado y un seguimiento clínico imagenológico.

#### Coexistencia de ependimoma y hemangioma capilar a nivel intramedular dorsal

P. SEOANE, F. LATORRE, F. MORELLO, P. ZULIANI,  
S. OLIVERI, R. VÁZQUEZ, E. SEOANE

**Objetivo.** Reportar un caso de un tumor y una lesión vascular intramedular a nivel dorsal. No se han reportado en la bibliografía la concomitancia de ambas patologías medulares. Se presenta un caso sintomático con ambas etiologías.

**Presentación.** Se describe el caso de una paciente de 32 años con paraparesia leve de 6 meses de evolución, que evoluciona en forma tórpida, presentando al examen preoperatorio paraparesia moderada a grave, ataxia e hiperreflexia de MMII, con nivel de hipoestesia T3-T4. La IRM dorsal presenta una lesión expansiva de D1 a D4 hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con nivel de líquido en el extremo caudal de la lesión, que con gadolinio presenta un refuerzo heterogéneo.

**Intervención.** La paciente fue operada con una laminectomía T1 a T4 con evacuación del quiste descrito, exéresis de una lesión vascular intramedular sobre el extremo rostral de la laminectomía y una exéresis subtotal de la lesión tumoral a nivel del extremo caudal del abordaje. La paciente evolucionó favorablemente, sin recurrencia lesional y actualmente bajo rehabilitación kinésica.

**Conclusión.** Si bien la presentación del paciente analizado es azarosa e infrecuente, su descripción es un aporte útil a la literatura para el diagnóstico diferencial de las diferentes entidades patológicas intramedulares, a fin de planificar una estrategia terapéutica adecuada.

### PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

#### Hemorragia intraventricular traumática aislada: ¿predictor de mortalidad?

A. GIMÉNEZ, M. LAUDELINO, L. PALMERO, J. ALINEZ,  
M. OLIVETTI, R. ALCARÁZ

**Objetivo.** Evaluar su comportamiento como predictor independiente de mortalidad cuando se presenta de forma aislada.

**Material y método.** Se incluyeron 12 pacientes entre 16 y 79 años admitidos en el Hospital desde enero de 2008 hasta septiembre de 2010 con diagnóstico tomográfico de HIVP aislada secundaria a TEC cerrados. Se realiza revisión bibliográfica y la discusión del mecanismo lesional.

**Resultados.** De los 12 pacientes incluidos en la muestra, 6 ingresaron como TEC graves, 3 como TEC moderados y

3 como TEC leves; 54% secundarios a colisión de motocicleta, 8 pacientes tuvieron al ingreso una clasificación leve de HIVP según la escala de Graeb y los 4 restantes, moderada. En 36% se halló trauma extraneurológico asociado. A 2 pacientes se les colocó DVE para resolución de la hidrocefalia aguda. El GOSS al alta fue 5 en 27% de los pacientes, 4 en 54% y de 1 en 19%.

**Conclusión.** Se pudo apreciar que la evolución de los pacientes con diagnóstico de HIVP aislada fue, en contraposición a lo hallado en la bibliografía, satisfactoria ya que sólo 2 pacientes fueron intervenidos transitoriamente por la complicación aguda de hidrocefalia, sólo 19% fallecieron y 81% tuvieron un GOSS favorable al alta.

### TEC grave. Quince meses de experiencia

L. SERNA, A. LACAL, C. PIERONI, F. MARTÍNEZ, G. KUPERMAN

**Objetivo.** Realizar un estudio epidemiológico sobre TEC grave en nuestro hospital. Realizar un estudio comparativo entre resultados tomográficos en TEC grave, pupilas de ingreso, GCS, intercorrelencias y Glasgow Outcome Scale.

**Material y método.** Se realizó un estudio retrospectivo observacional durante 15 meses, desde mayo de 2008 hasta julio de 2009 inclusive, en el H.I.G.A. Güemes de Haedo. Sobre 2.000 traumatismos encefalocraneanos de diferentes gravedades 137 resueltos quirúrgicamente, 39 fueron TEC grave. Se compararon Glasgow de ingreso, edades, sexo, modalidades del trauma, alteraciones topográficas encontradas, actitud neuroquirúrgica y Glasgow Outcome Scale.

**Resultados** El promedio de edad de los pacientes que ingresaron en el estudio fue de 36 años. 85% de los mismos fueron de sexo masculino. 21% fueron en los días domingo, 18% en el mes de junio; 11 de los 39 pacientes se encontraba alcoholizado al momento del trauma y 5 bajo los efectos de drogas ilegales. La mitad de los traumatismos están distribuidos en nuestra población en heridas de arma de fuego y moto, siendo esta última levemente predominante.

**Conclusión.** El TEC grave constituye el 28% de nuestros traumatismos de cráneo de resolución quirúrgica. Predomina en el sexo masculino en edad joven, con mayor franja entre los 20 y 40 años, como en el resto de la bibliografía, pero difiere en la predominancia sobre la modalidad, siendo que el trauma abierto por HAF constituye el 25% y otro 25% está constituido por accidentes en moto sin casco. El Glasgow Outcome Scale fue de 1 en la mitad de la población y se pudo relacionar con el GCS de ingreso, en su respuesta motora de forma predominante, TAC y pupilas.

### Quiste aracnoideo asociado a hematoma subdural

L. GREGORI, E. MÁRQUEZ, G. TRÓCCOLI, E. D'ANNUNCIO, M. BEGUERÍ, I. MONTIEL, A. LÓPEZ

**Objetivo.** Presentar un caso de hematoma subdural asociado a quiste aracnoideo y revisión bibliográfica.

**Presentación.** Consultó a nuestro Servicio un paciente de 10 años de edad con antecedente de TEC leve y cefalea

de 10 días de evolución. Al examen físico presentaba cefalea moderada, sin otras alteraciones neurológicas. En la TAC de ingreso se observó un quiste aracnoideo en fosa media izquierda asociado a un hematoma subdural subagudo frontotemporoparietal del mismo lado. Se realizó IRM de cerebro donde se observaron los mismos hallazgos que en la TAC. Se realizó evacuación del hematoma subdural mediante dos agujeros de trepanación, permaneciendo el paciente asintomático.

**Conclusión.** El hematoma subdural asociado a quiste aracnoideo, en nuestra experiencia y basados en la revisión bibliográfica es de tratamiento neuroquirúrgico, una vez hecho el diagnóstico y esperar el quiste si éste es asintomático.

### Hidrocefalia luego de craniectomía descompresiva postTEC

S. ROGOVSKY, A. ROMANO, J. WEINSTEIN, A. HERNÁNDEZ, E. ECHEVERRÍA

**Objetivo.** Analizar la relación existente entre la realización de craniectomía descompresiva y la presentación de hidrocefalia, factores de riesgo y consecuencias pronósticas.

**Material y método.** Se analizaron retrospectivamente una nuestra serie de 30 pacientes sometidos a craniectomía descompresiva postTEC entre enero de 2007 y abril de 2010, considerando edad, sexo, presencia de HSA postraumática, extensión de la craniectomía, aparición de hidrocefalia y GOS a los 6 meses.

**Resultados.** 7 pacientes presentaron hidrocefalia (23,3%). Se comprobaron como factores de riesgo la realización de craniectomía bilateral y la mayor edad. La presencia de hidrocefalia empeoró el pronóstico.

**Conclusión.** La aparición de esta complicación es frecuente y habitualmente grave, lo que debe considerarse al realizar una craniectomía descompresiva.

### Hematoma epidural inmediato contralateral a evacuación de hematoma subdural agudo y craniectomía descompresiva

JL. BUSTAMANTE, O. TROPEA, M. PIROZZO, N. MAROGNA, L. LUQUE

**Objetivo.** Presentar un paciente con una complicación aguda de resolución quirúrgica, luego de realizarle una craniectomía descompresiva.

**Descripción.** Paciente masculino de 34 años que ingresa politraumatizado por accidente de moto sin casco. Al examen físico Glasgow 6/15 con anisocoria por midriasis izquierda. En la TAC de ingreso se observa hematoma subdural agudo, contusiones múltiples, edema hemisférico izquierdo y desplazamiento de la línea media, más fractura de la escama temporal, techo de órbita y peñasco derechos.

**Intervención.** Se realiza craniectomía descompresiva izquierda con evacuación del hematoma. PIC de apertura: 35 mmHg. Terminada la cirugía y aún dentro del quirófano, se evidencia anisocoria por midriasis contralateral al aborda-



je quirúrgico. Se realiza TAC de emergencia que muestra voluminoso hematoma extradural derecho. Se procede a su evacuación inmediata.

**Intervención.** Se realizó una craniectomía descompresiva fronto-temporo-parietal izquierda, y evacuación de hematoma subdural agudo, se visualiza el cerebro francamente contuso en región periopercular, en concomitancia con herniación encefálica. Se realiza plástica dural amplia para permitir el cierre. En la segunda intervención se evacua la colección extradural, producto de la lesión de la arteria meníngea media asociada a la fractura de la escama temporal derecha.

**Conclusión.** Presentamos este caso para jerarquizar el mecanismo de producción del hematoma extradural, que puede ocurrir ante una fractura temporal en un paciente con hipertensión endocraneana, cuando se realiza una craniectomía descompresiva contralateral.

## PATOLOGÍA FUNCIONAL

### Neuralgia del glosofaríngeo, reporte de un caso: reintervención con descompresión vascular microquirúrgica

A. MELCHIOR, F. MERLO, D. PRIETO, R. JALIL,  
C. GENOLET, P. QUEVEDO

**Objetivo** Presentar un caso de neuralgia del glosofaríngeo, reintervenido por persistencia del dolor.

**Presentación.** Paciente masculino de 38 años con diagnóstico de neuralgia del glosofaríngeo intervenido quirúrgicamente (año 2009, en otra institución), asintomático por dos semanas, reagudizando los síntomas y persistiendo ante tratamiento médico por un año.

**Intervención.** Se decide intervención quirúrgica en nuestra institución. Se observa la severa compresión vasculonerviosa sin material alguno que se interponga entre la arteria PICA y IX par. Se realizó descompresión microvascular interponiendo teflón felt con resolución completa de la neuralgia.

**Conclusión.** La neuralgia del glosofaríngeo es una entidad infrecuente, donde la descompresión microvascular otorga excelentes resultados, siendo muy infrecuente su recidiva; razón por la cual se realizó tratamiento médico por un año hasta tomar decisión de reintervención. En nuestro caso la misma otorgó una mejoría total.

### Descompresiva neurovascular para neuralgia del trigémino ¿Qué estamos implantando?

D.N. LOMBARDI, F. LATORRE, F. MORELLO,  
P. SEOANE, R. VÁZQUEZ, E. SEOANE

**Objetivo.** Comunicar el material protésico utilizado en nuestro Servicio para la microcirugía descompresiva neurovascular para neuralgia del trigémino y compararlo con el reportado en la literatura.

**Material y método.** Durante el período 2000-2010 se realizaron 24 procedimientos para el tratamiento de la neuralgia del trigémino, 9 fueron tratados con rizotomía

percutánea y 15 con descompresiva neurovascular. Se utilizó como implante entre el nervio trigémino y la arteria comprometida una esponja de poliolefina (Volara 6A) que es el material donde están asentadas las agujas de las suturas 6.0 de Surgipro II®. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed de los diferentes tipos de materiales reportados en la literatura.

**Resultados.** Ocurrió una recidiva de los síntomas en uno de los 15 casos de descompresiva neurovascular que fue subsecuentemente tratado con radiofrecuencia. Dos de los pacientes operados habían tenido procedimientos percutáneos previos (uno radiofrecuencia y otro fenolización). No hubo complicaciones relacionadas al material protésico utilizado. Los materiales relatados en la literatura comprenden, músculo, Dacron, teflón, Ivalon (esponja de polivinilo). En todos ellos han sido reportados casos de granulomas, fibrosis y meningitis aséptica.

**Conclusión.** Si bien en la literatura no se han reportado trabajos de utilización de esponja de poliolefina en la descompresiva microvascular, este material ha sido utilizado en la totalidad de los casos sin presentar complicaciones.

### Talamotomía por radiofrecuencia bajo guía estereotáctica en pacientes con temblor: sus aplicaciones

M. PALLAVICINI, J. MANDOLESI, N. ALMERARES,  
F. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, J.J. MEZZADRI, F. MICHELI

**Objetivo.** Diferentes patologías pueden presentar movimientos involuntarios o temblor como síntoma principal. Entre ellas destacamos la enfermedad de Parkinson y el temblor esencial. Todas ellas requieren de tratamiento médico como primera opción terapéutica. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia de la termolesión por radiofrecuencia para el tratamiento del temblor cuando se agota la instancia médica.

**Material y método.** Cinco pacientes fueron evaluados en la sección de Movimientos Anormales del HdC durante el año 2009 y referidos a Neurocirugía por temblor. Los pacientes recibieron tratamiento médico de primera línea para su patología de base. Ante la falta de eficacia y/o la presencia de efectos adversos, todos ellos fueron sometidos al procedimiento de termolesión por radiofrecuencia bajo guía estereotáctica, con anestesia local. Los cinco pacientes presentaban temblor de diferente origen. En todos los casos el blanco terapéutico seleccionado fue el núcleo ventral intermedio del tálamo (VIM). La localización del blanco se realizó mediante estereotaxia y se efectuaron lesiones con equipo generador de radiofrecuencia y electrodo de 3 mm, a 80° C durante 60 segundos.

**Resultados.** Los 5 pacientes evolucionaron con desaparición completa del temblor, con un promedio de duración de su internación de 24 hs. Ningún paciente presentó efectos adversos ni complicaciones. La media de seguimiento fue de 8 meses y en ningún caso se registró la recidiva de la sintomatología.

**Conclusión.** La termolesión por radiofrecuencia cerebral es un método eficaz y seguro para el tratamiento de diferentes tipos de temblor refractarios al tratamiento médico.

### Experiencia en pacientes neurocríticos con monitoreo de la presión tisular de oxígeno. Reporte de 9 casos

J. LIZUNDIA, M. MURAL, A. ESTRAMIANA, P. PALACIO,  
M. KIRSCHBAUN, M. FERNÁNDEZ

**Objetivo.** Revisar nuestra experiencia con monitoreo de  $ptO_2$  en pacientes neurocríticos.

**Material y método.** Se presentan 9 pacientes neurocríticos, 2 pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea espontánea, 1 paciente con diagnóstico de malformación arteriovenosa, 6 pacientes con traumatismo de cráneo. Todos los pacientes se encontraban en la unidad de cuidados intensivos, sedados, con monitoreo de la presión intracraneana. Se decidió la colocación del monitor de  $ptO_2$  en conjunto con el Servicio de Terapia Intensiva para optimizar el tratamiento médico de los mismos.

**Resultados.** Se observó que hubo variación en la presión de perfusión cerebral para una adecuada oxigenación cerebral en la mayoría de los pacientes requiriendo en algunos casos PPC de 70 a 90 mmHg, así también que dentro de las lesiones secundarias cobró importancia el aumento de la temperatura cerebral produciéndose importantes cambios en la presión tisular de oxígeno con pequeños cambios de la misma. La hemoglobina (como variable de disponibilidad de oxígeno) fue otro de los puntos que influyó en la oxigenación cerebral requiriendo en algunos pacientes valores superiores a 7 mg/dl.

**Conclusión.** El monitoreo de la presión tisular de oxígeno cerebral es una variable más en el manejo médico de pacientes neurocríticos, que aporta información y ayuda a tomar conductas médicas que no se realizarían utilizando únicamente el monitoreo de la presión intracraneana. En esta serie de casos el monitoreo de  $PtiO_2$  permitió optimizar las conductas terapéuticas.

### PATOLOGÍA DE BASE DE CRÁNEO

#### Malformación de Arnold Chiari, 15 años de experiencia

E. CASTELLANI, C. SERENO, M. ROJAS, G. VERGARA, A. CERVIO,  
R. MORMANDI, S. CONDOMI ALCORTA, J. SALVAT

**Objetivo.** Mostrar la experiencia en el tratamiento de esta patología en los últimos 15 años efectuando craneotomía de fosa posterior y plástica de duramadre.

**Material y método.** Presentamos todos los casos de Arnold Chiari I tratados en nuestro Servicio entre 1995 y 2009.

**Resultados.** Se evaluaron 31 pacientes, 20 mujeres y 11 varones, con una edad promedio de 39 años y un seguimiento de 36 meses. A todos se les realizó craneotomía suboccipital, laminectomía de C1 y plástica de duramadre. El 67% mostró mejoría clínica y el 74% mejoría imagenológica.

**Conclusión.** La malformación de Arnold Chiari I es una entidad más frecuente de lo que se cree y debe ser pensada entre los diagnósticos diferenciales de los pacientes con cefalea, alteraciones de pares bajos o trastornos motores y sensitivos. Su diagnóstico debe ir acompañado de una correcta correlación imagenológica siendo el tratamiento de elección la descompresión de fosa posterior.

### MISCELÁNEAS

#### Anatomía microquirúrgica del tronco cerebral en 3D: consideraciones clínicas y quirúrgicas

R.G. PÁRRAGA; G. CARVALHAL RIBAS, E. DE OLIVEIRA

**Objetivo.** Describir detalladamente la anatomía microquirúrgica de la superficie y arquitectura intrínseca del tronco cerebral. Para poder predecir las posibles complicaciones quirúrgicas y planificar un adecuado abordaje quirúrgico.

**Material y método.** Se estudiaron 10 troncos cerebrales de especímenes fijados en formol al 10% por 40 días. Se utilizó el método de Klingler para las disecciones, bajo visión microscópica (X6 a X40). Obteniéndose imágenes estereoscópicas tridimensionales (3D Anaglífico). Se hizo una correlación anatomoclínica además de una revisión bibliográfica de los principales abordajes quirúrgicos utilizados para distintas áreas del tronco cerebral.

**Resultados.** Fueron identificados los puntos de referencia quirúrgica de la superficie del tronco cerebral y sus relaciones con el telencéfalo y las estructuras vasculares. Se demostraron las principales estructuras de sustancia blanca (vías ascendentes y descendentes), y su disposición y trayecto en cada segmento del tronco (mesencéfalo, protuberancia y bulbo) observando su relación con la superficie. Además de la sustancia gris que está formada principalmente por los núcleos de los pares craneales. Para luego correlacionar con los abordajes quirúrgicos más utilizados a las diferentes zonas de entrada seguras del tronco cerebral.

**Conclusión.** La cirugía del tronco cerebral exige una comprensión profunda de su anatomía regional y funcional. Con una imagen mental clara de la arquitectura externa e interna del tronco que nos permita escoger las zonas de entrada más seguras, tomándose en cuenta que las rutas que pueden ser convenientes para el paciente no siempre son las más cortas o más fáciles para el neurocirujano.

#### Arquitectura interna del lóbulo temporal en 3D: consideraciones quirúrgicas

R.G. PÁRRAGA, G. CARVALHAL RIBAS, E. DE OLIVEIRA

**Objetivo.** Comprender la arquitectura intrínseca y disposición de fibras, dentro del lóbulo temporal.

**Material y método.** Se estudiaron 40 hemisferios cerebrales, fijados en formol al 10%. Se utilizó el método de Klingler para las disecciones, bajo visión microscópica y con obtención de imágenes estereoscópicas (3D Anaglífico).

**Resultados.** Como principal grupo de fibras se encontró la radiación óptica, localizada en la profundidad del giro temporal medio y superior, encima del surco temporal inferior. Además del Stratum sagital y Stem temporal. En todos los especímenes el asa de Meyer's se localizó delante del tope del cuerno temporal y en promedio a 28,4 mm atrás del polo temporal. Y entre éste y el limen de la insula se encontró una distancia de 10,7 mm. Entre la superficie cortical del giro temporal medio y el borde lateral de la radiación óptica se encontró una distancia media de 21 mm. La distancia entre el cuerpo geniculado lateral y el

borde lateral de la radiación óptica fue de 17,4 mm. En el cuerno temporal, la radiación óptica cubre completamente su techo, la porción posterior de la pared lateral, la pared medial está libre excepto a nivel del cuerpo geniculado lateral y el piso está libre. En el atrio y cuerno occipital la radiación óptica cubre la parte lateral de su techo, la pared lateral y el piso.

**Conclusión.** La disección de fibras blancas demuestra la relación tridimensional de la arquitectura intrínseca del cerebro. Las imágenes estereoscópicas facilitan el estudio del lóbulo temporal, para su aplicación quirúrgica.

#### **Defecto óseo craneal extenso: cualidades a la hora de elegir el material para la craneoplastia**

N, SPAHO, M. PALLAVICINI, D. D'OSVALDO, P. LYLYK

**Objetivo.** Mostrar ventajas y desventajas en el uso de los materiales para los defectos óseos craneales extensos.

**Material y método.** Se analizaron retrospectivamente 5 cirugías de craneoplastias de craniectomías descompresivas (CD). De los cuales tres pacientes fueron varones, 2 mujeres, de 19 a 67 años (media 33 años), causas de las CD: 2 hematomas por MAV, 1 HIC hipertensivo, 2 TEC.

**Resultados.** De los 5 casos, 4 se realizaron con materiales 3D y 1 con biopolímeros maleables. Debido a la gran extensión del defecto óseo descartamos los materiales poco maleables como el titanio que es útil para pequeños defectos y el metilmetacrilato por las condiciones desventajosas ya conocidas como el calentamiento del material y las colecciones residuales. No obstante hallamos en materiales de polímeros vegetales colecciones postoperatorias que no requirieron cirugías y se reabsorvieron en el tiempo y una gran ventaja que encontramos en un polímero vegetal 3D, que a pesar de la reconstrucción preestablecida no coincidía exactamente con los bordes y pudimos moldearlo en el intraoperatorio combinando la ventaja de los materiales 3D al estar confeccionados para el determinado defecto de cada paciente y la posibilidad del moldeado en el acto quirúrgico pudiéndole dar el acabado exacto para coincidir con el defecto.

**Conclusión.** Creemos que en el análisis minucioso de los resultados cosméticos, los materiales con reconstrucción 3D son los ideales para los amplios defectos craneales, considerando el tip del moldeado intraoperatorio.

#### **Experiencia en pacientes neurocríticos con monitoreo de la presión tisular de oxígeno. Reporte de 9 casos**

J. LIZUNDIA, M. MURAL, A. ESTRAMIANA, W. VIDETTA,  
T. A. CERSÓSIMO, L. AGUILAR

**Objetivo.** Revisar nuestra experiencia con monitoreo de  $ptO_2$  en pacientes neurocríticos.

**Material y método.** Se presentan 9 pacientes neurocríticos, 2 pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea espontánea, 1 paciente con diagnóstico de malformación arteriovenosa, 6 pacientes con traumatismo de cráneo. Todos los pacientes se encontraban en la UTI, sedados, con monitoreo de la presión intracraneana. Se decidió la colocación del monitor de  $ptO_2$  en conjunto con el Servicio de terapia intensiva para optimizar el tratamiento médico de los mismos.

**Resultados.** Se observó que hubo variación en la presión de perfusión cerebral para una adecuada oxigenación cerebral en la mayoría de los pacientes requiriendo en algunos casos PPC de 70 a 90 mmHg, así también que dentro de las lesiones secundarias cobró importancia el aumento de la temperatura cerebral produciéndose importante cambios en la presión tisular de oxígeno con pequeños cambios de la misma. La hemoglobina (como variable de disponibilidad de oxígeno) fue otro de los factores que influyó en la oxigenación cerebral requiriendo en algunos pacientes valores superiores a 7 mg/dl.

**Conclusión.** El monitoreo de la presión tisular de oxígeno cerebral es una variable más en el manejo médico de pacientes neurocríticos, que aporta información y ayuda a tomar conductas médicas que no se realizarían utilizando únicamente el monitoreo de la presión intracraneana. En esta serie de casos el monitoreo de  $PtiO_2$  permitió optimizar las conductas terapéuticas.