

RESÚMENES DE TRABAJOS DE PRESENTACIÓN EN PANEL

PATOLOGÍA VASCULAR

Cavernomas extraaxiales: presentación de tres casos

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

Objetivo. Describir tres casos clínicos de cavernomas extraaxiales, identificando localización e implicancia respecto a su comportamiento.

Descripción. Un paciente de 77 años de sexo femenino, presentó ptosis palpebral derecha de un año de evolución, cefaleas, y en los estudios por imágenes se observó una lesión paraselar derecha, excluida de la circulación, otro paciente de 32 años de sexo masculino presentó una lumbociatalgia derecha que por IRM se evidenció una lesión a nivel de la cola de caballo y el último paciente de 22 años de sexo masculino tuvo una evolución gradual de cefalea y deterioro visual, síndrome quiasmático, hallándose por imágenes una lesión quiasmática, que si bien no es extraaxial porque se halla a nivel de un par craneal al estar separada del parenquima cerebral cambia su comportamiento.

Intervención. En el primer caso se realizó craneotomía pterional derecha más exéresis de la lesión, identificándose localización en fosa media a nivel del tercer par craneal derecho, en el segundo caso se realizó un abordaje lumbar hallándose una tumoración rojiza blanda pegada a una raíz y en el tercer caso se realizó una craneotomía pterional con apertura del quiasma y resección completa de la lesión.

Conclusión. Los cavernomas extraaxiales son entidades clínico radiológicas diferentes de los intraparenquimatosos. Pueden imitar tumores de base de cráneo como meningiomas hasta confundirse con patología vascular aneurismática. Por lo tanto es de gran importancia realizar el diagnóstico preoperatorio para planeamiento de la intervención.

Aneurisma de la arteria pica izquierda extracraneana y HSA difusa. A propósito de un caso

X. LAVELLA, R. CÁRDENAS

Objetivo. Presentar el caso de un paciente portador de un aneurisma de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) izquierda extracraneana, asociado a hemorragia subaracnoidea (HSA) difusa.

Descripción. Paciente femenina de 52 años de edad sin antecedentes de importancia, que ingresa al Servicio de Emergencias por cefalea intensa, vómitos y pérdida transitoria de conciencia. Escala de Hunt y Hess III. En TAC sin contraste se evidencia HSA a nivel interhemisférico, en cisternas peritroncales y en ambas cisternas Sylvianas. Escala de Fisher II. Se realiza angiografía digital cerebral observándose un tronco común en la arteria vertebral izquierda que da origen a la arteria PICA y a un aneurisma de base angosta y saco de contornos irregulares, con diámetro mayor de 7 mm x 4 mm. Se

decide tratamiento endovascular.

Intervención. Se realiza embolización de saco aneurismático con implante de 3 coils de platino de desprendimiento mecánico, hasta lograr exclusión del mismo y persistencia de permeabilidad de arteria PICA y de la arteria vertebral izquierda.

Conclusión. El aneurisma de la arteria PICA puede producir hemorragia subaracnoidea difusa a pesar de ser extracraneano.

PATOLOGÍA TUMORAL

Quiste neuroentérico cerebral

A. SAINZ, V. AMERIO, M. VARELA, A. CASTRO, D. MORALES

Objetivo. Comunicar un caso infrecuente de quiste neuroentérico frontoparietal en un paciente adulto

Descripción. Paciente de 58 años hombre, con crisis convulsivas de 25 años de evolución tratado con fenitoína y fenobarbital sin estudios imagenológicos que ingresó al servicio con foco motor deficitario derecho y afasia mixta de aparición súbita luego de una crisis convulsiva. Se realizó TAC de cerebro simple: lesión isodensa extraaxial frontoparietal izquierda. IRM de cerebro con gadolinio: imagen frontoparietal izquierda extraaxial de límites netos hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con escaso realce postgadolinio.

Intervención. Exéresis total de formación quística extraaxial, de contenido líquido viscoso opalescente y membranas blanquecinas. En el material enviado a Anatomía patológica para su estudio se halló la presencia de epitelio cilíndrico pseudoestratificado con células caliciformes y mucina, compatible con quiste neuroentérico. Se constata evolución favorable clínico-radiológica con disminución de la frecuencia de las crisis convulsivas y restitución ad-integrum del foco deficitario.

Conclusión. Revisada la bibliografía del tema, se destaca la infrecuencia de presentación de esta lesión tanto por la edad de presentación como por la ubicación de la lesión, ya que se trata de una patología de la edad pediátrica y la región del neuroeje generalmente involucrada es la región dorsal superior y cervical de la columna siendo muy escasos los reportes de ubicación cerebral en el adulto en la literatura mundial.

Metástasis de meduloblastoma en sitios frecuentes e infrecuentes. Ensayo iconográfico

J. DOCAMPO, M. STEFFEN, C. CASTILLO, C. MORALES, C. BRUNO

Objetivo. Mostrar ejemplos iconográficos de metástasis de meduloblastoma leptomenínges y sistémicas, dándole mayor importancia a sus localizaciones poco frecuentes.

Material y método. Para el presente trabajo se seleccionaron 7 pacientes con metástasis de meduloblastoma: 4 de sexo femenino, 3 de sexo masculino, con un rango

etario de 6-38 años. Todos los pacientes fueron estudiados con resonancia magnética con gadolinio.

Resultados. Del total de pacientes estudiados (n=7), según vía de diseminación: 5 presentaron metástasis a través del LCR, 1 paciente metástasis sistémica y 1 paciente ambas. Los sitios en donde se hallaron metástasis por diseminación vía LCR fueron: 5 intradural vertebral (1 drop metástasis), 2 intramedular, 1 subaracnoideo supratentorial, 1 tercer ventrículo, 1 cisternal con compromiso leptomeníngeo rodeando los pares craneanos III, V, VII y VIII. Una paciente presentó metástasis intradural a nivel lumbar bajo y sacro, por debajo del límite donde se aplicó radioterapia. Los sitios de metástasis sistémica fueron: 1 óseo vertebral, 1 ganglionar cervical. En la literatura figura que el 33% de los pacientes con meduloblastoma presentan metástasis leptomeníngeas y solo el 7.1% metástasis sistémica (77% óseas y 33% ganglionar).

Conclusión. Las metástasis sistémicas de meduloblastoma son infrecuentes, principalmente la localización ganglionar. Dentro de las metástasis por diseminación vía LCR son infrecuentes las ubicaciones intraventricular y pial rodeando a los pares craneanos.

DTI y tractografía en la evaluación prequirúrgica de tumores cerebrales

J. DOCAMPO, C. CASTILLO, C. MORALES, C. BRUNO

Objetivo. Mostrar, a través de ejemplos iconográficos, la utilidad de la DTI y la tractografía en la evaluación prequirúrgica de un tumor cerebral.

Material y método. Para el presente trabajo fueron seleccionados 20 pacientes con tumores cerebrales a los que se realizó, como parte de la evaluación prequirúrgica, una resonancia de cerebro con gadolinio, DTI y tractografía. Doce pacientes de sexo femenino, 8 de sexo masculino. Rango etario: 14 y 63 años. En el estudio convencional se realizaron las siguientes secuencias: FSE T2 en los tres planos, axial T1, axial Flair, axial eco de gradiente, difusión. Postcontraste se realizó SE T1 en los tres planos. Se realizó secuencia DTI con 32 direcciones, se midió la fracción anisotrópica (FA) en una estación de trabajo. En la tractografía se reconstruyeron los haces corticoespinales, los fascículos longitudinales inferiores, los fascículos occípito-frontales y el cuerpo calloso.

Resultados. Fueron evaluados 20 pacientes, 11 presentaron gliomas de bajo grado, 3 gliomas de alto grado, 3 meningiomas, 2 cavernomas y 1 paciente un quiste dermoide. La DTI mostró un descenso de la FA, con valores menores a 0,3, en los tractos de sustancia blanca comprometida por el tumor en estudio. En la tractografía se constató impronta y desplazamiento del tumor sobre los tractos de sustancia adyacentes, infiltración parcial y disrupción completa.

Conclusión. La DTI y la tractografía nos sirve para evaluar el compromiso de los haces y fascículos de sustancia blanca en pacientes con tumores cerebrales. Permite al neurocirujano realizar una mejor planificación prequirúrgica.

Melanoma de seno frontal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

P. YPA, F. CLAR, F. FUERTES, R. ZANINOVICH,
A. GUIROY, V. TROUCHOT

Objetivo. Presentar un caso de melanoma de seno frontal.

Descripción. Paciente de sexo femenino, de 68 años, consulta por obstrucción nasal, anosmia, dolor retroocular y proptosis de ojo izquierdo. En la TC de macizo craneofacial se evidencia formación de partes blandas en proceso fronto-etmoidal izquierdo, protruyendo hacia cavidad orbitaria; opacidad que ocupa seno frontal homolateral. IRM de macizo craneofacial muestra proceso expansivo ocupando cavidades de los senos frontal y etmoidal izquierdo, involucra la pared orbitaria izquierda, desplaza la grasa extraconal y el globo ocular. Se realiza biopsia por endoscopia; la anatomía patológica informa melanoma. Se decide cirugía en conjunto con cirugía oncológica.

Intervención. Se realizó resección craneofacial de la lesión, que ocupaba el seno frontal izquierdo, senos etmoidales y cavidad nasal. Se reconstruye hueso frontal y puente nasal con malla de titanio.

Conclusión. Presentamos un caso de melanoma de mucosa rinosinusal, para contribuir con la casuística de esta rara patología, de la que no existen muchos casos publicados. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, y existen terapias coadyuvantes, como la radioterapia y la quimioterapia, pero son necesarios más estudios para determinar su utilidad real. El melanoma de mucosa rinosinusal es una enfermedad de mal pronóstico y corta sobrevida por su alta tasa de recidiva local y metástasis a distancia.

Meningioma parasagital en un joven de 17 años con diagnóstico de neurofibromatosis

M. D'AGUSTINI, A. TELLO BROGIOLO, B. TORNESELLO, D. DEMARCHI, J. EMMERICH, H. LONGUINHO, M. FERREYRA

Objetivo. Presentar un caso de meningioma parasagital en un joven de 17 años, con diagnóstico de neurofibromatosis y realizar una revisión de la bibliografía.

Presentación. Presentamos el caso de un paciente de 17 años de edad con diagnóstico de neurofibromatosis, con un cuadro neurológico de hemiparesia braquiocrural derecha y disartria y con IRM, donde se observa una imagen parasagital redondeada, en la región fronto-parietal derecha, adherida al seno longitudinal superior, iso a levemente hiperintensa en T1 con marcado halo hipointenso, e iso-intenso en T2, que capta fuertemente el contraste. En Rx y TAC presenta marcada hiperostosis en la región anterior del hueso parietal derecho.

Intervención. Fue intervenido quirúrgicamente, lográndose la exéresis total del tumor en un único tiempo quirúrgico y debiendo realizarse ligadura y exéresis del seno longitudinal superior hasta su tercio medio. El diagnóstico neuropatológico fue de meningioma meningotelial. En los controles clínico-neurológicos postquirúrgicos se observa restitución ad-integrum de los signos. Como antecedente de enfermedad actual el paciente fue intervenido quirúrgicamente en 2005 por un tumor del ángulo bulbo-cerebeloso (neurofibroma).

Conclusión: Presentamos el caso de un paciente de 17 años de edad con diagnóstico de neurofibromatosis y meningioma parasagital que involucra el SLS.

Descripción de casos de abordajes de la unión craneocervical

A.M. NOCERA, S. CERNEAZ, D. N. RELLAN LANDEIRA,
P. FOLLADOR; I. PALEO; R.A. MOYA

Objetivo. Presentar tres casos de patología de la unión cráneo cervical con distintos abordajes en el hospital público.

Presentación. Caso 1. Paciente masculino de 48 años de edad que consulta por cervicalgia de tres meses de evolución más hemiparesia braquio-crural izquierda y braquial derecha, acompañado de disestesias. Se realiza IRM cervical donde se observa LOE en arco anterior de C1 con compromiso de odontoides. **Caso 2.** Paciente femenina de 52 años de edad que consulta por cervicalgia acompañado de cuadriparesia espástica a predominio derecho moderada. Presenta IRM de encéfalo y cervical donde se observa una lesión en región anterior de foramen magno que comprime y desplaza la unión bulbo medular hacia posterior e izquierda, realzando en forma homogénea con contraste en T1. **Caso 3.** Paciente femenina de 33 años de edad que consulta por cefalea, cervicalgia y hipoestesia con nivel sensitivo C5. Presenta IRM donde se observa lesión que realza en T1 de forma homogénea, en el contorno de la unión cráneo cervical engrosando y extendiéndose por la duramadre con importante compromiso en la unión bulbo medular.

Intervención. Caso 1. Se realiza cirugía con abordaje transoral con buena exposición de la lesión para su remoción total sin exponer cerebro sano. **Caso 2.** Se realiza un abordaje extremo lateral con drilado de cóndilo occipital, lo que permitió un fácil abordaje de la lesión sin lesionar estructuras importantes. **Caso 3.** En este caso se utilizó un abordaje medial a la fosa posterior con apertura de C1 comprobándose engrosamiento de duramadre, que fue removida y enviada a anatomía patológica; realizando el cierre con fascia lata.

Conclusión. Las vías de abordaje elegidas para estos pacientes con lesiones que comprometen foramen magno ofrecieron un buen ángulo de visión y no se requirió retracción encefálica. Es necesario realizar el abordaje paso por paso, reconociendo las estructuras anatómicas durante el abordaje.

Metástasis dural

DN. LOMBARDI, P. CHIPOLINI, M. MALDONADO,
M. LORENZO, J. GÓMEZ, M. MARCHETTI

Objetivo. Presentación de un caso de metástasis dural con invasión ósea de primario desconocido.

Material y método. Paciente femenino de 69 años, que presenta hemiparesia izquierda. Estudios por imágenes que evidencian edema frontoparietal derecho y refuerzo dural localizado.

Resultados. La intervención quirúrgica mostró un tumor de duramadre con compromiso óseo. Anatomía patológica: metástasis dural de neoplasia mamaria.

Conclusión. Las metástasis durales son infrecuentes y constituyen uno de los patrones de propagación al eje craneoespinal menos estudiados. El compromiso meníngeo por carcinoma de mama representa menos del 1%, y constituye una manifestación de estadio terminal.

Tumor de células plasmáticas intracraneal. Diagnóstico y tratamiento según revisión bibliográfica

S.G. JAIMOVICH, F. MARTIN, C. CALZONE, A. MELGAREJO,
M. GUEVARA, J. GARDELLA

Objetivo. Presentar dos pacientes con debut clínico de plasmocitoma intracraneal, con diagnóstico a posteriori de mieloma múltiple y revisar la literatura publicada, para proponer un algoritmo diagnóstico y terapéutico.

Material y método. 2 pacientes oligosintomáticos con lesión expansiva intracraneal única, implicando cráneo, meninges, partes blandas y con efecto de masa; la biopsia excisional evidenció plasmocitoma.

Intervención. Fueron estudiados y cumplieron criterios para mieloma múltiple. Recibieron tratamiento radioterapia/quimioterapia, con desaparición de dicha lesión intracraneal.

Conclusión. Es importante realizar screening para descartar mieloma múltiple. Para el tratamiento del plasmocitoma solitario intracraneal, según clínica y comorbilidades, se propone biopsia, resección subtotal o total más radioterapia y estricto seguimiento por riesgo de evolución a mieloma múltiple. En mieloma múltiple, por su supervivencia media de 12 meses, se propone biopsia o resección subtotal más radioterapia y/o quimioterapia.

Meningioma transicional gigante recidivado: presentación de un caso, actualización y revisión de bibliografía

J. BALDOVINO, M. URRUTIA, A. GARCÍA, M. ABBONA,
S. APRAI, H. PERALTA

Objetivo. Presentar un caso de meningioma transicional gigante recidivado, algoritmo diagnóstico y terapéutico, revisión bibliográfica.

Presentación. Paciente de 52 años de edad con antecedente de cirugía de exéresis de meningioma gigante en fosa temporal izquierda, nacido de tercio medio de ala menor del esfenoides en el mes de julio de 2004 (Simpson IV), cuyo diagnóstico histopatológico correspondió a meningioma transicional. En seguimiento durante 3 años sin evidencia de recidiva. El paciente no concurre a control durante los últimos dos años, presentándose a la consulta en el mes de agosto de 2010 con cefalea, hemiparesia derecha y afasia. TAC evidenciando recidiva a meningioma gigante.

Intervención. Intervenido quirúrgicamente con exéresis total (Simpson II) con buena evolución postoperatoria.

Conclusión. Los meningiomas atípicos y anaplásicos son tumores poco comunes con peor pronóstico que los benignos.

nos. Hemos examinado la literatura actual e intentado integrar y resumir la información disponible para determinar un enfoque lógico para estos tumores. Ambos tumores son poco frecuentes y a menudo se los trata igual que a los meningiomas benignos. Además, debido a que no ha habido un esquema de clasificación histopatológica para meningiomas atípicos y anaplásicos en el pasado, hay numerosas incoherencias en la literatura, existiendo actualmente la clasificación de la OMS del año 2000 en pos de subsanar este problema. Ambos tumores tienen alta tasa de recurrencia y pobre tasa de supervivencia. El alcance de la resección del tumor (Simpson) y el grado histológico son los determinantes clave para la recurrencia. Las metástasis son inusuales, pero se producen. La terapia de radiación puede utilizarse como tratamiento adyuvante después de la resección total y subtotal. También está aumentando el papel de radiocirugía estereotáctica, junto con un posible papel de braquiterapia. No existen agentes quimioterapéuticos efectivos disponibles. En pacientes con meningiomas atípicos sin invasión de cerebro que recibieron radioterapia adyuvante no se observó mayor supervivencia; sin embargo, en el subgrupo con invasión de cerebro la radioterapia adyuvante mejoró la supervivencia. En pacientes con meningioma anaplásico, los factores pronósticos son la invasión de cerebro, la radioterapia adyuvante, la progresión maligna, la sobreexpresión de p53 y el alcance de la resección. La extirpación quirúrgica completa ofrece la mejor posibilidad de control tumoral.

Metástasis craneal solitaria de carcinoma epidermoide pulmonar. Reporte de un caso

R. SAYAVEDRA, S. BELCHIOR, C. MAMANI, M. MESA,
A. GALATI, J. SHILTON.

Objetivo. Presentar un caso de metástasis solitaria en calota como manifestación inicial de carcinoma epidermoide pulmonar y su resolución quirúrgica.

Descripción. Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad, con antecedentes de tabaquismo y TEC simple de tres meses de evolución. Derivado al servicio de Cirugía plástica por presentar tumoración frontal derecha de crecimiento progresivo en los últimos 3 meses, con diagnóstico presuntivo de lipoma. Al examen físico presentó lesión tumoral en región frontal derecha, de aproximadamente 8 cm. de diámetro, consistencia duroelástica, indolora, adherida a planos profundos, con expresión extracraneal.

Intervención. Se realiza TAC de cerebro con ventana ósea, en la cual se observa lesión isodensa, exofítica, extradural, de bordes netos, con solución de continuidad del tejido óseo a nivel frontal derecho, sin aparente invasión cerebral. Rx de tórax, imagen nodular radioopaca en vértice pulmonar derecho. Se realiza exéresis parcial de la lesión, hasta el plano óseo, craneotomía centrífuga, con margen de seguridad de 2 centímetros. Se completa exéresis tumoral con buen plano de clivaje extradural evidenciando ausencia de infiltración macroscópica en meninges y parénquima cerebral. Anatomía patológica informa: metástasis de carcinoma epidermoide. Paciente evoluciona favorablemente. Es derivado a oncología para completar tratamiento adyuvante.

Conclusión. Las metástasis craneales de pulmón se ubi-

can en tercer lugar luego de las de mama y próstata. Se muestran como imágenes líticas únicas en la TAC. Los meningiomas de la convexidad representan el principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta. Por tratarse de nuestro caso de una metástasis de calota solitaria, como única lesión de secundarismo, con posibilidad de resección completa consideramos que la cirugía representa la mejor opción terapéutica.

PATOLOGÍA DE COLUMNA

Metástasis de melanoma intradural extramedular, reporte de un caso neuroquirúrgico

O. FRANZE, M. PIROZZO, N. MAROGNA,
N. ALMERARES, J. LAMBRE

Objetivo. Demostrar un caso neuroquirúrgico poco frecuente de metástasis de melanoma único en el SNC con localización leptomenígea.

Descripción. Paciente de 42 años, que consulta por signos y síntomas compatibles con un síndrome de cola de caballo. Al comienzo no acusó antecedentes significativos. Se le realiza IRM de columna lumbosacra que evidencia tumor intradural lumbosacro. Se indica conducta quirúrgica.

Intervención. Durante el procedimiento quirúrgico se evidencia infiltración local de las raíces nerviosas y coloración oscura de la lesión, la exéresis fue subtotal, la duramadre estaba respetada. Por tal motivo se reinterroga a la paciente insistiendo sobre sus antecedentes médicos. Refirió así una cirugía hace 2 años por un melanoma en la mama derecha que restó importancia por ser pequeño. Los síntomas cedieron en el postoperatorio. La anatomía patológica del tumor espinal informa melanoma. Se le practican TAC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, que evidencian imágenes compatibles con secundarismo en ganglios pelvianos y periaórticos abdominales. No evidenció otras lesiones en el SNC. Posteriormente completó el esquema con radioterapia y quimioterapia.

Conclusión. El secundarismo intradural extramedular como lesión única de melanoma en el SNC es una patología poco frecuente con presunta diseminación hematogena.

Metástasis intramedular cervical por cáncer de mama. Reporte de un caso

H. SOLÉ, M. DÍAZ, P. WELLER, J.C. GIMÉNEZ,
M. GURDZEL, J.F. GRUARÍN

Presentación. Paciente de sexo femenino de 60 años con antecedentes de mastectomía radical en 2008, que comienza con cuadro de cervicalgia más paraparesia progresiva de dos meses de evolución asociado a parestesias en miembros superiores y nivel sensitivo C2. Se realiza IRM de columna cervical que muestra lesión expansiva quística a nivel cervical C2 que realza con gadolinio.

Intervención. La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándose laminectomía mas exéresis de tumor. La paciente evoluciona favorablemente con regresión parcial del déficit motor.

Conclusiones. A pesar de las controversias en cuanto al mejor tratamiento de las metástasis intramedulares, la microcirugía con la máxima exéresis posible preservando la función neurológica preexistente es el tratamiento de elección.

Hematoma epidural espinal como complicación postmicrodiscectomía lumbar. Reporte de un caso

J.M. MARELLI, L. FOLLADOR, J. CONDORI,
L. FERRUCCI, N. RELLAN LANDEIRA, R. MOYA

Objetivo. Presentar un caso de hematoma epidural espinal a nivel lumbar como complicación postoperatoria de microdiscectomía L5-S1 abordado por vía posterior.

Descripción. Paciente masculino de 32 años de edad, que refiere dolor y paresia 1/5 a nivel del territorio radicular S1 derecho sin respuesta al tratamiento médico, con resonancia magnética nuclear 1.5 T en donde se observa una protrusión discal a nivel L5-S1 orientada hacia la foramina derecha.

Intervención. Se realiza microdiscectomía, abordaje posterior, con ampliación de la foramina derecha, buen control de hemostasia, cierre sin complicaciones. A las tres horas de la cirugía el paciente refiere dolor abdominal y se constata al examen físico retención aguda de orina, esfínter anal hipotónico, anestesia en silla de montar y paresia progresiva de miembros inferiores con hiporreflexia rotuliana y aquiliana bilateral. Se realiza IRM de urgencia en donde encontramos hematoma epidural a lo largo del segmento lumbar, ocupando prácticamente todo el canal a nivel L4-L5. Se decide intervención neuroquirúrgica de emergencia, la cual se realiza dos horas después del comienzo de los síntomas y se le practica una laminectomía de tres niveles L3-L4-L5. No se identifica en el acto quirúrgico un lecho sangrante activo. Luego de la intervención el paciente recupera en horas la casi totalidad del déficit sensitivo, persistiendo por varias semanas hipoestesia a nivel genital. Requirió de sonda vesical y luego auto cateterismo por tres meses. Continuó con paraparesia distal de miembros inferiores luego de la cirugía 5 meses con mejoría progresiva. Actualmente, a 10 meses de la intervención quirúrgica, no presenta déficit neurológico.

Conclusión. El hematoma epidural espinal como consecuencia inmediata de una microdiscectomía lumbar es poco frecuente, menor al 1%. Se presenta con gran compromiso neurológico, habitualmente como síndrome de la cauda equina. Es importante su diagnóstico precoz y rápida intervención quirúrgica para disminuir la morbilidad asociada.

Nuestra experiencia en artroplastía lumbar

S. CERNEAZ, D. RELLAN LANDEIRA, J.P. SANTA VERBEKE,
J.M. MARELLI, M. NOCERA, R.A. MOYA

Objetivo. Evaluar y comunicar los resultados obtenidos en Artroplastía Lumbar en 22 pacientes, realizadas en el H.I.G.A. Vicente López y Planes.

Material y método. Se analizaron retrospectivamente

entre marzo de 2009 y agosto de 2010, 22 casos de artroplastía lumbosacra con reemplazo discal con disco artificial. Todos abordados vía anterior (incisión mediana infraumbilical con una vía de acceso extraperitoneal). La selección de pacientes coincide con lo expuesto en la literatura. Se analizaron causas, signos/síntomatología, niveles, número de discos afectados, complicaciones y seguimiento.

Resultados. Los 22 casos corresponden a pacientes jóvenes que presentaban discos blandos, 16 femeninos y 6 masculinos. La signo/síntomatología presentada fue lumbalgia, parestias y debilidad muscular en miembros inferiores. Los mismos fueron estudiados con radiografías simples de columna lumbosacra en las proyecciones AP-lateral-oblicuas y IRM. Los niveles afectados fueron únicos en 10 pacientes y múltiples en 12. El principal nivel afectado fue L5-S1 en 8 pacientes y L4-L5 en 2; todos aquellos con niveles múltiples correspondieron a L4-L5/L5-S1. Se utilizó el siguiente material en 19 pacientes se colocó el Mobidisc de la firma LDR; en 2 casos el Baguera L de Spineart y en el restante Prodisc L de la firma Synthes. Como complicaciones se constataron en un paciente migración del material; un paciente con lesión vascular venosa (la cual fue resuelta inmediatamente) y lumbalgia postquirúrgica en dos casos. Cabe destacar que en ninguno de los pacientes masculinos se presentó eyaculación retrógrada.

Conclusión: el advenimiento del reemplazo discal Lumbar representa una nueva y excitante frontera en el tratamiento de la discopatía de dicho segmento. Hoy día es una opción de tratamiento que se presenta muy sólida frente a la artrodesis instrumentada, sobre todo cuando se pretende preservar el movimiento, recuperar la estabilidad y la función del segmento discal dañado por el proceso degenerativo y se debe tener en cuenta especialmente en pacientes jóvenes como alternativa primaria para su completa recuperación.

Síndrome de la cola de caballo secundaria a hernia de disco lumbar. Nuestra experiencia

M.A. NOCERA, J.M. MARELLI, F. MORÓN,
J.P. SANTA VERBEKE, D.N. RELLAN LANDEIRA, R.A. MOYA

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico y seguimiento postoperatorio de los síndromes de la cola de caballo secundarios a hernia de disco lumbar.

Material y método. Se revisaron las historias clínicas de 5 pacientes con diagnóstico al ingreso de síndrome de la cola de caballo secundario a hernia de disco L5-S1, a los cuales se les practicó tratamiento quirúrgico, realizándose laminectomía y discectomía abierta convencional, en el período comprendido del año 2010. Como método imagenológico se usó la IRM. Y para evaluar el pre y postquirúrgico se utilizó el examen físico, estudios imagenológicos IRM y seguimiento clínico por urología.

Resultados. De los 5 pacientes cuatro eran del sexo femenino y uno masculino, con un promedio de edad de 29 años. Tres de ellos fueron operados dentro de las 48 horas de iniciados los síntomas, el resto a la semana. En todos los casos la evolución de la sintomatología fue aguda, dos de ellos con aparición repentina sin manifestaciones previas y

tres con antecedentes de lumbalgia y ciatalgia previa. Los síntomas en orden decreciente de frecuencia fueron: trastornos esfinterianos, retención aguda de orina, anestesia en silla de montar, paresia motora de grados variables, lumbalgia o ciatalgia, arreflexia aquilea bilateral y disfunción sexual. Luego de la cirugía el déficit neurológico que persiste mayormente son los trastornos esfinterianos, como la retención urinaria y la disfunción sexual.

Conclusión. El síndrome de la cola de caballo secundario a hernia de disco predominó en el sexo femenino y en el grupo etario de 26-35 años. La disfunción esfinteriana estuvo siempre presente en el contexto clínico de estos pacientes. El interespacio L5-S1 fue el más frecuentemente afectado. Debutó más comúnmente de forma aguda con síntomas previos. Se observó un efecto desfavorable en la recuperación de aquellos pacientes cuyo debut fue más agudo. La anestesia en "silla de montar" actuó como un factor desfavorable en el pronóstico de estos pacientes.

Metástasis espinal de carcinoma adenoide quístico de parótida. Presentación de un caso.

M. GALINDEZ, E. GIACCOPUZZI, G. DEL GIUDICE,
F. ALBERIONE, P. ITURRIETA, J. CASCARINO

Objetivo. Presentar un raro caso de diseminación metastásica de un tumor parotídeo a nivel espinal y su revisión bibliográfica.

Presentación. Paciente de 40 años de edad, con antecedentes de carcinoma adenoide quístico de parótida izquierda operado hace 10 años con tratamiento oncológico coadyudante, que consultó por una paraparesia severa de 12 horas de evolución. La IRM de columna dorsal evidenció una lesión expansiva a nivel D12 con compresión medular.

Intervención. Se realizó laminectomía descompresiva de urgencia y en un segundo tiempo exéresis subtotal de la lesión con hemicorporectomía D12 por vía transpedicular y artrodesis. La paciente revirtió el déficit neurológico y realizó tratamiento oncológico posoperatorio.

Conclusión: Las metástasis espinales de tumores parotídeos son infrecuentes. A pesar de esto, se deben tener en cuenta como diagnóstico diferencial.

Meningiomas espinales

Nuestra experiencia. A propósito de 2 casos

H. ROSENDE, F. LUPETTI, C. LAGÜES

Objetivo. Reportar dos casos de meningiomas espinales, el algoritmo diagnóstico y revisión bibliográfica.

Presentación. Caso 1: paciente femenina de 48 años de edad que consulta por paraparesia progresiva de 4 meses de evolución y dorsalgia de igual data con respuesta parcial a AINEs. Antecedentes: tabaquismo. Por IRM se constata lesión expansiva extramedular espinal intradural a nivel de D8-D9. **Caso 2:** paciente femenina de 71 años de edad sin antecedentes consulta por anestesia en silla de montar, trastornos en el control de esfínteres y dolor radicular en territorio de L1 izquierdo. En IRM se constata lesión

ocupante de espacio extramedular espinal intradural a nivel de D12-L1.

Intervención. Caso 1: resección total y laminoplastia de 2 niveles. Anatomía patológica: tumor fusocelular vinculable a meningioma fibroso. Actualmente evoluciona asintomática. **Caso 2:** laminectomía D12 y L1 seguida de resección total. Anat. Patológica: meningioma mixto (fibroblástico y metaplásico) con extensa calcificación distrófica. Actualmente la paciente no presenta déficit neurológico.

Conclusión. Los meningiomas espinales son esencialmente neoplasias benignas responsables de disfunciones radiculares y medulares. La cirugía es la mejor opción terapéutica y se asocia a una alta probabilidad de recuperación neurológica. Los buenos resultados se explican por la detección temprana y la correcta técnica quirúrgica.

PATOLOGÍA DE BASE DE CRÁNEO

Cisternas peritroncales: anatomía y descripción

G. BONILLA, M. BERNADON, F. CASTRO BARROS,
M. PADAY, J. RODRÍGUEZ, P. ZAMORANO

Objetivo. Establecer la disposición y particularidades de este grupo de cisternas.

Material y método. Se diseccionaron 10 fosas posteriores de mare de cadáveres previamente fijados, magnificación con lupa 2x, mediante técnicas de fijación y coloración con látex.

Resultados. La cisternas de la base se encuentran separadas de las peritroncales por la membrana de Lilliequist que establece el límite entre la cisterna quiasmática en la base y la interpeduncular de ubicación anterior al mesencéfalo. La membrana pontina anterior separa la cisterna prepontina de la cerebelopontina, esta última separada de la cisterna ambiens por la membrana pontomesencefálica lateral. Por otro lado las cisternas premedular y prepontina encuentran como punto limítrofe a la membrana pontomedular medial. La membrana pontomedular lateral separa las cisternas cerebelopontina lateral y la cerebelomedular lateral.

Conclusión. El conocimiento de la anatomía cisternal peritroncal no sólo es importante para los alumnos sino que es vital para su abordaje en el tratamiento de lesiones de pares craneales y vasculares tan frecuentes en la práctica diaria.

PATOLOGÍA DE NERVIOS PERIFÉRICOS

Experiencia en cirugía del túnel carpiano en un Servicio de Neurocirugía en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires

J.I. PALEO, N. MARCHEGANI, J.M. MARELLI, F. MORON,
D.N. RELLAN LANDEIRA, M. SOCOLOVSKY

Objetivo. Describir nuestra experiencia en la patología más frecuente de nervio periférico en el servicio de neurocirugía del H.I.G.A. Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez.

Material y método. Durante 56 meses se trataron quirúrgicamente 73, con una relación de predominio femenino 7:1, en un grupo etario del 87% entre los 40 y 60 años. Los síntomas eran bilaterales en 36 pacientes, de los cuales solo 15 requirieron la intervención bilateral. El 48% presentó una franca relación fisiopatogénica de sus síntomas con la actividad laboral que realizaban. El tratamiento siempre fue inicialmente conservador (fisioterapia, inmovilización, reposo laboral, infiltración con corticoides, etc), y ante el fracaso del mismo, se indicaba cirugía a cielo abierto bajo técnica microquirúrgica.

Resultados. Se realizó cirugía a cielo abierto en todos los pacientes, de los cuales el 20% se operó de ambas manos. Se realizó con anestesia local en el triángulo del pliegue palmar y sobre la marca de la incisión, empleándose vendas de Esmarch y manguito a presión 220 mmHg para lograr el control hemostático. La incisión utilizada fue lineal vertical de 3cm en la prolongación del borde cubital de cuarto dedo sobre el carpo, por debajo de la línea de Kaplan, procediéndose luego a disecar en forma roma la aponeurosis palmar superficial, seccionando con bisturí hoja Nº15 el ligamento anular anterior del carpo, y luego con protección neural se libera el nervio mediano hacia distal y proximal. Se presentaron complicaciones postoperatorias en el 4% (Infección, dehiscencia de herida quirúrgica). El 96% de los pacientes presentó mejoría sintomática.

Conclusión. El síndrome del túnel carpiano es la neuropatía por atrapamiento más frecuente en el hombre, siendo la principal causa de acroparestesias en la extremidad superior. Dicha patología es abordada en nuestro hospital por médicos residentes de neurocirugía bajo supervisión de un médico de planta, lo cual permite el entrenamiento adecuado en esta entidad tan prevalente y la adquisición de destrezas microquirúrgicas, a la vez que se obtienen resultados gratificantes que estadísticamente se asemejan a los reportados en las grandes series de la literatura.

PEDIATRÍA

Síndrome de maltrato infantil. Hallazgos neuroquirúrgicos

H.A. LONGUINHO, M. D'AGUSTINI, D. DEMARCHI, JP. EMMERICH,
B. TORNESELLO, N. TELLO BROGIOLO, M.L. FERREYRA

Objetivo. Describir el caso clínico de un niño de 18 meses de edad, previamente sano quien presentó síndrome de hipertensión endocraneana de 2 semanas de evolución.

Presentación. Niño de 18 meses de edad, previamente sano, quien presentó cefalea, vómitos y somnolencia de 2 semanas de evolución según relato materno. Ante dicho cuadro se realiza TAC de cerebro simple donde se evidencia imagen hipodensa bifrontoparietal que se interpreta como colección subdural subaguda-crónica. El examen oftalmológico evidenció hemorragias retinianas bilaterales. La IRM cerebral demostró: una colección subdural bifrontoparietal subaguda-crónica, hipointensa en T1y espontáneamente brillantes en T2. Estos hallazgos resultaron compatibles con lesiones intracraneanas traumáticas secundarias a maltrato. El estudio de coagulopatía fue negativo. Se solicita además estudio de fondo de ojo e IRM de cerebro,

donde se observan hemorragias retinianas bilaterales, y colección subdural bifrontoparietal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, sin lesión parenquimatosa aparente.

Intervención. Ante estos hallazgos se decide realizar punción lumbar (PL) con manometría arrojando como resultado LCR serohemático y 27 cm de H2O de presión confirmando el diagnóstico de hidrocefalia externa. La evaluación social evidenció un núcleo familiar inestable, dado por problemas de relación conyugal, agravada por la existencia de violencia física y psicológica del padrastro sobre la madre, con rasgos de trastorno de personalidad de ambos. Como primer tratamiento se indican PL seriadas cada 96 hs y acetazolamida. Cabe destacar que luego de cada procedimiento se evidenciaba mejoría clínica desapareciendo dicha sintomatología y que este tratamiento fue instaurado por 14 días. Ante la reiteración del mismo luego de suspender el tratamiento indicado, se decide la colocación de sistema de derivación lumboperitoneal como tratamiento definitivo.

Conclusión. La coexistencia en IRM cerebral de colecciones subdurales con o sin lesiones parenquimatosas asociadas a hemorragias retinianas y/o fracturas óseas ocultas, puede ser compatible con síndrome de maltrato infantil.

MISCELÁNEA

Signos útiles para la identificación del surco central en resonancia magnética

E. CARRASCO, L. DOMITROVIC, P. YPA, A. ARCOS,
B. GANDARILLAS BALDELOMAR, F. FUERTES

Objetivo. Describir la frecuencia de observación de los signos descriptos en neuroimágenes para la localización del surco central.

Material y método. Se emplearon imágenes por resonancia magnética (IRM) de 60 pacientes adultos (18 a 83 años), de ambos sexos (34 mujeres y 26 varones) con cerebros normales, en cortes axiales rostrales ponderadas en secuencias T1 y T2, realizadas en resonador Phillips 1.5 Tesla. En las IRM se buscaron los siguientes signos: la unión del surco frontal superior con el surco precentral, el signo del omega invertido, la impronta de la rama marginal del surco del cíngulo en la convexidad ("pars bracket"), el surco postcentral que se bifurca en su porción superior, el giro postcentral más fino que el giro precentral, la unión del surco intraparietal con el surco postcentral y el surco central que alcanza la línea media. Se determinó su frecuencia.

Resultados. El surco frontal superior se une con el surco precentral en el 95% de los casos. El signo del omega invertido se evidencia en 96,66% de los casos. El signo de "pars bracket" está presente en 95% de las observaciones. El surco postcentral es bifido en el 65%. El giro postcentral es más estrecho que el giro precentral en 98,33%. El surco intraparietal intercepta con el postcentral en 88,33%. El surco central alcanza la línea media en 86,66% de las observaciones.

Conclusión. Los signos descriptos tienen una alta frecuencia de presentación, encontrándose en promedio en 89,28% de las IRM observadas.

Hematoma epidural cervical espontáneo asociado a tratamiento anticoagulante. Presentación de un caso y revisión de la literatura

N. PICARD, C. ZANARDI

Objetivo. Advertir la ocurrencia de hematomas epidurales espinales espontáneos asociados a la medicación anticoagulante.

Presentación. Paciente en tratamiento anticoagulante por patología cardiovascular, que ingresó por cuadro agudo de cervicalgia seguido de cuadriplejía de instalación rápida. La IRM de columna cervical mostró una imagen extradural biconvexa derecha a nivel C2-C3-C4, isointensa en T1, hiperintensa en T2 y STIR, compatible con sangrado extradural agudo con compresión medular. Por agotamiento respiratorio fue intubado y ventilado y de inmediato se realizó una laminectomía C2-4 y se evacuó el hematoma. La IRM pasadas las 24 horas mostró edema ascendente y descendente.

Intervención. Asumiendo la posibilidad de que el canal estrecho cervical preexistente pudiera influir negativamente en la evolución se completó la descompresión mediante laminectomía C5-7. El paciente evolucionó sin cambios, llegando a mantener una ventilación diafragmática transitoria. La IRM alejada mostró la resolución del edema ascendente y la presencia de múltiples focos de mielomalacia. Falleció de complicaciones sistémicas a los 70 días del inicio del cuadro. Se realizó una revisión bibliográfica en relación con los hematomas epidurales espinales espontáneos asociados al tratamiento anticoagulante. A pesar de haber intervenido al paciente dentro de las 4 horas del inicio del cuadro no hubo recuperación neurológica alguna. Los hematomas epidurales espinales espontáneos son una complicación infrecuente de la terapia anticoagulante.

Conclusión. El inicio agudo de dolor espinal asociado a

déficit neurológico, en un paciente que recibe medicación anticoagulante, debe hacer pensar en hematoma epidural espinal. La IRM es el método diagnóstico de elección. Si bien la evacuación quirúrgica de urgencia es mandatoria, en algunos pacientes el daño medular ya está establecido y es por lo tanto irreversible.

Fístulas craneales de líquido cefalorraquídeo: uso de TAC cerebral Multislice-3D con contraste intratecal

R. JALIL, F. MERLO, D. PRIETO, S. PARISI, CH. GENOLET, A. MELCHIOR

Objetivo: Presentar dos pacientes estudiados con la metodología propuesta.

Material y método. Caso 1: paciente masculino, de 41 años con TCE moderado, MARSHAL II con tratamiento médico. Reingresa 20 días después del alta con síndrome meníngeo y rinoarraquia izquierda. **Caso 2:** paciente masculino, de 38 años con reintervención de neuralgia del glossofaríngeo. Reingresa 15 días después del alta con síndrome meníngeo y rinoarraquia izquierda.

Intervención. Se realizó tratamiento conservador incluido el drenaje espinal continuo por 14 días sin resolución en los dos pacientes, por lo que se optó por el tratamiento quirúrgico. En ambos se obtuvieron imágenes multicorte-3D, con la inyección intratecal de 15 cm³ de Iopamiron 300, lográndose visualizar con alta precisión el trayecto de ambas fístulas. Se consiguió controlar la fístula quirúrgicamente en los 2 casos

Conclusión. El uso de este método no invalida los ya propuestos por la metodología clásica para el estudio de la fístula de LCR; pero nos ofrece una visualización 3D del trayecto fistuloso que se corrobora con los hallazgos intraoperatorios.