



Neurocirugía (English edition)



<https://www.revistaneurocirugia.com>

O-006 - FACTORES ASOCIADOS CON DESARROLLO DE FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO TRAS CIRUGÍA DE FOSA POSTERIOR

P. Hevia Rodríguez, A. Elúa, P. Moreno, I. de Goñi, P. Torres, J. Undabeitia, L. Fernández, M. Armendariz, M. Arrazola, N. Samprón y E. Úrculo

Hospital Donostia, San Sebastián, España.

Resumen

Introducción: A pesar de los avances quirúrgicos y nuevos biomateriales, la fístula de líquido cefalorraquídeo (FLCR) sigue siendo la complicación más frecuente tras cirugía de fosa posterior (CFP), con riesgo de meningitis e incremento del ingreso hospitalario.

Objetivos: Analizar la asociación de diversos factores con el desarrollo de FLCR tras CFP. Describir nuestra técnica de reconstrucción tras craneotomía con pasta de viruta ósea autóloga y pegamento de fibrina y analizar su tasa de FLCR.

Métodos: Estudio retrospectivo, incluye a los pacientes intervenidos de CFP (2017-2021). Se analizó edad, sexo, riesgo anestésico (ASA), patología, hidrocefalia previa, abordaje, tamaño craneotomía, tipo reconstrucción ósea, apertura de cisterna magna o celdillas mastoideas, material de cierre dural, otras complicaciones.

Resultados: Se intervinieron 117 pacientes, $52,4 \pm 18,4$ años media: 37 (31%) schwannomas vestibulares, 17 (14%) conflictos neurovasculares, 13 (11%) hemorragias, 12 (10%) meningiomas, 11 (10%) metástasis, 27 (23%) otros. Todas cirugías programadas, excepto las hemorragias. Cinco (4%) eran reintervenciones. Diez (8,5%) desarrollaron FLCR por herida -ninguna rinoliquorrea/otorrea- a los $14 \pm 11,9$ días de media, solución: 4 (40%) vendaje compresivo, 3 (30%) drenaje lumbar, 3 (30%) cirugía revisión. Tamaño medio craneotomía: 114 ± 37 cm², tasa de FLCR: 6/60 (9%) craneotomía, 3/15 (17%) craneotomía, 1/27 (4%) craneotomía + pasta, 0/5 (0%) malla de titanio. Tasa de FLCR según cierre dural: directo sin biomaterial 0/21 (0%), matriz hemostática trombina + fibrinógeno 4/30 (13%), injerto duramadre biológica 5/55 (9%), combinación matriz hemostática + injerto biológico 1/11 (9%). Sin diferencias entre los diferentes biomateriales. Tasa FLCR en cirugía urgente 1/13 (8%) vs. 9/97 (9%) programada. Única variable asociada al desarrollo de FLCR fue edema en tomografía posquirúrgica.

Conclusiones: En la presente serie la incidencia de FLCR tras CFP es inferior a la media descrita en la literatura. Ningún biomaterial para cierre dural ha demostrado ser superior en la prevención de FLCR. La reconstrucción de la craneotomía con pasta de viruta ósea autóloga y pegamento de fibrina es una buena alternativa a la craneotomía, con baja incidencia de FLCR.