Neurocirugia. 2017;28(Espec Congr):204

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0419 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO TEMPORALES. UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DE DEHISCENCIA DE LA FOSA MEDIA

L. Moreno Vázquez, Á. Rodríguez de Lope Llorca, M.Á. Cañizares Méndez, J. Álvarez Fernández, J.M. Belinchón de Diego, F. González-Llanos Fernández de Mesa y A. Cabada del Río

Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados de los pacientes intervenidos de fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) temporales en nuestro servicio mediante minicraneotomía temporal simple y la utilidad de la clasificación propuesta por Gupta et al.

Métodos: Estudio retrospectivo de paciente intervenidos en nuestro servicio entre 2009 y 2016. Hemos incluido 6 pacientes (2 mujeres y 4 hombres) entre 37 y 69 años. La indicación quirúrgica fue: cúmulo de LCR en cavidad timpánica, trauma quirúrgico, trauma craneoencefálico y fístula de LCR espontánea. Dos pacientes presentaban cofosis preoperatoria y uno meningitis previa. Clasificamos los defectos como A: dehiscencia ósea sin herniación meníngea; B: herniación meníngea; C: fístula de LCR; D: dehiscencia con meningitis. Ningún paciente con defecto tipo A intervenido.

Resultados: El adelgazamiento del tegmen timpani y mastoideo de fosa craneal media (FCM) aparece en un 15-35% en las series de autopsias. Puede producir un meningoencefalocele con fístula de LCR espontánea. Su reparación previene el riesgo de meningitis. Existen diferentes técnicas combinando mastoidectomía y craneotomía. Recientemente, Gupta et al proponen una clasificación para la toma de decisiones. En nuestra serie, empleamos la minicraneotomía temporobasal y disección epidural a lo largo de FCM. Tras cerrar el defecto dural, se repara FCM con plastia, hueso autólogo o hidroxiapatita. No encontramos relación entre la clasificación de Gupta y la gravedad del defecto. Evaluamos los resultados postquirúrgico con seguimiento clínico y radiológico con TC/RMN a los 3, 6 y 12 meses. No hubo morbilidad severa o mortalidad. Un paciente presentó crisis epiléptica autolimitada. Otro hipoacusia leve con recuperación parcial.

Conclusiones: El abordaje simple con minicraneotomía temporal puede ser suficiente para la reparación de fístulas de LCR temporales evitando la mastoidectomía. La fístula de LCR no se relaciona con el tamaño del defecto en FCM y, por tanto, la clasificación de Gupta no permite diferenciar la severidad del mismo.

See front matter © 2017 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados