



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0239 - CRANEOtomías MINIPTERIONALES, TÉCNICA 'MURITA'. MODIFICACIONES Y APLICACIONES EN RELACIÓN CON NUESTRA SERIE

M.Á. Cañizares Méndez¹, F. González-Llanos Fernández de Mesa¹, F. Abreu¹, L. Moreno Vázquez¹, J. Mura², J. Álvarez Fernández¹ e I. Perales²

¹Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España. ²Instituto de Neurocirugía Asenjo, Santiago de Chile, Chile.

Resumen

Objetivos: Revisión de la serie de minipterionales realizadas por nuestro equipo según la técnica “Murita”. Aplicaciones y resultados.

Métodos: Revisión de serie de 10 pacientes intervenidos por nuestro equipo entre agosto y diciembre de 2016 mediante craneotomía minipterional según técnica “Murita”, planteando modificaciones según el área a abordar.

Resultados: Nuestra serie consta de 10 pacientes de entre 28 y 76 años intervenidos de cavernoma gigante silviano, meningioma paraclinoideo, 2 aneurismas de comunicante anterior, 1 de posterior, 2 de bifurcación carotídea, 1 de bifurcación de ACM y 2 paraoftálmicos. La craneotomía “Murita” se realiza mediante abordaje por incisión tras el pelo 4 cm menor que la clásica, el músculo temporal se desinserta desde su porción anterior en lugar de seccionarlo, se realiza craneotomía minipterional sin sobrepasar la línea temporal superior, 2 cm hacia posterior desde el ala esfenoidal y es de gran importancia el fresado del ala hacia delante. Ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones derivadas directamente de la técnica quirúrgica. La craneotomía más utilizada hasta el momento para dicha localización es la pterional clásica, siendo actualmente sustituida por abordajes menos agresivos como supraciliar o minipterional. La “Murita” es de menor extensión que la técnica clásica, disminuyendo el defecto, la exposición de parénquima sano, la atrofia temporal y el dolor masticatorio. Peor acceso que la supraciliar a lesiones de lámina terminalis, que se corrige aumentando la craneotomía hacia superior, disminuyendo el riesgo de apertura de seno frontal y de neumocéfalo a tensión.

Conclusiones: Según nuestra experiencia pueden abordarse lesiones vasculares o tumorales con buena exposición y resultados en las siguientes localizaciones, precisando en algunos casos una leve modificación de la técnica “Murita”: lámina terminalis, porción esfenoidal de fisura Silviana y Uncus, seno cavernoso y fosa media, lesiones de tubérculo y mitad interna de ala esfenoidal, lesiones hipofisarias y las localizadas en ACM, ACI y A. oftálmica.