



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

V0535 - MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ROLÁNDICA GIGANTE, GRADO IV DE SPETZLER-MARTIN

L. Moreno Vázquez, M.Á. Cañizares Méndez, J. Álvarez Fernández, F. González-Llanos Fernández de Mesa, M. Amosa Delgado, M.J. Herguido Bóveda y A. Cabada del Río

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

Resumen

Objetivos: Repasar los aspectos quirúrgicos a través de vídeo 3D de una malformación arteriovenosa (MAV) gigante no rota rolándica derecha reseçada.

Métodos: Varón de 48 años. Tras crisis tónico-clónica generalizada se realiza RM cerebral compatible con MAV rolándica derecha. La arteriografía cerebral confirma dicho hallazgo. Clasificación de Spetzler-Martin suplementada IV+IV (S3V0E1/A3B0C1). Riesgo acumulado de rotura, ajustado a la esperanza de vida, 65% aproximadamente. Tras informar de las potenciales secuelas, el paciente asume el riesgo y acepta el tratamiento quirúrgico. Tras embolización parcial (70%) 48 horas antes por el Servicio de Neurointervencionismo y monitorización neurofisiológica intraoperatoria, se procede a exéresis de la MAV. Durante la intervención, apreciamos no sólo 4 grandes aportes arteriales (1 de lenticuloestriadas, 2 laterales embolizados y 1 posterior) sino también aportes arteriales milimétricos desde sustancia blanca en toda su extensión. Tras una disección compleja, se completa la exéresis hasta abrir ventrícula lateral y visualizar cabeza del núcleo caudado. La monitorización de la vía motora no muestra alteraciones al finalizar la intervención. Estancia en UCI favorable, con disartria y hemiparesia izquierda de predominio crural como secuelas.

Resultados: El tratamiento quirúrgico de las MAV de alto grado (IV-V de Spetzler-Martin) es controvertido, sobre todo con alto grado en la escala suplementaria (IV-V). A la hora de valorar el tratamiento quirúrgico, el riesgo acumulado y la experiencia previa acumulada son factores importantes a considerar. Asimismo, contar con el apoyo de la embolización previa y la monitorización neurofisiológica intraoperatorias son claves.

Conclusiones: Al hablar de MAV de alto grado en la escala de Spetzler-Martin (IV-V), la opción quirúrgica no debe ser descartada de antemano, aunque sí considerarla con cautela. La embolización previa y la monitorización intraoperatoria son claves cuando se opta por tratamiento quirúrgico.