



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0094 - VASOESPASMO CAROTÍDEO BILATERAL TRAS RESECCIÓN DE CRANEOFARINGIOMA VÍA TRANSESFENOIDAL: REPORTE DE UN CASO

D. de Frutos Marcos, I. Zazpe Cenoz, A. Casajús Ortega, S. Álvarez de Eulate Beramendi, L. Ciércoles Ramírez e I. Pinzón Alejandro

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Presentación de un caso de vasoespasma carotídeo bilateral tras resección de craneofaringioma vía transesfenoidal, con revisión de la literatura publicada al respecto.

Métodos: A partir de un caso ocurrido en nuestro centro, se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando las palabras clave “vasospasm” y “craniopharyngioma”.

Resultados: Paciente de 36 años que acude a Urgencias por cefalea frontal y pérdida de memoria subaguda acompañada de bradipsiquia y cefalea. Al parecer presentaba deterioro visual, tendencia al sueño y bradipsiquia de meses de evolución. Se practica RM cerebral: En la región supraselar se observa una tumoración de contornos lobulados, de intensidad de señal heterogénea con áreas quísticas y zonas sólidas, que presentan restricción intermedia la difusión, compatible con craneofaringioma. Es intervenido mediante abordaje endoscópico transnasal binarial y resección tumoral subtotal. En el posoperatorio inmediato se encuentra sin déficits neurológicos. El informe anatomopatológico es de craneofaringioma adamantinomatoso. Transcurridos 12 días desde la cirugía es intervenido para sellado de fístula de LCR nasal. 4 días después presenta parálisis facial y hemiparesia derechas de manera brusca. En angio-TC craneal se observa espasmo grave de ambos sílfones carotídeos, sobre el que se realiza rescate endovascular con nimodipino. Posteriormente evoluciona favorablemente con recuperación casi completa de la focalidad.

Conclusiones: La presencia de vasoespasma tras cirugía de craneofaringioma es rara, aunque se encuentra descrita. Se postula que es debido a tres causas: manipulación arterial intraoperatoria, contenido quístico propio del craneofaringioma extravasado y sangrado subaracnoideo debido a la cirugía. En el TC posquirúrgico se observaba pequeño resto hemático en el lecho quirúrgico. Esto, unido a la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario propia de la cirugía, podrían explicar las causas de la aparición del vasoespasma en nuestro paciente. El tratamiento principal se basa en el protocolo de vasoespasma por HSA: mantenimiento de la euvolemia e inducción de hipertensión.