Neurocirugia. 2021;32(Espec Congr):309

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C-0420 - TRATAMIENTO COMBINADO ENDOVASCULAR Y QUIRÚRGICO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DURAL TENTORIAL DE GALENO: COMPARTIENDO PUNTOS DE VISTA

L. Moreno Vázquez, J. Álvarez Fernández, A. Medrano López, J.A. Álvarez Salgado, L.M. Riveiro Vicente, M. Magro Martín, J.M. García Benassi, J.M. Belichón de Diego, Á. Rodríguez de Lope Llorca y F. González-Llanos Fernández de Mesa

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España. Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo. España. Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Objetivos: A través de vídeo quirúrgico, repasamos los aspectos quirúrgicos más importantes del tratamiento de las fístulas arteriovenosas durales (FAVd) tentoriales.

Métodos: Varón de 60 años, remitido tras estudio de meses de cuadro neuropsiquiátrico (incluido parkinsonismo y deterioro cognitivo), con diagnóstico de FAVd tentorial de Galeno tipo Borden III, Cognard IV, con aferencias de arterias meníngea media y posterior derechas, cerebelosas superiores y PICA izquierda. Seno recto ocluido, flujo retrógrado hacia venas de Rosenthal. Ante progresivo deterioro del paciente (mRS 5), se decide tratamiento combinado. En un primer tiempo se realiza embolización endovascular y posteriormente tratamiento quirúrgico mediante abordaje interhemisférico posterior y clipaje del pie de vena inmediatamente proximal a la vena de Galeno. Tras ingreso prolongado, el paciente es traslado a su hospital de origen con mRS 4.

Resultados: Dentro de las fístulas arteriovenosas durales (FAVd), las tentoriales son un subtipo raro (8%) pero con un comportamiento agresivo (97% se asocian a hemorragia o deterioro neurológico), puesto que la gran mayoría se clasifican como Borden III. Debido a ello, el tratamiento es obligatorio. Al no drenar directamente en seno dural, la vía endovascular como tratamiento único es insuficiente. Por tanto, el manejo conjunto y multidisciplinar, compartiendo puntos de vista, resulta imprescindible. De las FAVd tentoriales Lawton et al (2008) diferencian 6 subtipos en función del drenaje venoso principal. La tipo 1 de Galeno es descrita como la más compleja por su profundidad y los puntos ciegos anatómicos (sentido del flujo venoso, localización de la vena precentral cerebelosa), siendo el abordaje interhemisférico posterior de elección. Conocer si el seno recto se encuentra ocluido o no es otro aspecto fundamental.

Conclusiones: En el tratamiento de las FAVd, la vía endovascular es de elección. Sin embargo, en las FAVd tentoriales el abordaje quirúrgico es fundamental y deben dominarse los diferentes aspectos anatómicos.

1130-1473/© 2021 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.