



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## V-006 - RESECCIÓN DE UN CRANEOFARINGIOMA GIGANTE MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO ENDOSCÓPICO ENDONASAL Y TRANSCRANEAL: REPORTE DE UN CASO

C. Vior Fernández<sup>1</sup>, V. Vigo<sup>2</sup>, Y. Xu<sup>2</sup> y J.C. Fernández Miranda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>2</sup>Department of Neurosurgery, Stanford Hospital, Stanford, California, EE. UU.

### Resumen

**Introducción:** Un componente de la morbilidad derivada de los craneofaringiomas se debe a su relación con la región hipotalámica, cuya implicación se asocia más frecuentemente con secuelas neurológicas posoperatorias. La disección tumoral puede verse dificultada por la alteración de la disposición anatómica habitual.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 55 años con clínica de hemianopsia bitemporal, fallos mnésicos, desorientación y panhipopituitarismo. En la resonancia magnética realizada, se apreció una voluminosa masa quística ( $6,2 \times 5,4 \times 6,7$  cm) compatible con un craneofaringioma, extendiéndose desde el tercer ventrículo hasta el foramen magno y lateralmente hacia ambos lóbulos temporales, produciendo mayor efecto masa en el izquierdo. Así mismo asociaba hidrocefalia obstructiva y compresión quiasmática. Se procedió a un abordaje combinado endoscópico endonasal y microscópico fronto-órbito-cigomático izquierdo. El acceso transilviano permitió la resección del componente tumoral temporal y de la fosa media, además de la disección de las arterias cerebrales anteriores. Mediante el abordaje endoscópico se procedió al fresado del hueso esfenoidal desde el surco prequiasmático hasta el clivus. Se realizó una hipofisectomía y fresado del dorso de la silla turca. Tras una disección cuidadosa del componente central del tumor, se pudieron identificar las líneas infraquiasmáticas y premamilares. Se continuó con la disección subpial respetando las zonas altamente elocuentes. El periodo posquirúrgico transcurrió sin incidencias, con mejoría de la hemianopsia y fallos mnésicos. El control radiológico con resonancia demostró una resección casi completa de la lesión.

**Discusión:** La implicación hipotalámica en lesiones ocupantes de espacio dificulta su manejo quirúrgico aumentando la complejidad del mismo. En este caso, el abordaje combinado facilitó la resección subtotal de la lesión sin nueva morbilidad neurológica.