Neurocirugia. 2023;34(Supl 1):SS49

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

V-003 - ABORDAJE ENDOSCÓPICO TRASNASAL PARA RESECCIÓN DE TUMOR DE LA FISURA PETROCLIVAL

P. Hevia Rodríguez[1], A. Kaen[2] y E. Cárdenas Ruiz-Valdepeñas[2]

[1]Hospital Donostia, San Sebastián, España; [2]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción: Los tumores de la fisura petroclival suponen un auténtico reto quirúrgico. El objetivo debe ser la máxima resección con la mínima morbilidad posible. Los abordajes endoscópicos han demostrado ser útiles en ambos aspectos. Para mejorar la seguridad intraoperatoria se debe tener un excelente conocimiento anatómico de la región.

Caso clínico: Paciente de 28 años con diplopía y mareos, con un condrosarcoma de la fisura petroclival con compresión del troncoencéfalo. Se intervino mediante un abordaje endoscópico endonasal (AEE). Se presenta el vídeo quirúrgico explicativo del AEE transpterigoideo al clivus medio e inferior lateral para abordar el tumor a lo largo de toda la fisurapetroclival y zona ventral del tronco. La combinación de maniobras como la movilización de la arteria carótida interna (ACI) paraclival y la resección parcial de la trompa de Eustaquio permiten abordar la región petroclival en su totalidad. El paciente evolucionó favorablemente, sin déficit motor ni de pares craneales. Desarrolló otitis serosa y anestesia del velo del paladar derecho, sin otras complicaciones. La TC y RM posoperatorias mostraron resección tumoral superior al 90%, con descompresión del tronco y un resto tumoral subcentimétrico en la zona posterosuperior de la ACI petrosa. Fue dado de alta a domicilio a los siete días. La anatomía patológica mostró un condrosarcoma grado II de la OMS. Recibió terapia complementaria con protones.

Discusión: El AEE es una técnica capaz de lograr una resección total o casi-total de los tumores de la fisura petroclival, con mínima morbimortalidad. Es especialmente útil en tumores con extensión al ápex petroso y con compresión ventral del tronco. Debe ser realizada por cirujanos expertos, con un excelente conocimiento anatómico de la región. La reconstrucción multicapa con materiales hemostáticos y sellantes, grasa autóloga y colgajo nasoseptal optimiza el cierre y disminuye el riesgo de fístula posoperatoria.

1130-1473/© 2023 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.