

V-019 - OCLUSIÓN *IN SITU* DE MAV DE TRONCO ENCEFÁLICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

T.E. Topczewski, R. Torne, L.A. Reyes, A. Ferres, A. Mosteiro Cadaval, L. Gómez, M. Codes y J. Enseñat Nora

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) de tronco encefálico son consideradas de extrema dificultad por su situación anatómica y por la alta morbimortalidad. Una opción de tratamiento es la oclusión *in situ*.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedente patológico de una MAV de tronco encefálico tratada con embolización y radiocirugía en 1997. Como secuela presentaba una paresia facial derecha leve. En el año 2022 ingresó en nuestro centro por desorientación y obnubilación. Neurológicamente presentaba una escala de Glasgow (GCS) de 10, con desviación de la mirada hacia la derecha y hemiparesia derecha. Se realizó una tomografía (TC) en la cual se observó una hemorragia pontina e hidrocefalia. En la angioTC se evidenció una MAV protuberancial en la superficie del suelo del IV ventrículo. Posteriormente en la arteriografía se visualizó la MAV con aferencias de la AICA izquierda y drenaje al seno petroso superior. En el 16º día de ingreso se realizó la intervención quirúrgica para realización de oclusión de la MAV. La técnica utilizada fue una oclusión *in situ* de la misma. En el post operatorio la paciente no presentó complicaciones manteniéndose en GCS 15 con déficits cerebelosos derechos (disdiadococinesia e inestabilidad de la marcha). Al mes del ingreso se implantó una derivación ventrículo peritoneal. A los 5 meses post intervención la paciente presenta la paresia facial leve, disdiadococinesia leve y una leve inestabilidad en involución.

Discusión: Las cirugías de las MAV de tronco encefálico son de difícil decisión debido a su alta morbimortalidad. La técnica de oclusión *in situ* tiene la ventaja de manipular menos el tejido alrededor de la MAV disminuyendo los riesgos quirúrgicos.