Neurocirugia. 2024;35(Supl 1):S7

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

O-007 - ANATOMÍA QUIRÚRGICA DEL ABORDAJE INFRAYUGULAR EXTREMO LATERAL TRANSCONDILAR (ELITE): PERSPECTIVAS SOBRE LAS VARIANTES ANTEROLATERAL Y DORSOLATERAL. UN ANÁLISIS COMPARATIVO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

E. Barrero Ruiz[1], M. Agudelo-Arrieta[2], A. Rodas[2], B. Patel[2], J. Vuncannon[2], M. Revuelta Barbero[2], G. Pradilla[2]

[1]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España; [2]Department of Neurological Surgery. Skull Base Surgery Center. Emory University, Atlanta, Estados Unidos.

Resumen

Introducción: El abordaje infrayugular extremo lateral transcondilar (ELITE) es una opción quirúrgica para lesiones que afectan a los forámenes yugular y magno, canal hipogloso, clivus, arterias vertebral y cerebelosa posteroinferior y porción ventral del troncoencéfalo. Desde su descripción en 1987, se han descrito múltiples modificaciones de dicho abordaje en la literatura.

Objetivos: Realizar una comparación anatomo-quirúrgica cuantitativa y cualitativa de las variantes anterolateral (AL-ELITE) y dorsolateral (DL-ELITE) del abordaje y sus diferentes áreas de exposición.

Material y métodos: Se realizaron disecciones anatómicas en dos especímenes cadavéricos inyectados con látex, utilizando microscopia y endoscopia. Se obtuvieron mediciones utilizando coordenadas mediante un sistema de neuronavegación.

Resultados. Ambos abordajes incluyen una incisión retroauricular, la identificación del segmento V3 de la arteria vertebral, una craneotomía suboccipital lateral con apertura del foramen magno y fresado del cóndilo occipital y la tuberosidad yugular así como la esqueletización del seno sigmoide. La principal diferencia radica en la exposición cervical y la mastoidectomía retro- e infralaberíntica en AL-ELITE para exponer la arteria carótida interna desde la bifurcación, la vena yugular interna y el segmento faríngeo de los pares craneales bajos. El abordaje AL-ELITE proporciona una mayor área de exposición tanto extradural (1.486,25 vs. 486,84 mm^2 en DL-ELITE), a expensas del componente anterior y cervical, como del foramen yugular (114,024 vs. 49,034 mm^2), debido a la mastoidectomía.

Conclusiones: Comprender los aspectos anatómicos y las diferencias entre ambas variantes es crucial para seleccionar el abordaje apropiado en cada caso. Como se describe en la literatura, el tipo de lesión, su tamaño y la afectación de estructuras adyacentes determinan la extensión de la resección ósea. La mayor área de exposición ofrecida por AL-ELITE por su componente anterior, lo hace adecuado para tumores grandes del foramen yugular y de pares craneales bajos tipo *dumbbell* o *snowman*.

1130-1473/© 2024 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.