Neurocirugia. 2024;35(Supl 1):S308

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

OC-050 - CIERRE DURAL NO HERMÉTICO EN FOSA POSTERIOR. COMPARACIÓN EFICIENCIA Y SEGURIDAD: MATRIZ DÉRMICA DE CADÁVER DE ORIGEN HUMANO VS. MATRIZ DE COLÁGENO DE ORIGEN ANIMAL

P. Teixidor Rodríguez[1], F. Brugada Bellsola[1], M.L. Pérez Rodríguez[2], S. Menéndez Girón[1], B. Menéndez Osorio[1], R. García Armengol[1], M. Tardáguila Serrano[1], A. González Crespo[1], A. Blanco Ibáñez de Opacua[1], J. Hoyos[1], L. Parada Arias[1], C. Hostalot Panisello[1], M.C. Cortés Rivera[1], J. Muñoz Aguiar[1], M. Pastor Cabeza[1], A. Rodríguez Hernández[1], X. García Calvo[1], J. Busquets Bonet[1], E. Montane Esteva[1], E. Agustí Rivera[2], C.J. Domínguez Alonso[1]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España; [2]Banc de Sang i Teixits de Catalunya, Barcelona, España.

Resumen

Introducción: El cierre dural no hermético en fosa posterior puede condicionar grandes complicaciones al paciente.

Objetivos: Valorar eficiencia y seguridad de la matriz dérmica de cadáver de origen humano (MDh) usada como implante dural en la cirugía de fosa posterior y valoración del coste efectividad del producto.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo. Se recopiló información de 62 pacientes. En todos ellos se requirió de un implante dural por cierre no hermético. Grupo ensayo: 31 pacientes operados con MDh de forma prospectiva; grupo control: 31 pacientes operados con Tutopatch®/Duragen® de forma retrospectiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestro centro. Se registraron las variables epidemiológicas, clínicas, radiológicas, la patología por la cual se intervenía y el uso o no de sellantes durante el cierre dural. Como variable principal se registraron las complicaciones que se podían atribuir al cierre dural no hermético (fístula de LCR, pseudomeningocele, meningitis aséptica o séptica), y el seguimiento (en meses).

Resultados: No existieron diferencias estadísticas entre los grupos en relación a las siguientes variables: edad, reintervenciones previas, antecedentes, patología intervenida, existencia de hidrocefalia prequirúrgica, efecto masa sobre IV ventrículo, localización de la cirugía, la necesidad o no de drenaje intra o posoperatorio y el uso de sellante dural. Donde sí se detectaron diferencias fue respecto a las complicaciones ($p = 0,038$), con 4 casos en MDh y 11 en el grupo control (requirieron reintervenciones 3 del grupo MDh y 8 del grupo control) y en relación al coste global del cierre dural (344 euros más por paciente en MDh, sin contabilizar coste de hospitalización en caso de reintervención).

Conclusiones: Nuestro estudio piloto sugiere una mayor eficiencia y seguridad de la MDh frente a otros implantes durales, dada su menor incidencia de complicaciones y menor coste global.

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