Neurocirugia. 2025;36(Supl 1):S351

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-159 - PACIENTES NO CANDIDATOS A CIRUGÍA DESPIERTO: GLIOMA DE BAJO GRADO TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO CON FOCO DE TRANSFORMACIÓN A ALTO GRADO EN PACIENTE EN ESTATUS EPILÉPTICO

C. Butrón Díaz, J.L. Narros Giménez, M. Oliver Romero, M. Echavarría Demichelis, M. Baldoncini, P. Cancela Caro, I. Martín Schrader

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción: Los GBG en el lóbulo parietal inferior y temporal posterior en el HD, como principales alteraciones tendremos las afectaciones de la vía ventral del lenguaje, por el pase a través de esta zona, de las fibras del IFOF; y también por su relación con el FA, tomando en cuenta las conexiones con la vía dorsal (motora), entre otros. Siendo la cirugía despierto el *gold* estándar, en situaciones especiales como el estatus epiléptico, no puede llevarse a cabo. A continuación exponemos un caso clínico sobre la resección de un GBG en esta zona, en paciente en estatus.

Caso clínico: Varón de 53 años, diestro, crisis focales detectándose un GBG parietal y temporal izquierdo con extensión a la ínsula posterior y foco de transformación a AG subcortical temporal posterior. Estudio con RM funcional y tractografía, se programa para cirugía despierto. Días después empieza con afasia sensitiva que no mejora hasta añadir 3 FAE y perfusión continua de BZD, con confusión/somnolencia por lo anterior. EEG en estatus. Se decide cirugía con el paciente dormido. Se logra alcanzar resección completa del foco de AG y resección parcial del componente BG (EOR = 80%) deteniendo la cirugía sobre el margen profundo (ínsula posterior) y anterosuperior (AF). El paciente despierta fuera de estatus y sin afasia. En el posoperatorio inmediato presentó episodios de anomia transitoria por afectación del FA que recupera a los días y actualmente se valora reintervención de los restos de BG en un segundo tiempo, despierto.

Discusión: Ante la imposibilidad de operar despierto a un paciente en estatus y empeoramiento rápido de los síntomas, la opción de cirugía bajo anestesia general lo más segura posible (f-RM, tractografía) está indicada para la reducción de la carga tumoral y del foco epileptógeno, planteándose en un segundo tiempo la cirugía despierto.

1130-1473/© 2025 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.