Abordaje retrosigmoideo para el schwannoma del nervio vestibular

El abordaje retrosigmoideo es el de elección en pacientes con audición respetada en los que el schwannoma del nervio vestibular, protruyendo a través del conducto auditivo interno (CAI), ocupa parcial o totalmente el ángulo pontocerebeloso. Uno de los factores que contribuyen a la recidiva es el tamaño del tumor residual. Thedinger y col., atribuyen a la exposición inadecuada de la porción lateral del CAI por vía suboccipital la causa directa de la recidiva, al dejar restos tumorales en el fondo del CAI. Por otra parte, uno de los objetivos actuales más difíciles de conseguir en el tratamiento quirúrgico del schwannoma del nervio vestibular, dando por supuesta la preservación de la función facial, es el mantenimiento o incluso la mejoría de la audición previa a la intervención.

Estos hechos pueden limitar otro objetivo no menos importante de la cirugía del schwannoma del nervio vestibular como es su extirpación completa.

Asimismo, las variaciones anatómicas individuales y las producidas por el propio tumor, obligan en cada caso a una correcta planificación preoperatoria, si queremos evitar complicaciones secundarias a la lesión yatrógena de las referidas estructuras intrapetrosas durante el fresado de la pared posterior del CAI, como son la cofosis, licuorrea, hemorragia y embolismo aéreo.

Siendo por lo tanto el fresado de la pared posterior del CAI uno de los pasos clave durante el abordaje suboccipital transmeatal al neurinoma acústico, es curioso observar los escasos artículos en la literatura neuroquirúrgica sobre la anatomía petrosa, referencias quirúrgicas y límites en relación a la técnica del fresado del CAI.

Técnica

Colocación

Con el paciente bajo anestesia general y orointubado se le coloca en posición decúbito ¾ prono o semisentado, dejando el lado de la patología hacia arriba.

Fijación al cabezal de Mayfield con pinchos.

Rotación de 45 grados hacia el lado de la patología, flexión de 30 grados del cuello.

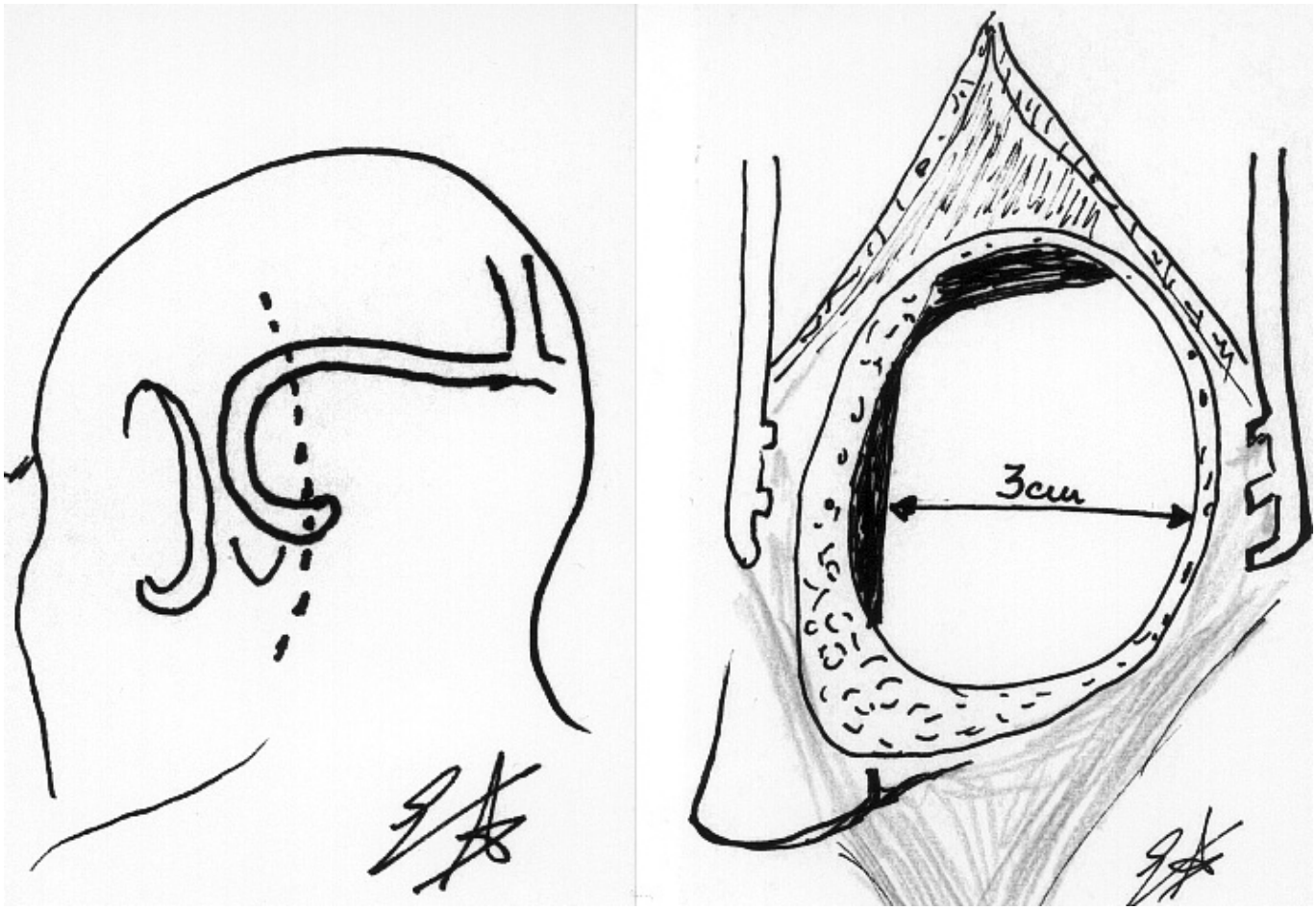
Incisión

Se hace una incisión vertical en semiluna localizada a 3 cm inmediatamente por detrás de la implantación del pabellón auricular que cruza la línea imaginaria que comienza a nivel del arco cigomático y que pasa por el centro del conducto auditivo externo.

Debe tener la suficiente longitud para permitir, tras colocar el separador autostático, hacer una craniectomía o a veces craneotomía de 3 cm. de diámetro horizontal como mínimo.

Desporiostización de la porción mastoidea del hueso temporal en un área de 3.5 a 4 cm de diámetro.

La hemostasia de las venas emisarias de la región se hace con cera para hueso, y en caso de seccionarse la arteria occipital se efectúa la hemostasia con el electrocoagulador bipolar.



El trépano de inicio lo realizamos unos mm. debajo del punto asterion y bien con el craneotomo o realizando nuevos trépanos que unimos con gubia, realizamos la craniectomía que expone por arriba el borde inferior del seno lateral, lateralmente el seno sigmoide, medialmente se extiende un mínimo de tres centímetros e inferiormente llegamos hasta la porción horizontal de la escama occipital sin llegar al foramen magnum. Taponamos con cera la superficie lateral, normalmente fresada, de la craniectomía, donde frecuentemente se abre alguna celda mastoidea

Fuente:http://www.sc.ehu.es/scrwwwsr/kirurgia/Kirurgia20042/Urculo.htm

Se localiza el asterion que corresponde al ángulo donde el seno transverso se convierte en seno sigmoide.

Cera para hueso, particularmente cuando las celdillas mastoideas.

Se abre la duramadre, en forma de punta de lanza o K para tener un colgajo triangular con su base anterior hacia el seno sigmoides, se retrae el colgajo de duramadre con puntos de seda 4-0 colocándolos en el ángulo superior de la duramadre abierta y otro en la base del mismo colgajo con lo que se expone el cerebelo en la unión de su cara lateral con la cara superior.



Parte intradural

Superior

Se deja salir el LCR de la cara superior del cerebelo; con lo cual se observan la tienda del cerebelo y la cara posterior del hueso temporal. Esta maniobra, que debe ser suave, se realiza con lentitud tardando en ocasiones hasta 5 minutos o más, ya que los movimientos bruscos conllevan el riego de lacerar el cerebelo, edematizarlo o hacer sangrar las venas petrosa lo que dificulta la cirugía. Generalmente se aprecia el complejo venoso petroso que nace en la cara tentorial del cerebelo y que drena en el seno petroso superior, se electrocoagula con bipolar realizando dicha maniobra cerca del cerebelo para así evitar un sangrado en su porción tentorial y si esto acontece deberá realizarse taponamiento por espacio de 2 a 3 minutos hasta que se controle el sangrado a la vez que se eleva la cabeza, para luego cortar con microtijeras en caso de que impida la visión del APC pues la tracción del cerebelo si no es gentil puede producir que se elongue y se rasgue ocasionando sangrado. Con este abordaje se pueden ver con facilidad los nervios craneales V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y ocasionalmente el IV.

Inferior

Se deja salir el LCR de la cara inferior del cerebelo; con lo cual se observa la cisterna cerebelos y el nervio accesorior más tarde la AICA y todos los pares bajos.

Apertura del conducto auditivo interno

En la extirpación completa por vía suboccipital retrosigmoidea, es obligada la apertura de la pared posterior del conducto auditivo interno (CAI). Por lo tanto, uno de los pasos clave en el abordaje quirúrgico transmeatal es el fresado del CAI. Sin embargo, no existen claras referencias anatómicas intraoperatorias para la identificación de estructuras tales como los canales semicirculares, el golfo de la vena yugular o las celdas aéreas. Las variaciones anatómicas individuales y las producidas por el propio tumor, obligan en cada caso a una correcta planificación preoperatoria si queremos evitar complicaciones secundarias a su lesión yatrógena (cofosis, licuorrea, hemorragia y embolismo aéreo).

El abordaje retrosigmoideo aporta al cirujano la gran oportunidad de salvar la audición en tumores pequeños, pero en tumores de más de 4 cm. la audición postoperatoria es habitualmente inexistente, como observaron Ebersold y col., quienes no pudieron preservar la audición en ninguno de los pacientes con tumores de tamaño superior a 4 cm.

Por el contrario, Samii y col., citan una tasa de preservación de la audición de un 23,6% en tumores grandes.

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=abordaje_retrosigmoideo_para_el_schwannoma_del_nervio_vestibular

Last update: **2019/09/26 22:15**