

Descompresión suboccipital

Hoja operatoria

Bajo [anestesia general](#), [intubación orotraqueal](#) y [profilaxis antibiótica](#) con [cefazolina](#) 2 gr IV.

Colocación del paciente en [decúbito prono](#) sobre [cabezal de Mayfield®](#) en posición neutra.

Antisepsia cutánea con [Povidona yodada](#) al 10 %.

Incisión cutánea lineal medial desde inion hasta apófisis de C7.

Disección de la musculatura paravertebral hasta exponer apófisis espinosa de C2 y arco de C1.

Exposición del área para la [craniectomía](#), con ayuda del periostotomo.

Craniectomía suboccipital, y laminectomía de C1.

Bajo visión microscópica se realiza apertura de duramadre en "Y", con apertura de aracnoides que se encuentra íntimamente adherida. Duraplastia con [plastia Duraguard](#) con sutura continua.

Se comprueba la estanqueidad del cierre con maniobras de Valsalva.

Refuerzo de duraplastia con [tissucol](#).

[Hemostasia](#) del lecho quirúrgico.

Cierre de plano subcutaneo con reabsorbible

Cierre de piel con sutura monofilamento.

Q5467

Paciente de 24 años, que ingresa por deformación de [Chiari tipo 2](#) para [descompresión suboccipital](#).

Intervenido de [mielomeningocele](#) tras el nacimiento y portador de [derivación ventrículo-peritoneal](#) intervenido en otro hospital.

Tras artrodesis cervicodorsolumbar por escoliosis, precisó retirada parcial del material por ulceración-supuración de la piel.

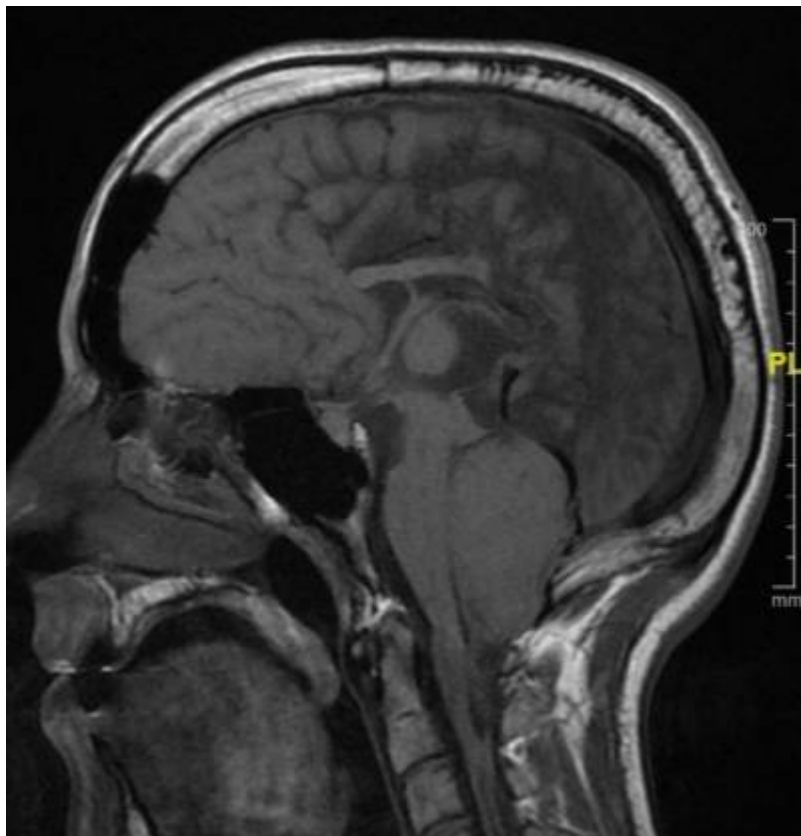
Ampliación de vejiga.

Ingresa por clínica subaguda de pérdida de movilidad en extremidades superiores con empeoramiento subagudo de mano derecha (paciente diestro) con imposibilidad de la flexión de muñeca y de dedos.

Paraplejía precisando de movilización en silla de ruedas y sondajes vesicales intermitentes.

Deficit de flexión de muñeca derecha, mano en garra con limitación de la flexión de las falanges distales de la mano derecha.

RM:



En las pruebas de imagen se aprecia malformación de Chiari tipo 2 con quistes asociados que alcanzan a C2 yiringomielia que se dilata a nivel de la artrodesis y queda artefactado por los implantes.

Agenesia parcial del cuerpo calloso con afectación del esplenio y de la región posterior del cuerpo y con hipoplasia de la rodilla y la región anterior del cuerpo. Válvulas de derivación ventriculoperitoneal con entrada parietal derecha.

Se realiza RM lumbar para despistaje de anclaje medular secundario, pero no es concluyente debido a los artefactos de los tornillos vertebrales.

Bajo anestesia general, intubación orotraqueal y profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gr IV. Colocación del paciente en decúbito prono con apoyo en U sobre cabezal de Mayfield® en posición neutra. Incisión suboccipital mediana. Disección de la musculatura paravertebral hasta exponer apófisis espinosa de C2 y arco de C1. Se procede a ampliar el agujero magno posteriormente, con [Kerrison](#) y se procede a resección del arco de C1. Apertura dural y lisis de las adherencias, intensas, que presenta la aracnoides, con resección parcial amigdalara, hasta apreciar tegmento del IV ventrículo, en posición muy distal respecto a lo habitual. Plastia dural con Duraguard. Complementado con músculo y tissucol. Espongostan para cubrir la plastia. Se deja drenaje externo al espacio subaracnoideo, para realizar MieloTC en el inmediato postoperatorio. Hemostasia del lecho quirúrgico. Cierre de plano subcutáneo con reabsorbible. Cierre de piel con sutura monofilamento.

En el postoperatorio inmediato, se realiza MieloTC que no evidencia claros signos de anclaje secundario, dentro de las limitaciones de la prueba.

Postoperatorio favorable. El paciente no ha presentado empeoramiento clínico y se ha realizado TC de control que no evidencia complicaciones. Ante estabilidad clínica, se procede al alta.

From:

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

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=descompresion_suboccipital

Last update: **2019/09/26 22:16**

