

Exéresis de fístula arteriovenosa dural intracraneal

Con o sin embolización previa, es la opción terapéutica más efectiva para el tratamiento definitivo de la [fístula arteriovenosa dural](#) con características agresivas. Los objetivos quirúrgicos incluyen aislamiento, coagulación y resección de la hoja dural patológica (incluido en algunas instancias el seno dural adyacente) y desconexión del drenaje venoso leptomeníngeo.

La resección del seno adyacente puede ser efectuada sin el riesgo de infarto venoso si el segmento está arteriolizado y los canales venosos colaterales están bien desarrollados. La embolización previa puede reducir la pérdida sanguínea.

Es el tratamiento de elección en las localizadas en la fosa anterior. En las de tipo III, IV y V el objetivo es la obliteración completa por lo que la terapia quirúrgica ya sea sola o en combinación con los otros tratamientos debe efectuarse.

La simple desconexión quirúrgica del reflujo venoso cortical es tal vez una opción en el tratamiento de pacientes con Borden tipo II.

Este procedimiento se asocia con menos complicaciones que los intentos de resección de la fístula o el paquete entero, especialmente si están situadas en la base del cráneo (da Costa et al. 2007).

Hoja operatoria

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

Colocación del paciente en [decúbito lateral](#) sobre [cabezal de Mayfield](#)

Incisión cutánea hasta localizar guiado por sonda doppler la conexión fistulosa de la arteria occipital hacia la vena emisaria mastoidea hipertrofiada y claramente arterializada. Se realiza craniotomía supra e infratentorial en dos piezas, encontrando en el espesor de la duramadre de fosa posterior y en surco del hueso rama gruesa fistulosa arterial dependiente de la arteria occipital.

Se explora el espacio supracerebeloso infratentorial y se coagula el tentorio. Se procede a explorar el espacio supratentorial encontrando tres claras conexiones fistulosas entre tentorio-seno y venas corticales. Se coagula tentorio supratentorialmente y se corta, liga y extrae porción trombosada de seno donde se aprecian varios canales en su interior rellenos de Tissucol del procedimiento anterior que se continua con vena gruesa cortical. [Hemostasia](#) del lecho quirúrgico. Cierre dural semihermético con Duraguard. Reposición de hueso con miniplacas. Redon. Cierre de plano subcutáneo con reabsorbible. Cierre de piel con grapas.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: 2019/09/26 22:15

