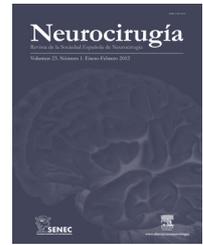




ELSEVIER

## NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



## Artículo de revisión

# Tratamiento microquirúrgico de los quistes aracnoideos intracraneales

J. Enrique Saura Rojas<sup>a,\*</sup>, Ángel Horcajadas Almansa<sup>a</sup> y Bienvenido Ros López<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Universidad Granada, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurocirugía, C.H.U. Carlos Haya, Málaga, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 22 de enero de 2015

Aceptado el 7 de febrero de 2015

On-line el xxx

## Palabras clave:

Quiste aracnoideo intracraneal

Craneotomía

Microcirugía

## Keywords:

Intracranial arachnoid cyst

Craniotomy

Microsurgery

## RESUMEN

Una de las principales opciones de tratamiento en quistes aracnoideos sintomáticos es la craneotomía con fenestración de membranas. Las principales ventajas de la cirugía abierta incluyen la inspección directa del quiste, la toma de muestra para biopsia, la posibilidad de fenestración en quistes multiloculares y, en ciertas localizaciones, la comunicación del quiste con las cisternas de la base. El objetivo de este trabajo es el de repasar las ventajas e inconvenientes de esta modalidad de tratamiento para quistes de diferentes localizaciones anatómicas.

© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Microsurgical treatment of intracranial arachnoid cysts

## A B S T R A C T

Craniotomy and fenestration of membranes is one of the main treatment options for symptomatic arachnoid cysts. Open surgery advantages include, direct inspection of the cyst, biopsy sampling, fenestration in multilocular cysts and, in certain locations, cyst communication to basal cisterns. The aim of this paper is to review the advantages and disadvantages of this treatment modality for arachnoid cysts taking into account the different anatomical locations.

© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las 2 cuestiones principales en el manejo de los niños con quistes aracnoideos son la indicación de intervención

quirúrgica y la modalidad de tratamiento más adecuada. La mayoría de los quistes aracnoideos no necesitan ser tratados, incluso han sido descritos casos de desaparición espontánea<sup>1,2</sup>. Pacientes con quistes aracnoideos asintomáticos y de pequeño tamaño pueden ser manejados de manera

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enriquesaura@hotmail.com](mailto:enriquesaura@hotmail.com) (J.E. Saura Rojas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2015.02.006>

1130-1473/© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

conservadora, mediante monitorización clínica y de neuroimagen periódica. El tratamiento quirúrgico está indicado en quistes aracnoideos sintomáticos, que produzcan hipertensión intracraneal, hidrocefalia, macrocefalia o síntomas focales<sup>2,3</sup>. Más controvertido es el manejo de los quistes aracnoideos de gran tamaño y con efecto masa pero asintomáticos.

El tratamiento quirúrgico ha cambiado a lo largo de los años y continúa siendo controvertido. Una de las principales opciones de tratamiento es la craneotomía con fenestración de membranas. Las principales ventajas de la cirugía abierta incluyen la inspección directa del quiste, la toma de muestra para biopsia, la posibilidad de fenestración en quistes multiloculados y, en ciertas localizaciones, fenestración del quiste a cisternas de la base<sup>2,4</sup>. A pesar de la ausencia de reexpansión inmediata de estructuras adyacentes al quiste en pruebas de imagen postoperatorias la mayoría de los pacientes experimentan una rápida mejoría de su sintomatología clínica. Sin embargo, se ha descrito en la literatura científica un porcentaje de recidiva del quiste de un 25% aproximadamente<sup>5</sup>.

Autores de la década de los 80, como Frazier, preferían la craneotomía con resección de membranas. No obstante, en los últimos años se aboga por la resección parcial de las paredes quísticas y su comunicación a cisternas de la base o sistema ventricular más que por la resección completa de las paredes del quiste aracnoideo<sup>6</sup>. Por tanto, el objetivo de la cirugía abierta es comunicar el quiste con las vías de drenaje fisiológicas de LCR<sup>7</sup>.

## Desarrollo

La comunicación del quiste aracnoideo con cisternas de la base es factible en quistes de fosa media, ángulo pontocerebeloso y quistes retrocerebelosos<sup>6</sup>. El quiste suele situarse inmediatamente por debajo de la duramadre, lo cual facilita su acceso quirúrgico, aunque en los de fosa media tipo I de Galassi suele requerirse cierta retracción de la punta del lóbulo temporal para la adecuada exposición del mismo. La mayoría de los autores resecan buena parte de la pared exterior del quiste aracnoideo, respetando su pared interna que suele estar adherida a la superficie cerebral, sin que además se obtenga un claro beneficio de ello. Posteriormente, la base del quiste es comunicada con cisternas adyacentes tales como ambiens, crural, carotídea, quiasmática y/o interpeduncular para quistes de fosa media, cisterna cerebelopontina y medular anterior para quistes de ángulo pontocerebeloso y cisterna magna y/o cuadrigémina para quistes retrocerebelares<sup>6</sup>.

Las principales complicaciones de la fenestración abierta de quistes aracnoideos incluyen, de manera precoz tras la cirugía, hematomas y déficit neurológico. No obstante, con las técnicas microquirúrgicas actuales este riesgo es bajo. El déficit neurológico ocasional, como parálisis de III par craneal y VI par craneal es generalmente transitorio. Una complicación más frecuente es la presencia de fibrosis tras fenestración abierta, lo cual puede ocasionar cierre de la fenestración y recidiva del quiste aracnoideo o la presencia de hidrocefalia. En el estudio europeo cooperativo publicado en 1992<sup>8</sup>, se analizan una serie de 285 niños de menos de 15 años valorados entre 1980 y 1988. El tratamiento quirúrgico con desbridamiento del quiste se realiza como primera técnica quirúrgica

en el 43,3%. Se implantan derivaciones cistoperitoneales en el 22,8% de los pacientes con quistes en localización profunda. En 78 pacientes se realizan reintervenciones, y estas son más frecuentes en los casos en los que se practicó derivación del quiste (30%), frente al 6,8% en el que se realizó fenestración microquirúrgica. Posteriormente Raffel y Mc Comb<sup>9</sup> apreciaron que el 73% de los pacientes con quistes aracnoideos sin hidrocefalia, a los que se realizaba una fenestración microquirúrgica, no necesitaban posteriores procedimientos. Por el contrario, cuando hay hidrocefalia asociada al quiste, autores como Fewel et al.<sup>10</sup> aconsejan la colocación de DVP como tratamiento previo a la fenestración, y esta última práctica directamente si no existe hidrocefalia. En la serie descrita por Kang et al.<sup>11</sup> sobre 42 niños con quistes aracnoideos de localización temporal se obtienen buenos resultados en el 79% de los pacientes a los que se realizó craneotomía y fenestración, pero en el 21% de los casos se precisó la implantación de una derivación como segunda cirugía. Entre las complicaciones destacan hematomas subdurales en 2 casos tras fenestración, así como parálisis de III par craneal, hemiparesia e infección. En 2003 Levy et al.<sup>12</sup> publican una serie de 50 pacientes con quistes aracnoideos temporales, consiguiéndose una reducción de tamaño del quiste en el 82% de los casos mediante fenestración microquirúrgica a través de una pequeña craneotomía. Frente a las técnicas endoscópicas la microcirugía ofrece una mejor visibilidad, mejor control de hemostasia y la posibilidad de utilizar material microquirúrgico habitual, así como menos posibilidad de fibrosis que con craneotomías de mayor tamaño. Como complicaciones destacan un 4% de hematomas subdurales, infección en un 2% de los casos, parálisis no permanente de III par (6%) y pseudomeningocele en un 10%. En una serie más reciente, de 2009, Shim et al.<sup>7</sup> analizan 209 pacientes con quistes aracnoideos intracraneales, apreciando un 75% de buenos resultados con técnicas endoscópicas y un 92% para fenestración microquirúrgica. Los autores recomiendan la fenestración microquirúrgica como tratamiento de elección en quistes aracnoideos hemisféricos localizados a nivel temporal u occipital. No aprecian diferencias estadísticamente significativas entre craneotomía y técnicas endoscópicas en lo que respecta a complicaciones. Otra complicación que puede acontecer con la cirugía abierta es la formación de higromas subdurales, los cuales pueden resolverse de manera espontánea, pero en ocasiones requieren tratamiento quirúrgico (4-8%), dependiendo de las series analizadas<sup>13</sup>.

El tratamiento endoscópico de los quistes aracnoideos intracraneales es una opción de tratamiento segura, efectiva y con un porcentaje alto de buenos resultados<sup>14</sup>. Sin embargo, no hay estudios con el suficiente rigor científico que comparen los resultados de la fenestración endoscópica, fenestración abierta y procedimientos derivativos en quistes aracnoideos intracraneales<sup>6</sup>. Por otro lado, la localización del quiste es importante para la decisión de opción quirúrgica<sup>14</sup>. Los quistes aracnoideos supraselares son tratados por endoscopia con más frecuencia que con fenestración microquirúrgica y *shunt*<sup>15-17</sup>. La literatura científica muestra que la ventriculocistocisternostomía es el mejor tratamiento para los quistes aracnoideos supraselares, con un 92,5% de buenos resultados en comparación a la fenestración microquirúrgica y procedimientos derivativos, con un 80% o menos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071291>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)