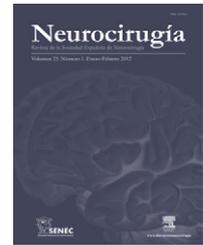


# NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



## Investigación clínica

# Abordaje pterional transcigomático. Parte 2: Experiencia quirúrgica en la patología de base de cráneo

José M. González-Darder\*, Vicent Quilis-Quesada y Laura Botella-Maciá

Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2011

Aceptado el 25 de septiembre de 2011

On-line el 19 de mayo de 2012

#### Palabras clave:

Abordaje pterional transcigomático  
Arco cigomático  
Base de cráneo  
Nervio facial  
Fosa craneal media

### R E S U M E N

**Objetivos:** Exponer la experiencia con el abordaje pterional transcigomático en el tratamiento de la patología neuroquirúrgica de la base de cráneo situada en la fosa craneal media y zonas vecinas.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de la patología, resultados quirúrgicos y complicaciones obtenidos en 31 casos intervenidos entre 2009 y 2011 usando un abordaje pterional transcigomático.

**Resultados:** Se han intervenido lesiones del ala del esfenoides (25,9%), afectando varias regiones por su crecimiento invasivo (19,5%), del lóbulo temporal (16,1%) y del seno cavernoso (12,9%), involucrando el resto al suelo de la fosa media, cavum de Meckel, región incisural, cisternas y región infratemporal. La naturaleza de las lesiones intervenidas fue la siguiente: meningioma benigno (42%), tumor parenquimatoso (19,5%), patología vascular (12,9%), lesiones inflamatorias (6,4%), meningioma atípico (6,4%), tumor epidermoide (6,4%), neurinoma (3,2%) y carcinoma pobremente diferenciado infratemporal (3,2%). La mayor parte de las veces el abordaje fue combinado extra-intradural (58,1%), y con menor frecuencia extradural (16,1%) o intradural (25,8%) puro. Las complicaciones relacionadas con el abordaje fueron menores: hematomas en la herida que no requirieron tratamiento (67,8%), paresia facial superior transitoria (9,7%), de disfunción transitoria de articulación temporomandibular (12,9%) y atrofia del músculo temporal (16,2%). No hubo ningún caso de aflojamiento de material ni problemas estéticos relacionados con la osteotomía y osteosíntesis del arco cigomático.

**Conclusiones:** La modificación del abordaje pterional asociando una osteotomía del arco cigomático, que permite rebatir el músculo temporal de toda la fosa temporal y exponer así toda su superficie para completar la craneotomía temporal hasta la base de la fosa media, nos facilita el acceso para tratar patología de la misma o utilizarla como corredor para el acceso a zonas vecinas.

© 2011 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gonzalez\\_jos@gva.es](mailto:gonzalez_jos@gva.es) (J.M. González-Darder).

## Transzygomatic pterional approach. Part 2: Surgical experience in the management of skull base pathology

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Transzygomatic pterional approach  
Zygomatic arch  
Skull base  
Facial nerve  
Middle cranial fossa

**Objectives:** To present our experience with the transzygomatic pterional approach in the treatment of neurosurgical pathology of the base of the skull located in the middle cranial fossa and surrounding areas.

**Method:** A retrospective study of pathological findings, surgical outcomes and complications in a series of 31 cases operated on between 2009 and 2011 using a transzygomatic pterional approach.

**Results:** The lesions involved the sphenoid wing (25.9%), several regions due to invasive growth pattern (19.5%), the temporal lobe (16.1%) and cavernous sinus (12.9%). The others were located in the floor of the middle fossa, Meckel's cave, incisural space, cisterns and infratemporal region. The pathological nature of the lesions was: benign meningioma (42%), temporal lobe tumour (19.5%), vascular disease (12.9%), inflammatory lesions (6.4%), atypical meningioma (6.4%), epidermoid cyst (6.4%), neurinoma (3.2%) and poorly differentiated infratemporal carcinoma (3.2%). The approach was usually combined extra-intradural (58.1%) and, less frequently, just extradural (16.1%) or intradural (25.8%). Approach-related complications were minor: haematomas in the wound not requiring treatment (67.8%), superior transient facial paresis (9.7%), transient temporomandibular joint dysfunction (12.9%) and atrophy of the temporal muscle (16.2%). There were no hardware-related complications or cosmetic issues related to the osteotomy and posterior osteosynthesis of the zygomatic arch.

**Conclusions:** The pterional approach combined with osteotomy of the zygomatic arch allows mobilising the temporalis muscle away from the temporal fossa, consequently exposing its entire surface to complete the temporal craniotomy up to the middle fossa; it helps to access and treat pathology in this region or it can be used as a corridor to approach surrounding areas.

© 2011 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

En la primera parte del trabajo se han descrito los detalles anatómicos relacionados con el abordaje pterional transcraniomático. El objetivo de esta segunda parte es exponer los detalles quirúrgicos y resultados de este abordaje en el tratamiento de la patología neuroquirúrgica de base de cráneo localizada en la fosa media y zonas vecinas, donde la fosa media se utiliza como un corredor quirúrgico para el acceso a las mismas. Desde un punto de vista quirúrgico incluimos dentro de la patología de la fosa media a la que afecta a la misma y al ala menor del esfenoides con la apófisis clinoides anterior. En las zonas vecinas incluimos la fosa infratemporal, la cara lateral del seno cavernoso, el cavum de Meckel y el área incisural, abarcando esta última el borde tentorial, el ápex del peñasco, las cisternas crural y ambiens y todo su contenido.

## Material y método

Se han estudiado retrospectivamente las características demográficas y clínicas de los pacientes intervenidos en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valencia entre enero de 2009 y mayo de 2011 mediante un abordaje pterional transcraniomático. Los datos recogidos de la historia clínica de cada paciente han sido: edad, sexo,

diagnóstico topográfico y anatomopatológico de la lesión intervenida, morbilidad neurológica postoperatoria y su evolución, complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico, tipo de intervención, abordaje realizado y grado de resolución de la lesión intervenida. Finalmente, se ha contabilizado el material protésico implantado necesario para el cierre de la craneotomía.

### Técnica quirúrgica

#### Posición

El paciente es intervenido bajo anestesia general en decúbito supino y con la cabeza sujeta con un craneóstato tipo Mayfield. El cuerpo se eleva unos 30° y la cabeza se rota unos 45° en sentido contrario, en discreta extensión de unos 10°, y se deflexiona para colocar la zona malar en el punto más elevado.

#### Incisión, osteotomía y partes blandas

Se planifica una incisión cutánea de tamaño variable en la zona frontal según la localización y la extensión de la patología, pero que sigue siempre un trayecto preauricular hasta el trago. Tras la incisión de la piel se coagula la galea con bipolar y se respeta e incluye en el colgajo la arteria temporal superficial. No se colocan clips hemostáticos. La piel se rebate por encima de la aponeurosis superficial del músculo temporal hasta llegar a unos 3 cm por encima

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071397>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071397>

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