

## Comparación del abordaje sublabial transesfenoidal microquirúrgico frente al abordaje endonasal transesfenoidal endoscópico. Estudio prospectivo de 50 pacientes

J. Enseñat; J.L. Quesada\*; J. Aparicio\*\*; C. Pàmies\*\*\*; X. Barber\*\*; Th. Topczewski y E. Ferrer

Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Valle de Hebrón. Barcelona\*. Departamento de Estadística, matemáticas e informática, Universidad Miguel Hernández. Elche\*\*. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat\*\*\*.

### Resumen

**Objetivos.** Comparar el abordaje transesfenoidal endonasal endoscópico con el abordaje transesfenoidal sublabial microquirúrgico. Valoración del grado de resección tumoral, grado de invasividad tumoral, complicaciones y estancia postoperatoria de ambos grupos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo no randomizado de 50 pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2002 y 2006 de lesiones en la región sular con diferentes grados de invasión del seno cavernoso según la clasificación de Knosp. Entre las variables a estudio se incluyeron los grados de invasión, los grados de resección postoperatoria (total, subtotal y parcial), lesión del nervio óptico, panhipopituitarismo postoperatorio, fistula de LCR, déficit de pares craneales, epistaxis, meningitis, diabetes insípida y lesión de arteria carótida. Nuestra serie consta de 27 hombres y 23 mujeres, con una edad media de 48 años (19-80 años). En 23 casos se utilizó una vía transesfenoidal sublabial microquirúrgica (2 pacientes fueron excluidos) y en 25 casos se realizó un abordaje transesfenoidal endoscópico. El seguimiento medio fue de 12 meses.

**Resultados.** En nuestra experiencia la técnica endoscópica presenta un porcentaje de exéresis completa superior al de la técnica clásica (60% frente a 34,8%) que también se hace evidente en el caso de la resección subtotal (32% frente 26%) existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,033$ ). En contraposición no encontramos diferencias en cuanto a complicaciones. También hemos evidenciado que existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la estancia postoperatoria ( $p=0,001$ ), reduciéndose ésta a la mitad (3 días) con la técnica endoscópica. Si bien no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al grado de invasividad tumoral y al grado de resección, un mayor grado de invasividad aumenta en 3,59 veces el riesgo de poco éxito de la cirugía.

**Discusión y conclusiones.** En nuestra experiencia

con la técnica endoscópica obtenemos un mayor grado de resección quirúrgica y una estancia postoperatoria menor. No hemos observado diferencias en cuanto a complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Tumores hipofisarios. Abordaje transesfenoidal sublabial. Abordaje transesfenoidal endoscópico. Complicaciones en cirugía hipofisaria. Grados de Knosp.

**Prospective comparative study on 50 patients between microsurgical sublabial transsphenoidal approach and endoscopic endonasal transsphenoidal approach**

### Summary

**Objective.** Compare the standard transsphenoidal sublabial microscopic approach with the endoscopic transsphenoidal approach concerning the tumoral invasiveness and resection, complications of the approaches and time of post operative hospitalisation.

**Material and methods.** We realized a prospective, non randomised study with 50 patients. They were operated between 2002 and 2006. All the patients had sellar lesions with different grades of invasiveness of the cavernous sinus as classified by Knosp. The variables included in our study were tumoral invasiveness and operative resection (total, subtotal and partial), optic nerve lesion, postoperative panhypopituitarism, CSF fistula, cranial nerves deficits, epistaxis, meningitis, diabetes insipidus and carotid artery lesion. Our series included 27 males and 23 females ranging from 19 to 80 years old (48 mean). In 23 patients we used the standard sublabial microscopic approach (two patients were excluded) and for 25 patients we used the endoscopic approach. The mean follow up was of 12 months.

**Results.** In our experience the endoscopic technique presents a higher percentage of total resection comparing to the sublabial microscopic approach (60% versus 34,8%) and higher percentage of subtotal resections (32% versus 26%) with a statistical significant

**difference ( $p=0,033$ ). The time of hospitalisation was significant shorter for the endoscopic approach group ( $p=0,001$ ), diminishing by half of the time (3 days) of the microscopic approach group. Concerning the tumoral invasiveness and complications we did not appreciate any significant dissimilarity. We appreciated that a higher grade of invasiveness augments by 3,59 the risk of an unsuccessful surgery.**

***Discussion and conclusion. In our experience the endoscopic technique may favour a better tumoral resection and shorter time of hospitalisation. We did not appreciate differences concerning the complications.***

**KEY WORDS:** Pituitary tumors. Transsphenoidal sublabial approach. Transsphenoidal endoscopic approach. Complications in pituitary surgery. Knosp grades.

## Introducción

El abordaje transesfenoidal es y ha sido una de las piedras angulares de la neurocirugía para el tratamiento de los tumores hipofisarios y de su región adyacente. El auge de los abordajes endoscópicos a la región selar ha ido substituyendo, no sin polémica, al clásico abordaje transesfenoidal. Desde que Jho<sup>20</sup> estandarizó la técnica, ésta ha ido extendiéndose y perfeccionándose en estos últimos años<sup>5</sup> por autores como Cappabianca, Kassam y Frank. El auge de la endoscopia en la cirugía transesfenoidal viene dado por una serie de condicionantes previos favorables. Uno de ellos es el hecho de que las fosas nasales son una cavidad real que no requiere dilatación para entrar y con acceso directo a la silla turca. La otra gran ventaja de la endoscopia transesfenoidal es que ofrece una gran capacidad y variabilidad de posibilidades tanto en los sistemas de visualización como en la utilización de instrumental quirúrgico. Como ejemplos destacar que el abordaje endoscópico puro se puede realizar a través de un agujero nasal o de los dos; y que podemos utilizar o no un brazo que sujeté el endoscopio o bien trabajar con el espéculum nasal<sup>9,10,18,19,30</sup>. Los endoscopios utilizados son rígidos con angulaciones de 0, 30 y 45 grados permitiendo la visualización de regiones que anteriormente con el microscopio eran de difícil acceso. Algunos autores también utilizan los endoscopios flexibles<sup>22</sup> como complemento al microscopio, o endoscopios rígidos para completar la cirugía principalmente en tumores supraselares.

Nuestro objetivo es describir la experiencia de un grupo joven, no experto en cirugía hipofisaria y que optó por iniciarse en la técnica endoscópica. Creemos firmemente que la adopción de nuevas técnicas no tendría que comportar un alto precio para nuestros pacientes. Este estudio nació y se realizó para evaluar la eficacia y seguridad que tenía una nueva técnica en nuestras manos.

## Material y métodos

Estudio prospectivo no randomizado. Analizamos 50 pacientes consecutivos, hombres (27) y mujeres (23) entre 19 y 80 años de edad (media 48.02), que fueron hospitalizados entre 2002 y 2006 en el hospital del Valle de Hebrón de Barcelona. Todos los pacientes fueron intervenidos por un mismo neurocirujano (JE). Todos los pacientes a los que se les realizó un abordaje endoscópico fueron intervenidos conjuntamente por un neurocirujano y un otorrinolaringólogo (JE, JLQ). La mayoría de los pacientes (39) presentaban un macroadenoma, 3 pacientes presentaban un quiste de Bolsa de Rathke y 8 fueron intervenidos quirúrgicamente de un microadenoma hipofisario. El seguimiento fue de 1 año.

### Estudio preoperatorio

Todos los pacientes fueron evaluados según criterios clínicos, radiológicos, y endocrinológicos. Clínicamente se diferenciaron los pacientes con debut clínico agudo o subagudo (apoplejía hipofisaria) de los pacientes con sintomatología neurológica y/o endocrina más insidiosa. En todos los casos se realizaron campimetrías computarizadas SITA 24-2 para definir el grado de afectación del campo visual. Endocrinológicamente se evaluó la integridad del eje hipotálamo-hipofisario mediante la determinación de las concentraciones plasmáticas de FSH, LH, ACTH, cortisol plasmático, GH, Prolactina, TSH, T4 libre, estradiol (mujeres) y testosterona (hombres).

El estudio neuroradiológico incluyó en todos los casos un TC helicoidal de las fosas nasales y una RM cerebral de 1.5 T. En la RM se evaluó la invasión del seno cavernoso de acuerdo con la clasificación de Knosp et al.<sup>23</sup>. Estos autores proponen la clasificación de los tumores que invaden el seno cavernoso en cinco grados (0, 1, 2, 3 y 4) de acuerdo con los siguientes criterios:

**Grado 0:** el tumor no invade el seno cavernoso. Todas las estructuras anatómicas intracavernosas están preservadas. El tumor no sobrepasa la línea tangencial que une la pared medial de la arteria carótida interna supracavernosa con la arteria carótida interna intracavernosa.

**Grado 1:** el tumor sobrepasa la tangente medial (definida como la tangente que une los dos bordes mediales de la carótida supra e intracavernosa) pero no sobrepasa la línea tangencial que une los dos centros de la carótida supra e intracavernosa. Los compartimentos venosos superior e inferior pueden estar obstruidos según el crecimiento de la lesión sea en sentido superior o inferior respectivamente.

**Grado 2:** Se caracteriza porque el tumor se extiende por detrás de la línea intercarótidea, sin sobrepasar la tangente lateral de la carótida intra-supracavernosa.

**Grado 3:** el tumor se extiende lateralmente a la línea tangencial lateral que une la porción carotídea supracaver-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071761>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071761>

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