



Vías translaberínticas

G. Michel, P. Bordure

La vía translaberíntica es una vía de acceso utilizada de rutina para la resección de schwannomas vestibulares, pero está indicada para cualquier lesión del peñasco y del ángulo pontocerebeloso asociada a una cofosis. Para los tumores más pequeños, se plantea la cuestión de las vías de acceso más conservadoras o de la radiocirugía. La extensión de esta vía de acceso puede modularse según la indicación quirúrgica y permite obtener una resección completa en la mayoría de los casos, con tasas de recidiva bajas. El tamaño del tumor no es un factor limitante en esta técnica. Sin embargo, provoca una pérdida total de la audición y requiere movilizar grasa abdominal para el cierre. La técnica quirúrgica, descrita inicialmente por House, está bien codificada, y las etapas deben realizarse de forma rigurosa hasta permitir una exposición satisfactoria y un acceso neuroquirúrgico óptimo. También se han descrito las complicaciones per y postoperatorias, así como su tratamiento de consenso.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Schwannoma vestibular; Neurinoma del acústico; Peñasco; Ángulo pontocerebeloso; Vía translaberíntica; Parálisis facial; Fístula de líquido cefalorraquídeo

Plan

■ Introducción	1
Indicaciones	1
Ventajas	1
Inconvenientes	2
■ Técnica quirúrgica	2
Preparación	2
Acceso cutáneo	2
Mastoidectomía	2
Laberintectomía	3
Acceso neuroquirúrgico	3
Cierre de la vía de acceso	4
■ Complicaciones peroperatorias	4
■ Cuidados postoperatorios	5

■ Introducción

La vía translaberíntica fue desarrollada por House y Hitselberger a partir de 1962 para la cirugía de los schwannomas vestibulares. Supuso una actualización de la técnica translaberíntica de Panse de 1903 (que se consideraba demasiado estrecha) ampliándola y asociándola a una técnica otoneuroquirúrgica fiable [1]. Se introdujo en Francia en 1966 por J.-M. Sterkers.

Después, se convirtió en una vía de acceso utilizada de rutina, en particular para la resección de los schwannomas vestibulares [2]. Esta técnica quirúrgica presenta la ventaja de permitir una resección en la mayoría de los casos completa, incluso para los tumores más voluminosos [3]. Se asocia a un riesgo de parálisis facial más bajo que otras vías de acceso [4, 5]. Su inconveniente principal es el sacrificio

de la audición, pero las probabilidades de conservación auditiva son escasas en los tumores voluminosos.

Por tanto, esta vía de acceso se ha convertido en la técnica de referencia para la resección de los schwannomas vestibulares en los pacientes que no tengan audición útil [6]. Para los tumores más pequeños, se plantea la cuestión de las vías de acceso más conservadoras o de la radiocirugía [7].

Indicaciones

En un primer momento se utilizó en la resección de pequeños neurinomas del acústico intraductales y las neurectomías vestibulares en oídos cófoticos, tras lo que se ha ampliado bajo el nombre de vía translaberíntica ampliada a todas las lesiones del ángulo pontocerebeloso y de una buena parte de la fosa craneal posterior.

Está indicada en la mayoría de los casos para la resección de los schwannomas vestibulares, con deterioro auditivo. El tamaño del tumor no es un factor limitante en esta técnica. Sin embargo, esta vía de acceso también es muy útil para tratar todas las lesiones del peñasco que se acompañan de cofosis, como colesteatomas, histiocitomas o papilomas [8].

Ventajas

La extensión de esta vía de acceso es modulable en función de la indicación quirúrgica (según el tamaño tumoral en los schwannomas vestibulares o más pequeña en caso de neurectomía).

La vía translaberíntica es atraumática para el cerebelo y el tronco del encéfalo, al acceder al tumor por su polo externo, extracerebral. Permite exponer el nervio facial en una zona sana en el fondo del conducto auditivo interno [9].

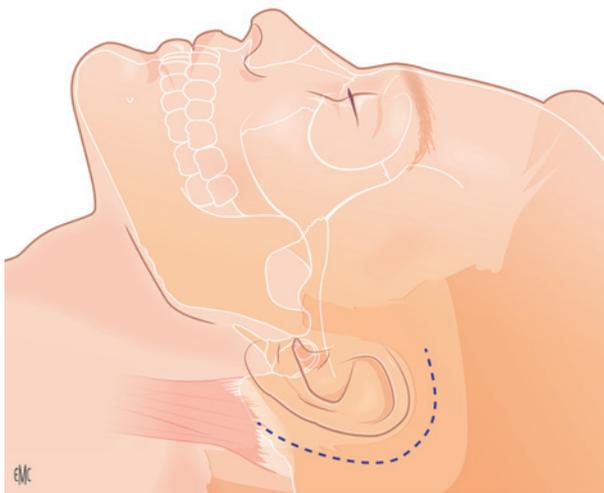


Figura 1. Trazado de la incisión retroauricular.

Permite realizar una resección en la mayoría de los casos completa [3], con tasas muy bajas de recidiva tumoral.

La incidencia de cefaleas postoperatorias es baja [10], al igual que la de fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) que requieran una reintervención quirúrgica [9].

Inconvenientes

Esta vía de acceso provoca una pérdida total de la audición.

También requiere obtener grasa en un segundo campo quirúrgico abdominal para el cierre de la vía de acceso [9].

■ Técnica quirúrgica

Preparación

Después de la intubación orotraqueal, el paciente debe colocarse de forma rigurosa y adecuada para una intervención cuya duración puede ser prolongada en caso de schwannomas voluminosos. Por tanto, los puntos de apoyo se protegen con almohadillas de gel de silicona y se emplean dos apoyos laterales (cadera y hombro) para permitir la inclinación lateral de la mesa de operaciones [9].

Se repasa sistemáticamente una lista de comprobación, insistiendo en el lado quirúrgico, que se comprueba tanto por la consulta de la historia clínica, como por la audiometría y las pruebas de imagen. Esta etapa es indispensable, en particular debido al sacrificio de la audición.

Se realiza un rasurado con maquinilla eléctrica de cinco traveses de dedo, para realizar una incisión cutánea alejada de la raíz del pelo.

Por último, se coloca un sistema de monitorización del nervio facial.

Acceso cutáneo

La incisión cutánea se traza a unos 4 cm por detrás del surco retroauricular y se amplía en sentido supraauricular en la vertical del trago (Fig. 1). Con el bisturí eléctrico, los planos musculoperiostícos se movilizan hasta el borde posterior del conducto auditivo externo.

Algunos autores [11] aconsejan realizar la incisión directamente hasta el hueso para dejar el músculo unido al tejido subcutáneo y al periostio, lo que permite un cierre más sólido.

Mastoidectomía

Una vez que se ha expuesto ampliamente la mastoides, desde el arco cigomático delante a la parte anterior del hueso occipital detrás, comienza el tiempo de fresado.

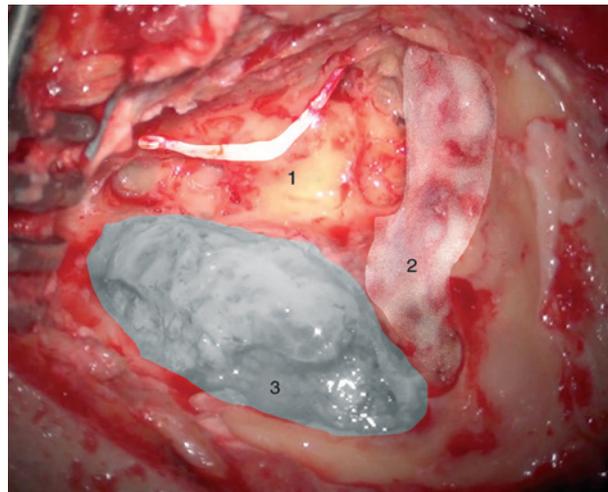


Figura 2. Vista quirúrgica después de la mastoidectomía. 1. Nervio facial; 2. tegmen antri; 3. isla de Bill.

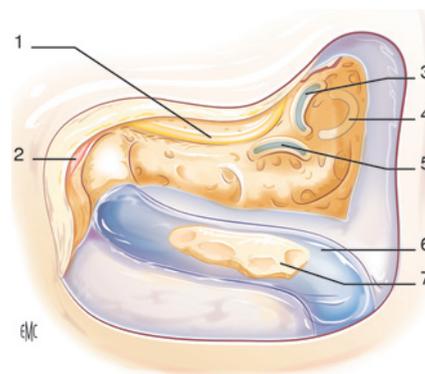


Figura 3. Mastoidectomía, con identificación de la tercera porción del nervio facial. 1. Nervio facial (tercera porción); 2. cresta digástrica; 3. conducto semicircular lateral, superior (4) y posterior (5); 6. seno lateral con «isla de Bill» (7).

Se efectúa una mastoidectomía amplia con una fresa cortante de gran tamaño. En la parte superior, se identifica el tegmen antri, que se adelgaza. En la parte inferior, el fresado debe progresar hasta la punta de la mastoides y la cresta del músculo digástrico. En la parte posterior, se traza una línea a 1-2 cm por detrás del seno sigmoideo, dependiendo del tamaño del tumor que se va a resear y de la posición anatómica del seno. En la parte anterior, la pared posterior del conducto óseo se adelgaza, y se abre el antro para identificar el conducto semicircular (CSC) lateral y la rama corta del yunque. No se aconseja abrir excesivamente el ático, porque esto aumentaría el riesgo de fístula de LCR en el postoperatorio [11].

A continuación, se utiliza una fresa de diamante grande para esqueletizar el seno lateral. Algunos autores recomiendan resear toda su cubierta ósea. Es preferible realizar una «isla de Bill», como describió inicialmente Bill House, es decir, conservar una protección ósea en la parte lateral del seno. Esto permite deprimirlo sin riesgo subsiguiente (Fig. 2).

Es importante desnudar adecuadamente la meninge retrosinusal a lo largo de 4 o 5 mm para permitir una depresión satisfactoria del seno, indispensable para una exposición quirúrgica adecuada del ángulo pontocerebeloso. En ocasiones, es necesario controlar una o varias venas emisarias utilizando una pinza bipolar. Si esto fracasa, se realiza un taponamiento con cera mezclada con Surgicel.

La mayoría de los autores identifican a continuación la tercera porción del nervio facial (Fig. 3). Otros no realizan

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805814>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805814>

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