

Craneofaringiomas: cirugía transnasal via endoscópica



Pablo Ajler, Fabian Castro Barros, Daniela Massa

Servicio de Neurocirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires. C.A.B.A., Argentina.



Exposición y apertura del rostro esfenoideal

RESUMEN

Introducción: Debido a su ubicación anatómica, los craneofaringiomas son tumores complejos en su tratamiento. Una resección completa tiene riesgos elevados de morbimortalidad y si se opta por una resección parcial la tasa de recurrencia es alta. Según su extensión supraselar y su relación con el tallo hipofisario, pueden dividirse en preinfundibulares, transinfundibulares y retroinfundibulares.

Objetivo: El objetivo de este video es describir la técnica vía endoscópica para la resección de un craneofaringioma preinfundibular.

Materiales y Métodos: Se seleccionó un caso de un paciente con un craneofaringioma preinfundibular operado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Italiano de Buenos Aires, por vía endoscópica transnasal.

Resultados: Se realizó una exéresis completa de la masa tumoral, sin evidenciar complicaciones tales como, diabetes insípida o fistula de líquido cefalorraquídeo y con recuperación completa del déficit campimétrico.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de los craneofaringiomas requiere un conocimiento detallado de la anatomía de base de cráneo así como de las diferentes técnicas quirúrgicas. El uso de la endoscopia ha permitido un mejor acceso a éste tipo de lesiones, disminuyendo las comorbilidades en el paciente y la estadía hospitalaria. Un resultado quirúrgico satisfactorio se obtiene con la resección completa y la menor morbilidad posible para el paciente.

Palabras clave: Base de Cráneo; Craneofaringioma; Endoscopia Transnasal; Endoscopia Transeptoefenoideal

ABSTRACT

Introduction: Due to its anatomical location, craniopharyngiomas are difficult tumors to treat. Complete resection has high morbidity and mortality and if a partial resection is chosen, the recurrence is common. According to their suprasellar extension and its relationship with stalk, it can be classified into: preinfundibular, transinfundibular and retroinfundibular.

Objective: The aim of this video is to describe the surgical technique we use for preinfundibular craniopharyngioma.

Methods: We review a preinfundibular craniopharyngioma operated on the Neurosurgery Department of the Hospital Italiano de Buenos Aires, through a transnasal endoscopic approach.

Results: Total removal was achieved, no acute complications were found such as diabetes insipidus or cerebrospinal fluid leak and improved their visual field.

Conclusion: Craniopharyngioma surgery requires detailed knowledge of skull base anatomy and approaches. The use of endoscopy has allowed better access to this type of lesions, reducing comorbidities and patient hospital stay. Complete resection with low morbidity are the treatment of this tumors.

Key words: Craniopharyngiomas; Endoscopic Transnasal Approach; Skull Base; Orbitozigomatic

COMENTARIO

Los autores muestran el caso de un craneofaringioma operado por un abordaje endoscópico endonasal transtuberculum-transplanum, el cual resulta ideal para dichos tumores con extensión supraselar. Se destacan en el video la etmoidectomía posterior y la apertura amplia del rostrum esfenoideal con el objetivo de trabajar cómodamente durante la etapa de disección tumoral. La importancia de la apertura de la base de cráneo con fresas diamantadas e irrigación permanente es vital para evitar la injuria térmica de las estructuras neurovasculares adyacentes. Ya en la etapa tumoral es clave una técnica microquirúrgica con disección confortable en todo momento, especialmente en profundidad, donde es necesario manejarse en el plano entre el tumor y la vía óptica; siempre tratando de preservar la aracnoides y

Pablo Ajler

pablo.ajler@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: Octubre de 2019. Aceptado: Enero de 2020.

la microcirculación proveniente de las arterias hipofisarias superiores. Este caso se trata de un tumor preinfundibular, el cual resulta ideal dentro de las variantes anatómicas, en el intento de preservación del tallo hipofisario. Los autores muestran muy bien como se pudo preservar anatómicamente el mismo, aunque es necesario remarcar que lamentablemente no siempre se logra una función hipotálamo hipofisaria indemne en el postoperatorio. La descompresión de la vía óptica se logró en este caso casi sin manipulación de la misma, lo cual permitió recuperar el déficit campimétrico por completo luego de la cirugía. Por tal motivo, es que este tipo de abordaje tiene mejores resultados funcionales visuales que la vía transcraneana. Por último; si bien el presente caso evolucionó sin fístula de LCR en el postoperatorio, es importante resaltar que en la actualidad, además de ser en múltiples capas, el cierre debe incluir algún tipo de colgajo pediculado (comúnmente el colgajo nasoseptal).

Se felicita a los autores por el resultado del caso y la didáctica del video.

Santiago González Abbati
Hospital de Clínicas José de San Martín
Hospital Británico de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavallo LM, Frank G, Cappabianca P, Solari D, Mazzatenta D, Villa A, Zoli M, D'Enza AI, Esposito F, Pasquini E: The endoscopic endonasal approach for the management of craniopharyngiomas: a series of 103 patients. *J Neurosurg.* 2014 Jul;121(1):100-13.
2. Leng LZ, Greenfield JP, Souweidane MM, Anand VK, Schwartz TH: Endoscopic, endonasal resection of craniopharyngiomas: analysis of outcome including extent of resection, cerebrospinal fluid leak, return to preoperative productivity, and body mass index. *Neurosurgery.* 2012 Jan; 70(1):110-23; discussion 123-4.

COMENTARIO

Los autores presentan un trabajo en formato de video con el título "Craneofaringioma: tratamiento endoscópico" que tiene como objetivo mostrar los detalles técnicos utilizados para reseccionar un craneofaringioma preinfundibular con compresión quiasmática.

Se trata de un caso bien presentado, adecuadamente documentado con estudios pre y postoperatorios de buena definición y una gran calidad de video.

En relación a la intervención, se muestra con claridad la secuencia de pasos y la técnica quirúrgica utilizada en cada uno de los 3 tiempos de la cirugía (abordaje y exposición, resección tumoral y cierre). Se logra una resección tumoral completa con adecuada preservación de las estructuras neurovasculares críticas, sin complicaciones postoperatorias y con una gran mejoría del campo visual.

Personalmente, considero de gran utilidad, si bien es debatible, la realización del flap nasoseptal vascularizado de Hadad-Bassagaisteguy¹ durante el abordaje endonasal para optimizar el cierre y reducir el riesgo de una fístula de líquido cefalorraquídeo en el postoperatorio. Utilizando este flap pediculado por lo general no se precisa colocar un drenaje lumbar externo y se evitan las complicaciones que puede generar el drenaje espinal. Con respecto a la exposición, en los abordajes extendidos transplanum/transtuberculum es de vital importancia el drilado de ambos recesos óptico-carotídeos mediales² para tener acceso a la confluencia de la arteria carótida clinoidal y el nervio óptico, y de esta forma asegurarse el control vascular proximal y exponer adecuadamente la cisterna óptico-carotídea.

Felicito a los autores por la presentación del video, considerando que se trata de un caso en el cual se cumple con el objetivo del trabajo, tiene una excelente calidad y edición de video, con adecuadas maniobras quirúrgicas y con un excelente resultado postoperatorio.

Martín Guevara
Hospital Juan A. Fernández. C.A.B.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hadad, Gustavo, Luis Bassagaisteguy, Ricardo L Carrau, Juan C Mataza, Amin Kassam, Carl H Snyderman, and Arlan Mintz. 2006. "A Novel Reconstructive Technique After Endoscopic Expanded Endonasal Approaches: Vascular Pedicle Nasoseptal Flap." *The Laryngoscope* 116 (10) (October): 1882-1886. doi:10.1097/01.mlg.0000234933.37779.e4.
2. Labib MA, Prevedello DM, Fernandez-Miranda JC, Sivakanthan S, Benet A, Morera V, Carrau R, Kassam A. The medial opticocarotid recess: an anatomic study of an endoscopic "key landmark" for the ventral cranial base. *Neurosurgery.* 2013 Mar;72(1 Suppl Operative):66-76; discussion 76. doi: 10.1227/NEU.0b013e318271f614.

COMENTARIO

El autor describe la resección exitosa de un craneofaringioma preinfundibular a través de un abordaje endoscópico endonasal. La anatomía de la región, el instrumental específico y la particular técnica quirúrgica no deben ser ajenas al neurocirujano, que puede desarrollar su casuística incluso con la colaboración de un ORL. Es interesante que el video explica una alternativa efectiva y rápida -en su confección- para reconstruir la base de cráneo con duramadre sintética, fascia lata y selladores (en este caso cola de fibrina) complementada con tres días de drenaje lumbar externo, en comparación con el colgajo nasoseptal que requiere mayor tiempo para su disección y una curva de aprendizaje más larga.

Tomás Funes

Sanatorio Anchorena. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

COMENTARIO

Los autores presentan un caso detallado de craneofaringioma perfectamente resuelto y sin complicaciones por la vía endoscópica endonasal.

El tumor presentado es un craneofaringioma preinfundibular según Kassam o prequiasmático. Esto quiere decir que la lesión se encuentra sobre la duramadre de la base de cráneo desplazando hacia atrás la vía óptica y el tallo. Al abordarlo por la vía baja se expone el tumor directamente en la apertura dural y desplaza estructuras elocuentes hacia posterior. Si éste mismo caso lo abordamos por una craneotomía, se nos expone la lesión en el espacio interóptico y nos facilita la resección el hecho que desplace el quiasma hacia atrás. Personalmente creo que por ambas vías podemos tener buenos resultados dependiendo de la experiencia del cirujano.

En los tumores Infundibulares y retroinfundibulares según Kassam o Retroquiasmáticos creo que la vía endoscópica endonasal es superior a cualquier craneotomía. Por la vía baja podemos visualizar el tallo en primera instancia, reconocer el plano de disección con ambos hipotálamos y finalmente exponer el tercer ventrículo. Al Abordar tumores en el espacio retroquiasmático por craneotomías tenemos el inconveniente de tener la vía óptica ocultándonos el tumor, el hipotálamo homolateral y una pobre visualización del tercer ventrículo.

La reconstrucción de la base del cráneo siempre es tema de debate, depende del cirujano y del medio donde se desarrolle la cirugía. Personalmente utilizo grasa, fascia y el flap nasoseptal descrito por Hadad-Bassagaisteguy prescindiendo de la necesidad de utilizar drenaje lumbar.

En mi opinión es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico de los craneofaringiomas debido a la buena visualización de los límites tumorales con áreas a respetar como son el tallo, vía óptica, hipotálamos y arterias de la región.

Felicito a los autores por el video presentado detallando paso a paso.

Miguel Mural

Hospital Posadas. C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina.