

“Qué hay de nuevo...”

“Osseous Remodeling Technique of the Sella Turcica: A New Surgical Option for Primary Empty Sella Syndrome”

Gerardo Guinto, Barbara Nettel, Eli Hernández, David Gallardo, Norma Aréchiga, Moisés Mercado

World Neurosurg. (2019) 126:953-958. doi.org/10.1016/j.wneu.2019.02.195

La silla turca vacía (STV) o como se la denominó más recientemente, aracnoidocele selar, es una entidad clínico-radiológica con una prevalencia que, si bien no se conoce con exactitud, se estima que es entre el 2 al 20%¹. Dos tipos de STV han sido descritas según su etiología: primaria y secundaria. En la primaria, no existe antecedente de cirugía hipofisaria previa y se cree que se produce debido a un diafragma selar deficiente². Por otro lado, cuando se genera luego de la exéresis de un tumor hipofisario se denomina secundaria. Por lo general, la STV primaria es diagnosticada como un hallazgo incidental en resonancia magnética, en donde se evidencia una herniación aracnoidea y de líquido cefalorraquídeo (LCR) a través del diafragma selar, comprimiendo la glándula hipofisaria contra el piso de la silla turca. Algunos pacientes pueden manifestar síntomas clínicos (síndrome de silla turca vacía), entre ellos, cefalea, alteraciones endocrinológicas, fistula de LCR y alteraciones visuales. La cirugía está indicada en estas dos últimas manifestaciones.

Guinto et. al publican una técnica quirúrgica para el tratamiento de esta entidad que consiste en elevar la glándula pituitaria disecando la duramadre del piso selar y rellenando la silla turca con hueso heterólogo cadavérico. Esta técnica disminuye la tracción del quiasma óptico y del tallo pituitario produciendo una mejoría en la función visual y endocrinológica.³

Si bien variaciones de esta técnica ya han sido descritas anteriormente, incluso por el mismo autor, éstas difieren

principalmente en el material utilizado. El uso de tejido óseo autólogo (por lo general cresta ilíaca) tiene la desventaja de requerir una incisión adicional, lo que puede provocar dolor postoperatorio en el sitio dador y es difícil de manipular y moldear en el campo quirúrgico. El uso de fragmentos óseos del tabique nasal complementado con grasa o músculo, descrito por el mismo autor en 2002, tiene la desventaja de reabsorción del tejido blando con el tiempo.⁴ Por otro lado, el material inerte también ha sido utilizado para rellenar la silla turca y elevar la glándula. La principal desventaja de esto es el costo económico y un mayor riesgo de infección (en un corredor quirúrgico potencialmente contaminado).⁵

El hueso heterólogo de banco presentado en este trabajo tiene la ventaja de no requerir incisiones adicionales, es económico y fácil de obtener, viene de diferentes tamaños y facilita el seguimiento radiológico postoperatorio. Un aspecto técnico importante que resaltan los autores es la utilización de fragmento óseo trilaminar con el objeto de disminuir la reabsorción en el postoperatorio alejado.

Hasta ahora ha sido probada en pocos pacientes debido a que no es frecuente la indicación quirúrgica, pero es una técnica económica que no requiere incisiones adicionales y es fácilmente reproducible en nuestro medio ya sea por vía endonasal endoscópica o microquirúrgica.

Esta técnica representa, en nuestra opinión, un método simple y reproducible para el tratamiento de la STV sintomática.

Pablo Ajler

Jefe de Cirugía de Base de Cráneo,
Servicio de Neurocirugía,
Hospital Italiano de Buenos Aires

Pedro Plou

Residente,
Servicio de Neurocirugía,
Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFÍA

1. Auer MK, Stieg MR, Crispin A, Sievers C, Stalla GK, Kocczak A. Primary Empty Sella Syndrome and the Prevalence of Hormonal Dysregulation. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(7):99-105. doi:10.3238/arztebl.2018.0099
2. Barzaghi LR, Donofrio CA, Panni P, Losa M, Mortini P. Treatment of empty sella associated with visual impairment: a systematic review of chiasmectomy techniques. *Pituitary.* 2018 Feb;21(1):98-106. doi: 10.1007/s11102-017-0842-6. PMID: 29027644.
3. Guinto G, del Valle R, Nishimura E, Mercado M, Nettel B, Salazar F. Primary empty sella syndrome: the role of visual system herniation. *Surg Neurol.* 2002;58:42-47.
4. Guinto G, del Valle R, Nishimura E, Mercado M, Nettel B, Salazar F. Primary empty sella syndrome: the role of visual system herniation. *Surg Neurol.* 2002 Jul;58(1):42-7; discussion 47-48. doi: 10.1016/s0090-3019(02)00766-8. PMID: 12361647.
5. Alvarez Berastegui GR, Raza SM, Anand VK, Schwartz TH. Endonasal endoscopic transphenoidal chiasmectomy using a clival cranial base cranioplasty for visual loss from massive empty sella following macroprolactinoma treatment with bromocriptine: case report. *J Neurosurg.* 2016 Apr;124(4):1025-31. doi: 10.3171/2015.2.JNS142015. Epub 2015 Sep 4. PMID: 26339851.