

Abordaje mínimo invasivo de la Base del Cráneo asistido por neuronavegador.



INSTITUTO NACIONAL DE
ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA

Dr: Iván Cuevas Véliz

Especialista de 2do Grado en Oncología
Servicio de Cabeza y Cuello. INOR

VIII Congreso de la Sociedad Cubana de Otorrinolaringología. 2011

Cirugía de la Base Anterior de Cráneo

Hitos

1960

1970

1980

1990

2000

2010

Ketcham: Resección Cráneo-Facial

Thaler: Resección C-F Asistida con Endoscopio
Carrau, Casiano, Kassam: Abordaje Endoscópico
Hadad y Bassagasteguy: Colgajo Septal

Mutually Beneficial Collaboration of Surgical Disciplines

- Neurosurgery
- ORL-Head and Neck Surgery
- Neuro-Ophthalmology-Orbital Surgeon
- Interventional Radiology

Dos orificios/ Cuatro manos.



Resección Endoscópica Transnasal de la Base Anterior del Cráneo

Premisas

- Resección completa del tumor.
- Restablecimiento de la separación entre la cavidad craneal y el tracto naso-sinusal.

Técnicas Reconstructivas Endoscópicas

Antes del año 2006

- Injerto subdural de matriz de colágeno (Duragen®)
- Injerto epidural de dermis acelular (Alloderm®) o fascia lata
- Injerto libre de grasa abdominal
- Material antiadherente (Gelfoam®) o adhesivo de fibrina
- Taponamiento nasal o balón Foley

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS:

- MAYOR COMFORT POSTOPERATORIO
- RECUPERACION RAPIDA
- COMIENZO TEMPRANO DE ACTIVIDAD LABORAL DEL PACIENTE
- CORTA ESTADIA O AMBULATORIA
 - MENOR DESTRUCCION TISULAR
- MENOR DOLOR POST-OPERATORIO
- MEJOR RESULTADO ESTETICO

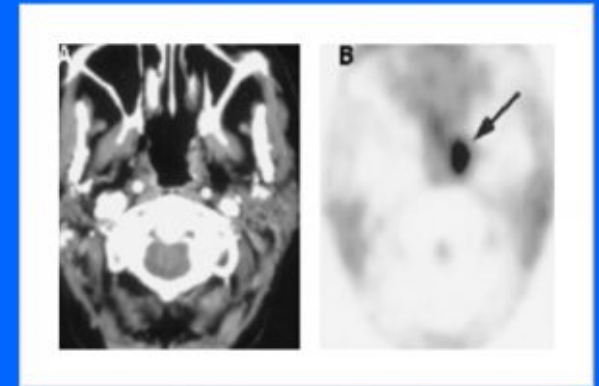
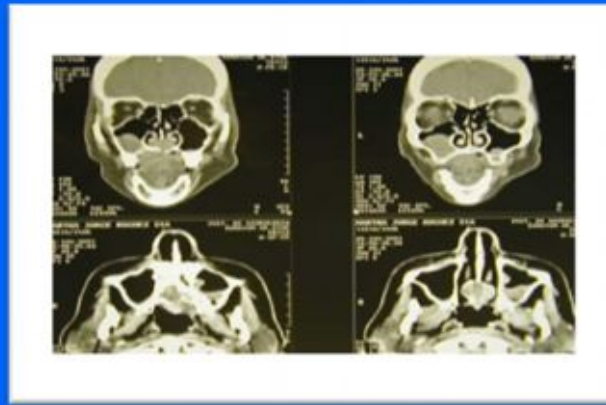
DESVENTAJAS:

- MAYOR COSTO DEL EQUIPAMIENTO INSTRUMENTAL E INSUMOS
- MAYOR ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO MEDICO (CURVAS DE APRENDISAJE PROLONGADAS)
- ANESTESIA MAS COMPLEJA CON MAYOR MONITOREO Y ENTRENAMIENTO ADECUADO

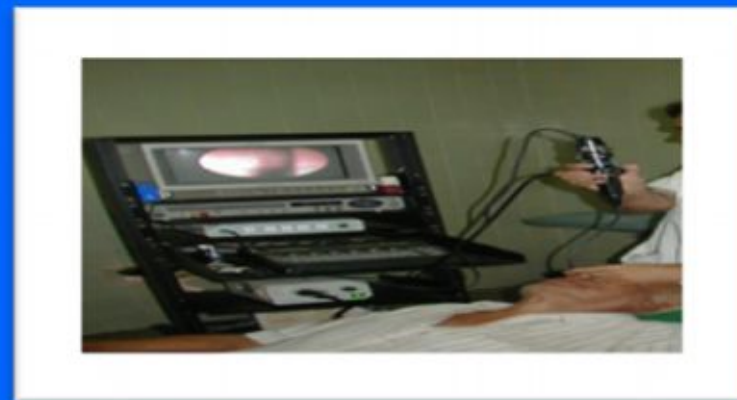
Cirugía de la Base Anterior de Cráneo

Evaluación Preoperatoria

Imagenológica



Endoscópica



Abordaje Transnasal

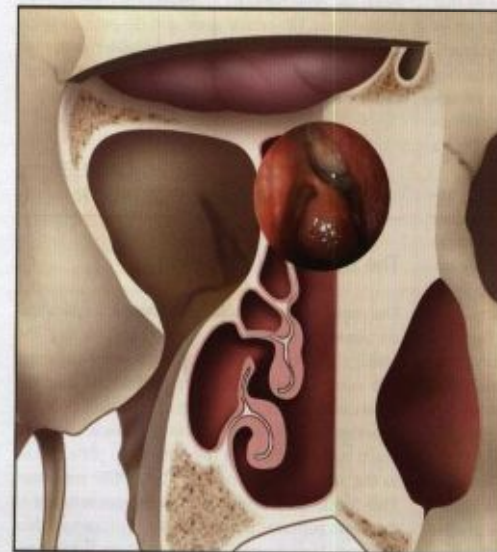
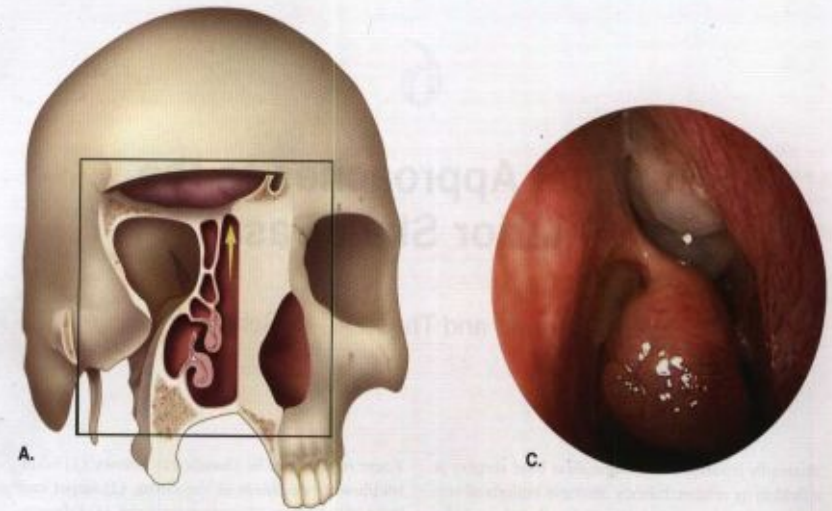
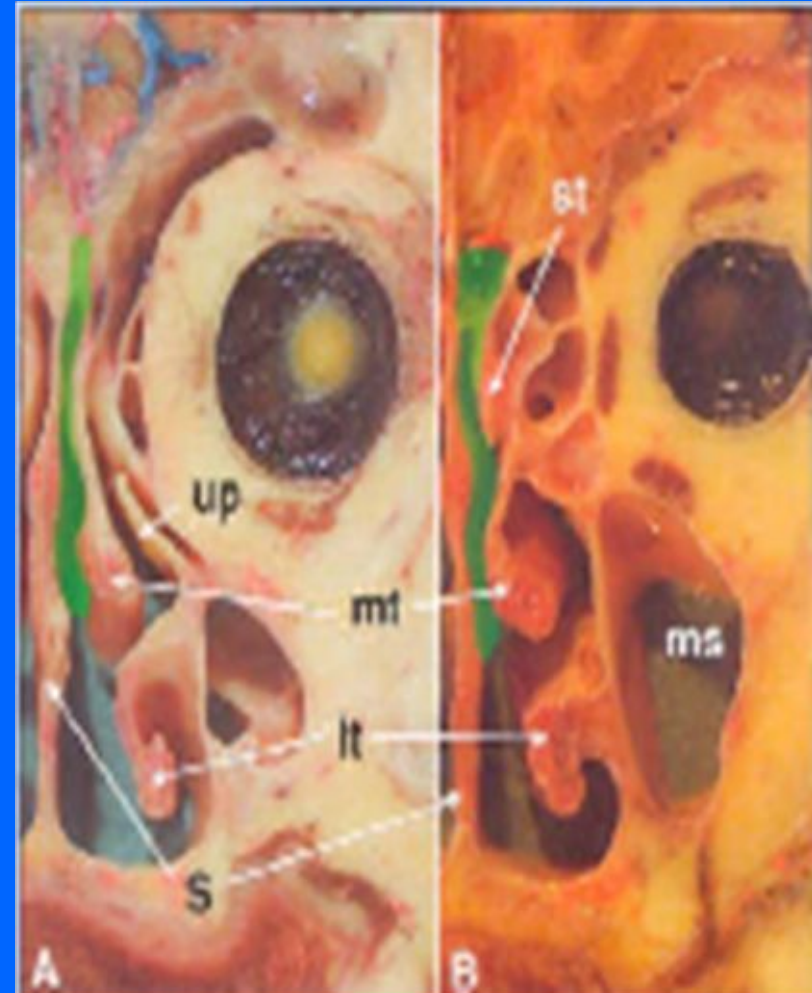


Fig 6-1. Transnasal approach.

ABORDAJE PARASEPTAL ENDOSCOPICO DE LA BASE ANTERIOR DE CRANEO

- Cierre de fístulas.
- Meningoceles.
- Encefaloceles.
- Tumores malignos.
- Cirugía seno frontal.



Abordaje Transesfenoidal

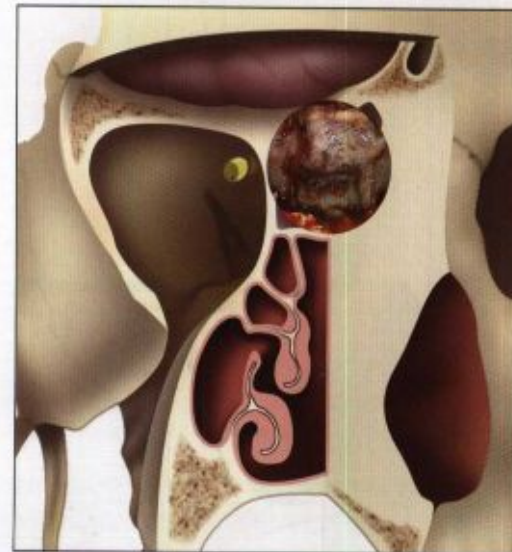
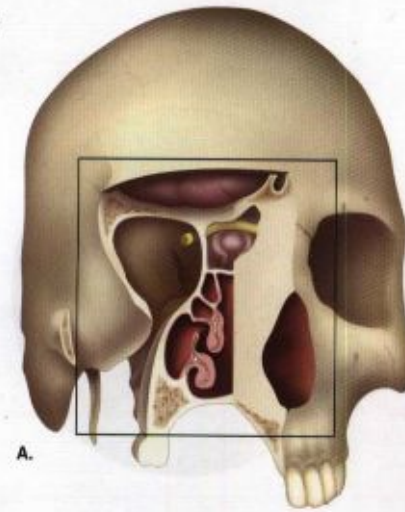
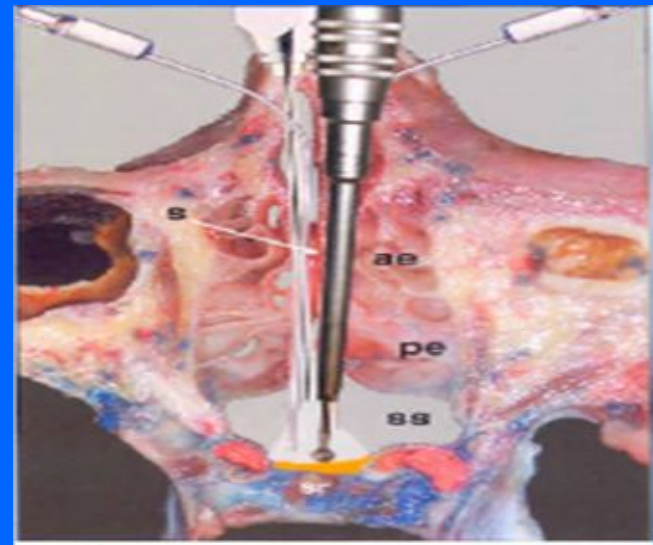
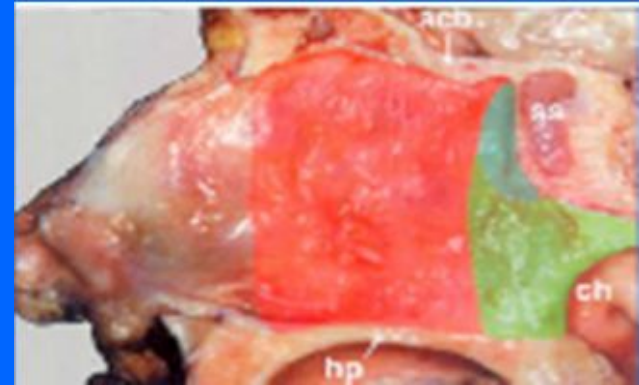


Fig 6-3. Transsphenoidal approach.

ABORDAJE PARASEPTAL TRANS/ESFENOIDAL ENDOSCOPICO.UNILATERAL/BILATERAL

- Fístulas LCR.
- Tumores de región selar.
- Tumores de nasofaringe.
- Tumores de clivus.
- Malformaciones unión cráneo-espinal.



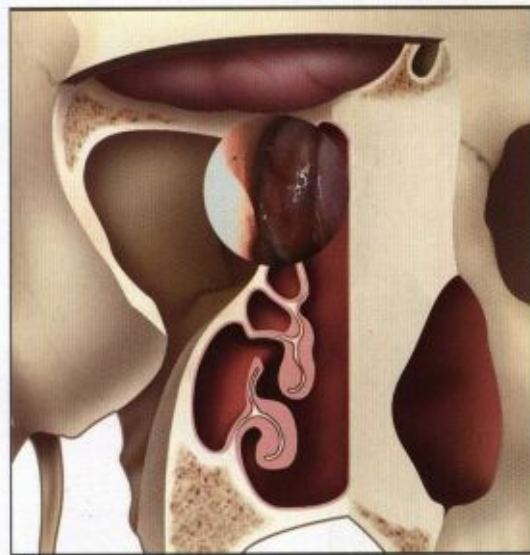
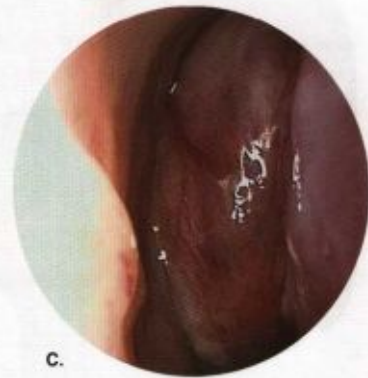
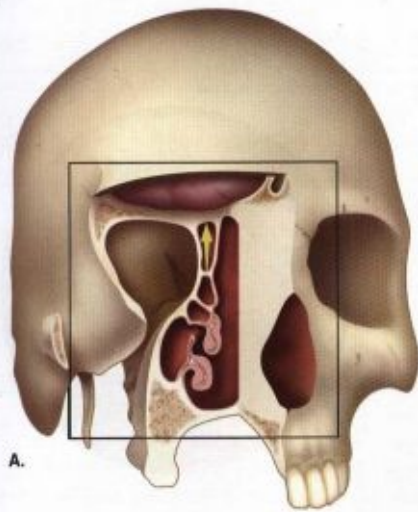


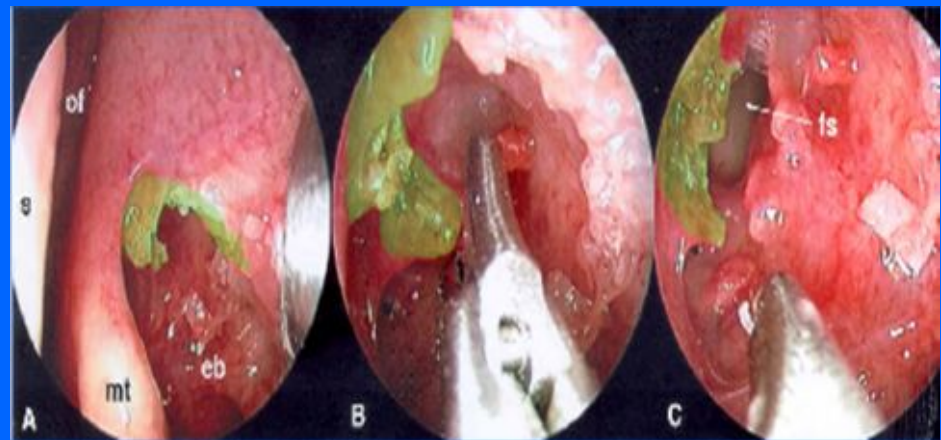
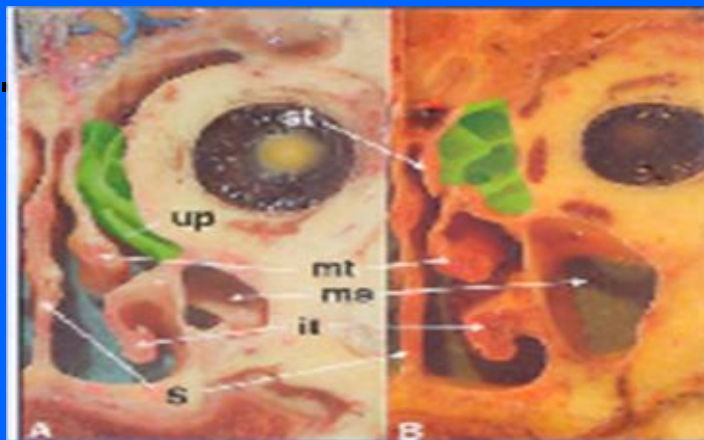
Fig 6-2. Transethmoidal approach.

B.

Abordaje Transethmoidal

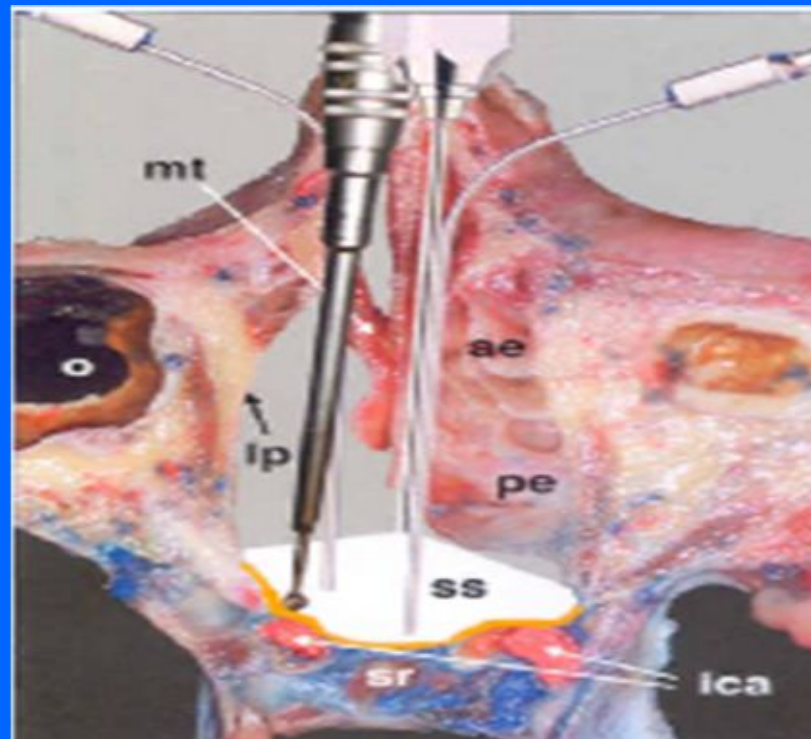
ABORDAJE TRANSETMOIDAL ENDOSCOPICO.

- FÍSTULAS LCR.
- MENINGOCELES.
- ENCEFALOCELES.
- DESCOMPRESION ORBITARIA.
- MUCOCELES.



ABORDAJE TRANS-ETMOIDOESENFENOIDAL.

- Lesiones paraselares.
- Descompresión nervio óptico.



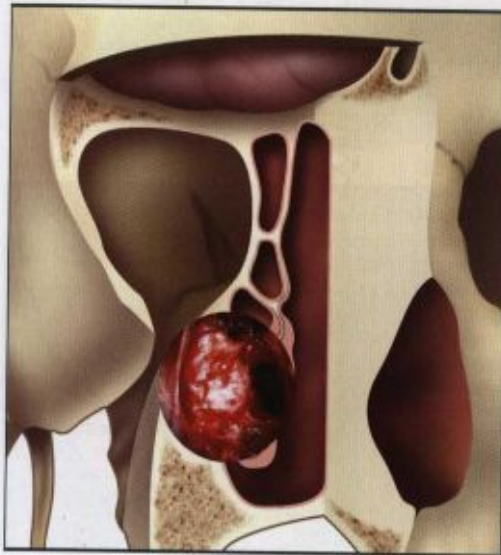
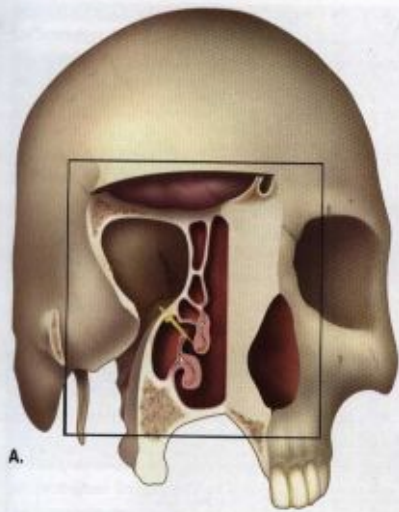
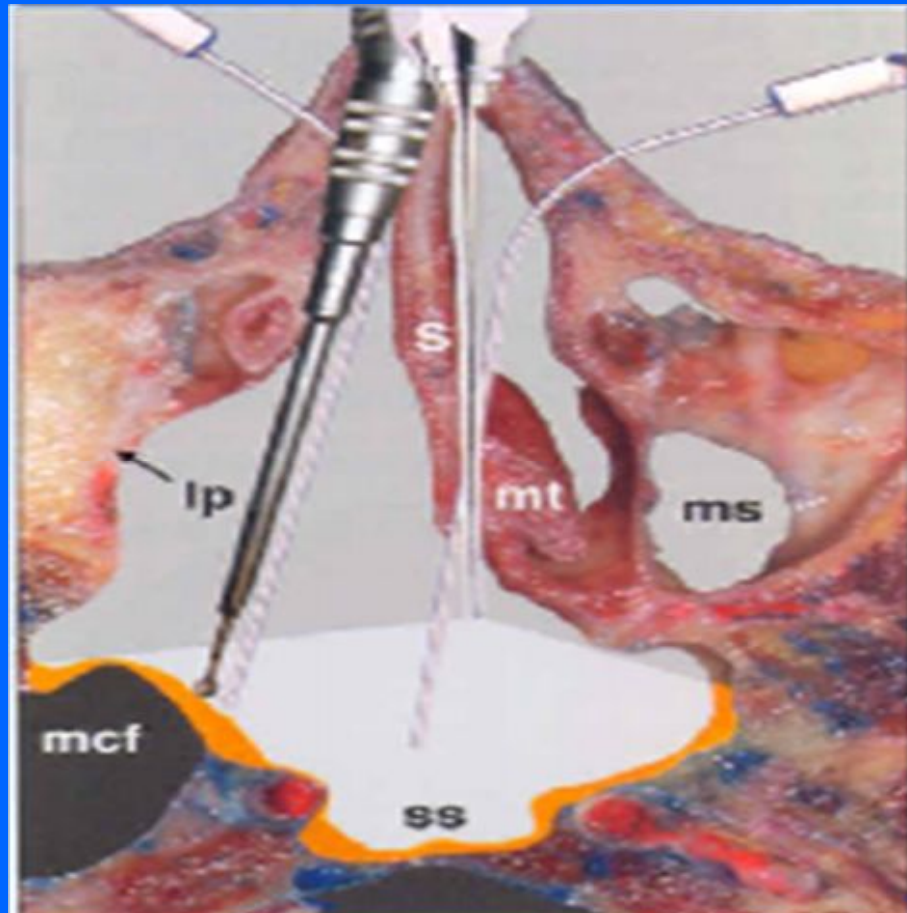


Fig 6-4. Transpterygoid approach.

Abordaje Transpterygoidal

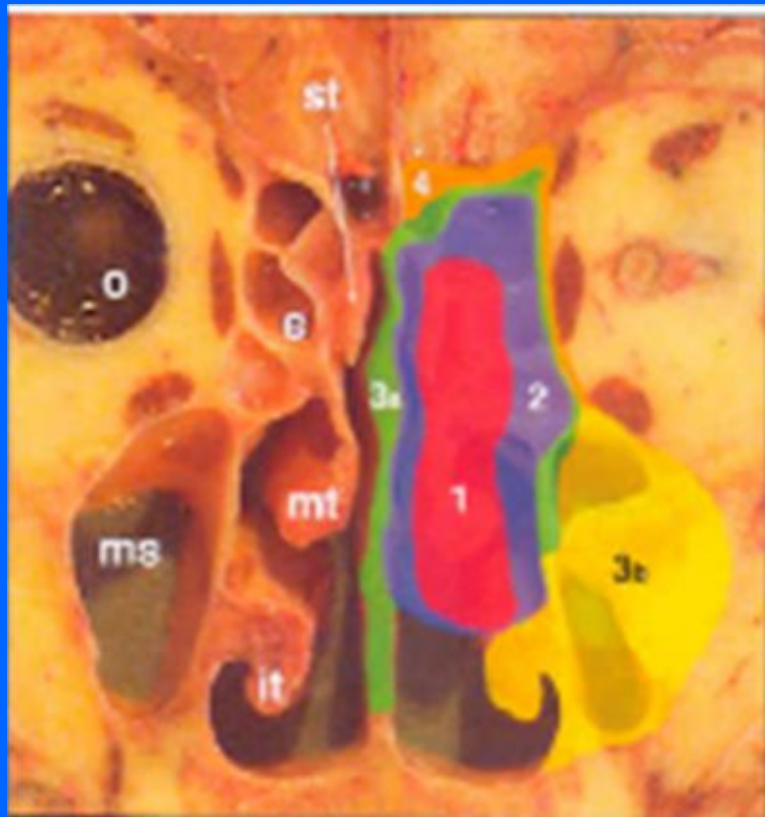
ABORDAJE TRANS-ETMOIDO-PTERIGOIDEO-ESFENOIDAL

- LESIONES DE FOSA MEDIA.



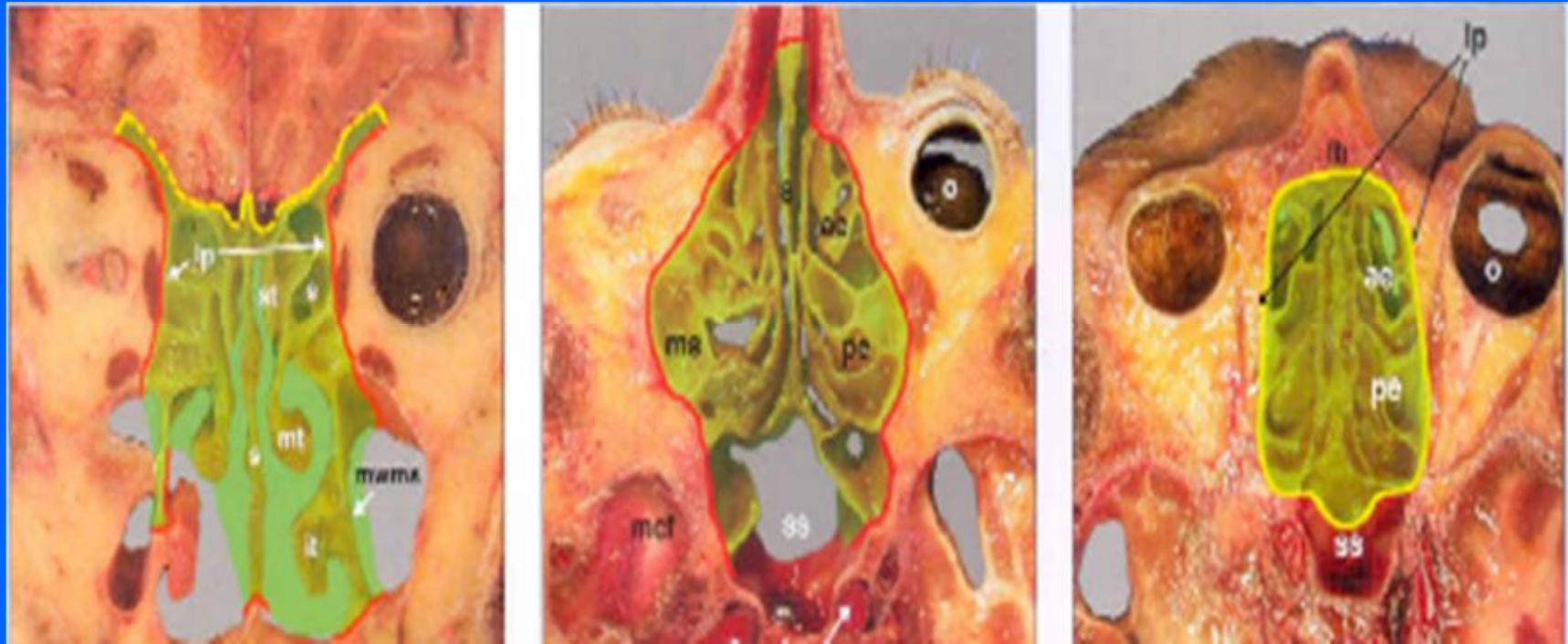
ABORDAJE NASO-MAXILO-ETMOIDAL . CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL CENTRÍPETA.

- Tumores malignos de fosas nasales y senos paranasales.



ABORDAJE CRÁNEO-ENDOSCÓPICO.

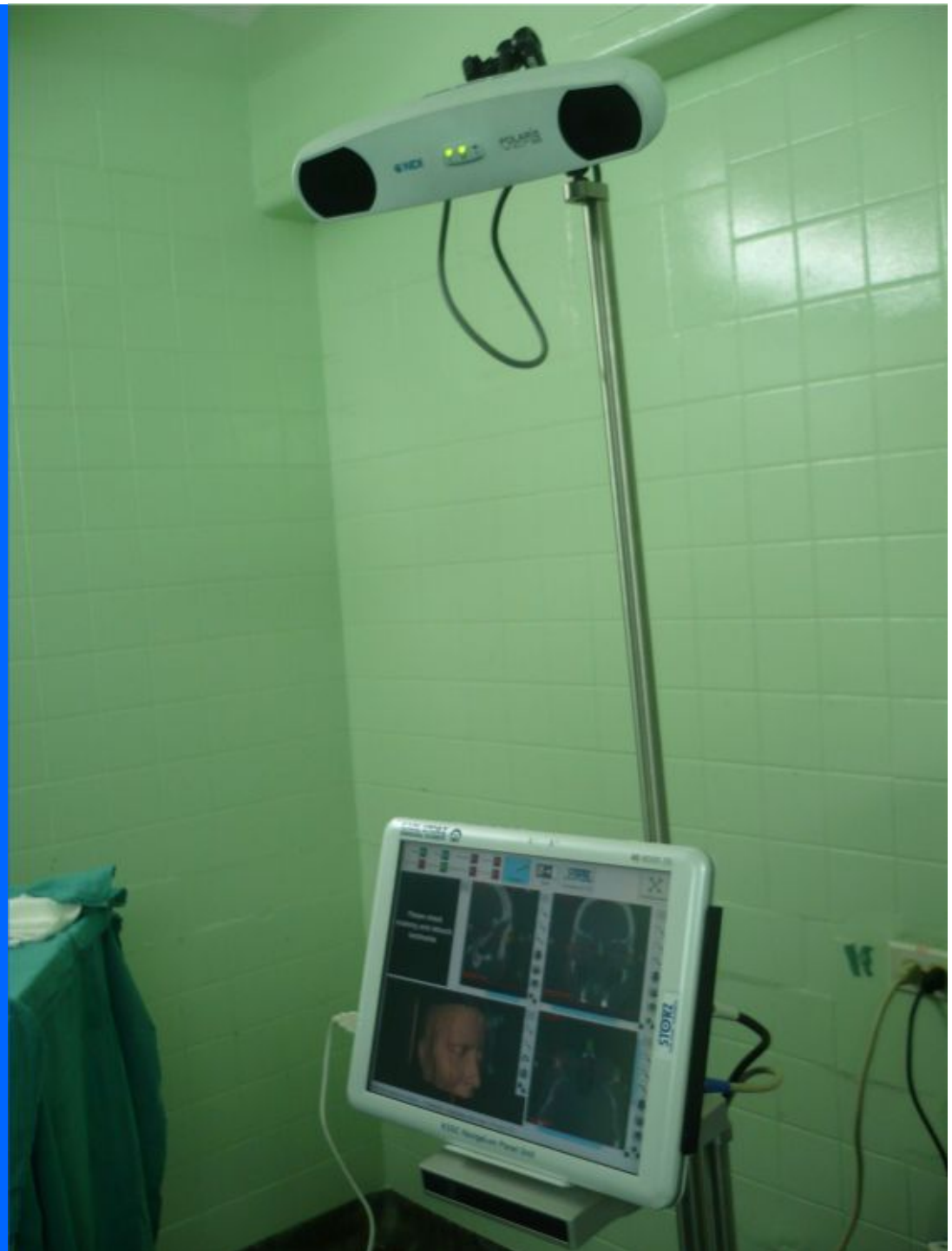
- Como complemento de la cirugía cráneo-facial .



Neuro Navegador

CNCMA

2010



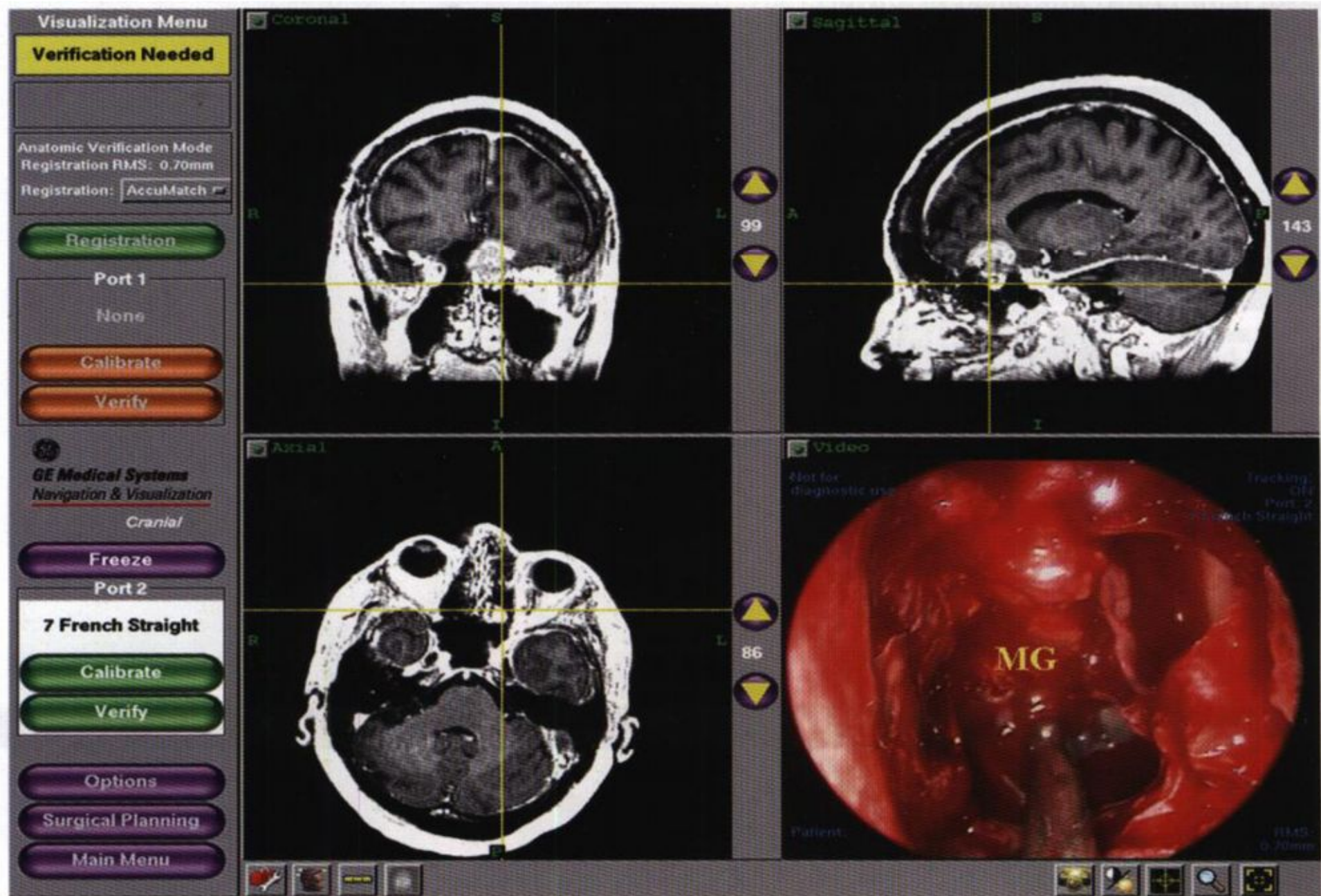


Fig 6–15. Triplanar MRI view of a meningioma (MG) of the ethmoidal region with a clear ethmoidal component and intracranial component.









