Históricamente en el tratamiento quirúrgico de las lesiones de la región craneoespinal se han empleado los abordajes posteriores o posterolaterales, con los que en un significativo porciento de los casos se lograba solo la resección parcial y con ello la esperada recidiva tumoral.

Con el advenimiento de los abordajes extremo laterales y sus variantes cambio la perspectiva a largo plazo de estos pacientes.

Con este abordaje se logra una exposición amplia de la zona, gracias a la rotación de la arteria vertebral fuera del campo operatorio que permite una mayor resección ósea lateral, con el logro de un aumento de la amplitud del campo quirúrgico.

Variantes de la extremo lateral 1.Supracondilar 2.Transcondilar 3.Paracondilar 1.Transfacetal 2.Retrocondilar 3.Transcondilar parcial 4.Transcondilar total 5.Extremo lateral transyugular 6.Transtubercular El termino usado esta en relación con la variación anatómica de técnica quirúrgica y esto en un gran porciento es referido a la cantidad y dirección de la resección ósea, en dependencia de la zona de la base que se quiera abordar.

TRACONDILAR – Se realiza a través del condilo o de la unión occipitomastoidea, resecando totalmente o parcialmente el condilo y es la variante a la cual nos vamos a referir en esta exposicion.

Permite acceso : •Canal espinal anterosuperior. •Porción anterolateral del agujero magno. •Clivus medioinferior. •Agujero yugular. Indicaciones •Tumores intradúrales y extradurales.

•MAV y aneurismas. •Endararterectomia vertebral.

Elementos Distintivos •Disección de los músculos a lo largo de la cara posterolateral de la unión craneovertebral.

•Craneotomia Suboccipital. •Hemilaminectomia de C1.

•Identificación temprana y Rotación de la Arteria Vertebral.

•Reseccion del Condilo Occipital.

Elementos Controversiales •La realización de una mastoidectomia parcial. •Grado de resección del Tubérculo Yugular. •Grado de resección de la Faceta Articular de C1 •Grado de Resección del condilo.

Grado de Resección del condilo. •El grado de resección del condilo es controversial, hay quienes hablan de una resección de 1/3 posterior, otros de 2/3 posteromediales, hay quienes realizan una resección de 6 – 8 mm, hasta lograr la apertura del canal del hipogloso, otros prefieren la condilectomia total, aunque algunos autores refieren que lo ultimo no mejora significativamente la amplitud de la exposición del área petroclivar aunque si mejora en algo la libertad quirúrgica (es decir los ángulos de trabajo), pero tiene como desventaja que puede provocar daño del hipogloso ya que hay que drilar por debajo de este, además de la inestabilidad que puede provocar, a esto hay que agregar una prolongación del tiempo quirúrgico,daño de la arteria vertebral o del bulbo de la yugular por lo que la condilectomia mayor del 50% es preferible reservarla para aquellas lesiones extradurales que envuelvan al condilo o su base de implantación radica en el, y este caso una fijación atlantoccipital debe ser realizada durante el mismo proceder.

Ventaja de la Condilectomia • Un mayor incremento en la amplitud del campo quirurgico. • Disminución de la profundidad del campo. • Mejora el Angulo de exposición. • Minimizar la retracción sobre estructuras

```
neurovasculares.
```

Grado de exposicion El grado de exposición que se gane con la reseccion del condilo depende además de las siguientes variables. •Longitud del condilo. •Longitud del agujero magno. •Distancia entre el agujero magno y el tallo cerebral. •Distorsión posterior del tallo por el tumor. •Localización de las raíces de los nervios craneales. •Localización de la unión vertebróbasilar y vertebrodural.

Posición Sentado. Decúbito lateral. Decúbito supino. ¾ prono en banco de parque, que es la posición utilizada por nosotros. Incisión de piel Insicion de adson modificada. Insicion de de Dandy modificada, que es la utilizada por nosotros. Insicion de Hero modificada. Planos Musculares M. Trapecio M. Esternocleidomastoideo

Profundos largos

M. Semiespinal capitis M. Splenius capitis M. Longisimus capitis M. SuperficialesProfundos breves M. Oblicuos capitis superiorM. Rectus capitis posterior menor M. Rectus capitis posterior mayor M. Oblicuos capitis inferior

From:
http://neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=abordaje_lateral_extremo

Last update: **2019/09/26 22:12**