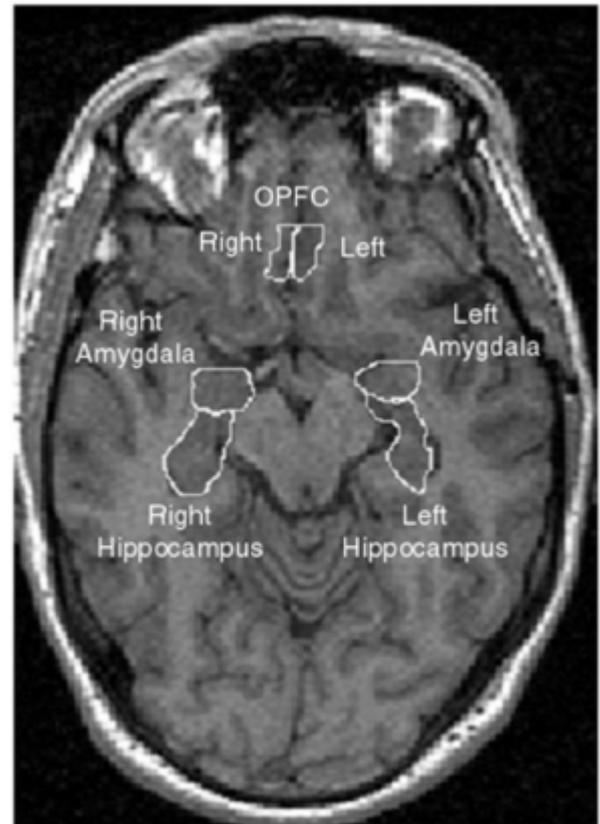


Amígdalohipocampectomía selectiva



Indicaciones

Síndrome de epilepsia del lobulo temporal mesial.

Reduce la probabilidad de crisis en comparación con la **lobectomía** temporal anterior, pero la importancia clínica de esta reducción debe ser validado por ensayos aleatorios bien diseñados. No tiene mejores resultados con respecto a la inteligencia ¹⁾

Vías de abordaje

Niemeyer fue el pionero de esta técnica, realizándola por primera vez en 1958 en Brasil.

El autor efectúa una extirpación selectiva de las **estructuras mesiales** mediante un abordaje transcortical a través de **T2**.

La incisión de 2 a 3 cm de extensión sobre el giro citado puede ser efectuada alternativamente sobre el surco temporal inferior. No obstante, debido a la frecuente ausencia de este surco en la cara lateral del lóbulo temporal, su uso en ocasiones no es posible. La disección a través del surco temporal superior puede generar el compromiso de distintos vasos arteriales. Teniendo en cuenta que T2 representa una zona limítrofe para la vascularización de la arteria cerebral media y la posterior, el abordaje a través de esta circunvolución disminuye el compromiso de estructuras vasculares con el consecuente menor riesgo de isquemia o edema. Abordado el cuerno temporal del ventrículo lateral se continúa con la resección de las estructuras mesiales con la misma técnica referida en la

lobectomía anteromesial.

Esta variante fue sometida a modificaciones por otros autores. A. Olivier en Canadá propone un abordaje a través de T1.

Transilviana

Yasargil y Wieser en Suiza realizan la modificación más moderna de la técnica, a través de un abordaje pterional logran efectuar una apertura de la cisterna silviana hasta 2 cm de la bifurcación de la arteria cerebral media. Tras incidir la aracnoides de la cisterna, se exponen los segmentos de M2 y se lleva a cabo una incisión transcortical de la porción inferior del surco circular hasta alcanzar el cuerno temporal. A continuación se resecan las estructuras mesiales con la técnica explicada anteriormente.

Proporciona un acceso adecuado a las estructuras mesiales, y permite una resección casi tan extensa como la conseguida con la lobectomía temporal anterior siendo los resultados de las convulsiones y las secuelas neuropsiquiátricas similares en ambos procedimientos (Sagher y col., 2012).

Transulcal

Abordando el ventrículo a través del surco T1-T2 es casi lo contrario. El abordaje a la amígdala es largo pero el acceso a la cola hipocampal es probablemente el mejor.

Subtemporal

Consiste en un abordaje subtemporal hasta el surco colateral desde donde se aborda el ventrículo. Es quizá la anatómicamente más selectiva, pero es más incómoda, por lo que se reserva para lesiones situadas en la parte posterobasal del lóbulo temporal que precisan una extirpación mesial asociada.

Complicaciones

Se ha asociado con vasoespasmio cerebral postoperatorio. La incidencia en la resección del lóbulo temporal es desconocida (Lackner y col., 2012).

En 26 pacientes abordados por vía subtemporal con respecto a un grupo de control transilviano. Los grupos quirúrgicos fueron agrupados por parejas en lo que respecta a las características clínicas y demográficas. Se realizaron evaluaciones de memoria y lingüísticas en pre y postoperatorio.

Ambos abordajes quirúrgicos provocaron una disminución de la memoria verbal en un grado similar. La memoria de reconocimiento verbal (más afectada por la vía transilviana izquierda), así como la memoria verbal y de imágenes (más afectada en la subtemporal).

A diferencia de las publicaciones optimistas anteriores, este estudio demuestra que la cirugía subtemporal, como la transilviana, plantea riesgos similares para la memoria verbal. Los abordajes parecen responsables del efecto de las lesiones colaterales del lóbulo temporal (von Rhein y col., 2012).

Bibliografía

Lackner, P, F Koppelstaetter, P Ploner, M Sojer, J Dobesberger, G Walser, E Schmutzhard, et al. 2012. "Cerebral Vasospasm Following Temporal Lobe Epilepsy Surgery." *Neurology* (March 21). doi:10.1212/WNL.0b013e318250d7d6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22442433>.

Sagher, Oren, Jayesh P. Thawani, Arnold B. Etame, and Diana M. Gomez-Hassan. 2012. "Seizure Outcomes and Mesial Resection Volumes Following Selective Amygdalohipocampectomy and Temporal Lobectomy." *Neurosurgical Focus* 32 (3) (March): E8. doi:10.3171/2011.12.FOCUS11342.

von Rhein, Björn, Michael Nelles, Horst Urbach, Marec Von Lehe, Johannes Schramm, and Christoph Helmstaedter. 2012. "Neuropsychological Outcome After Selective Amygdalohipocampectomy: Subtemporal Versus Transsylvian Approach." *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 83 (9) (September): 887-893. doi:10.1136/jnnp-2011-302025.

1)

Hu WH, Zhang C, Zhang K, Meng FG, Chen N, Zhang JG. Selective amygdalohipocampectomy versus anterior temporal lobectomy in the management of mesial temporal lobe epilepsy: a meta-analysis of comparative studies. *J Neurosurg*. 2013 Nov;119(5):1089-97. doi: 10.3171/2013.8.JNS121854. Epub 2013 Sep 13. PubMed PMID: 24032705.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=amigdalohipocampectomia>

Last update: **2019/09/26 22:21**

