

Revista Investigaciones Médicoquirúrgicas

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES MEDICO QUIRURGICAS

VOL.III, NUM 8, 2006

ISSN - 1025-7292

**NUMERO ESPECIAL
DEDICADO AL:**

**VIII CONGRESO NACIONAL DE
NEUROCIROGÍA**

Revista Investigaciones Médicoquirúrgicas

ORGANO OFICIAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES MEDICO QUIRURGICAS

VOL.III, NUM 8, 2006

ISSN - 1025-7292

COMITE EDITORIAL

DIRECTOR

Dr. Domingo Díaz Delgado

EDITOR JEFE

Dra. Irma Fernández Maderos

ASISTENTE DE EDICION

Lic. Ivón Howland Alvarez

COMITE DE REDACCION

Dr. Alfredo Hernández Martínez

Dr. Manuel Cepero Nogueira

Dr. José Carlos Ugarte Suárez

Dr. Alfredo Ceballos Mesa

ASESORES

Dr. Eugenio Selman Houssein

Dr. Oscar Suarez Savio

Dr. Antonio Rivero Alvisa

Dr. Gil Reyes Llerena

Dr. Alfredo Alvarez Rivero

Dr. Mario Hierro Fuentes

Dr. Rolando Wong Molina

Dr. Juan González Cansino

Dr. Héctor Vera Acosta

Dr. Ariel Soler Muñoz

Dr. Omar López Cruz

Dra. Norma Ladrón de Guevara

Dra. Gladys Castaño Alvarez

Dr. José Rivas Recaño

Dr. Nelson Rodríguez Mesa

Lic. Leyda Valdés Portela

**DISEÑO GRAFICO
Y MAQUETACION**

Alexander Blanca Pérez

FOTOGRAFIAS

Elisa Balmaseda Montero

**COMPOSICION
ELECTRONICA**

Autores

IMPRESO EN

Editorial CIMEQ

INDICE

Editorial. /3

Palabras de Bienvenida. /4

Comité Organizador. /5

Temas Oficiales. /7

Cursos Pre-Congreso. /8

Cronograma General. /12

Programa Científico. /13

Resúmenes del Congreso. /36

ISSN 1025-7292

Todos los derechos reservados. Los materiales publicados en esta revista son propiedad de la editorial y no pueden ser reproducidos, almacenados o transmitidos en ninguna forma o por ningún medio sin la autorización expresa de ésta. Al someter su manuscrito a la consideración del Consejo Editor, los autores aceptan transferir sus derechos sobre sus artículos a la Editorial, una vez que el artículo sea aprobado para su publicación.

Los puntos de vista expresados en la revista son responsabilidad exclusiva de los autores

Editorial

El esfuerzo y la tenacidad de un pequeño grupo de compañeros ha hecho posible la realización del **VIII Congreso Nacional de Neurocirugía** para beneplácito de todos los especialistas del país, que aún bajo circunstancias adversas generadas por el férreo bloqueo económico a nuestra patria, instaurado por el imperialismo norteamericano hace ya más de 47 años, e incrementado ferozmente por la pandilla nacistafascista que se apoderó ilegalmente del poder, ha sabido enfrentarse con decisión a las dificultades e ir sorteando obstáculos, con el ingenio y la creatividad que caracteriza a nuestros científicos para encontrar soluciones correctas a cada problema.

La cooperación del CIMEQ y de algunas firmas farmacéuticas y de equipos médicos han sido fundamentales para lograr este propósito, que sin duda se traducirá en beneficio para la salud de nuestro pueblo, por lo que queremos reiterarles el más sincero reconocimiento.

Llegamos a este punto con perspectivas halagüeñas para el desarrollo de la especialidad, tanto en recursos humanos como en la introducción de las tecnologías más avanzadas que existen en esta disciplina. Todo ello gracias a la preocupación constante del gobierno y el estado socialista y especialmente de nuestro Comandante en Jefe, el compañero Fidel, al cual le deseamos continúe su segura y eficaz recuperación.

El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas se regocija al recibir en sus instalaciones a los participantes en el **VIII Congreso Nacional de Neurocirugía** y les desea un fructífero y enriquecedor intercambio científico en el marco de la celebración del 50 Aniversario del Desembarco del Granma.

Prof. Domingo Díaz Delgado

Director

Revista Investigaciones Medicoquirúrgicas

Estimados Delegados:

La Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía y el Grupo Nacional de Neurocirugía se complacen en invitarle al VIII Congreso Cubano de Neurocirugía, que se realizará en Ciudad de la Habana, Cuba, del 20 al 24 de Noviembre del 2006.

Es nuestro deseo propiciar una excelente ocasión para el intercambio de experiencias y criterios entre especialistas afines a la neurocirugía y neurocirujanos, asegurando el éxito de esta reunión bianual y garantizando la hospitalidad y amistad que usted merece.

Lo esperamos

Prof. Hernan Salas Rubio
Presidente del Comité Organizador

Comité Organizador

Presidente: Dr. José H. Salas Rubio

Vicepresidente: Dr. Domingo Díaz Delgado

Secretario: Dr. Javier Figueredo Méndez

Miembros del Comité Organizador

Dr. Humberto Hernández Zayas

Dr. Ramiro Pereira Riverón

Dr. Francisco Goyenechea

Lic. Angel Luís Aquino Ávila.

Comité Científico:

Presidente: Dr. Gerardo López Flores

Vicepresidente: Dr. Armando Felipe Moran.

Secretario: Dr. Enrique de Jongh Cobo

Comisión de apoyo al comité organizador y científico.

Dr. Ramsés Fernández Melo

Dr. Orlando Cruz García

Dr. Luís Alonso Fernández

Dr. Justo González González

Dr. Iván García Maeso

Dr. Nelson Fuentes Rodríguez

Comisión de Logística

Odalys Paredes Ramírez

Osvaldo Pérez Morales

Alexander Blanca Pérez

Arnoldo Paumier

Ana Mary Monte de Oca

Lorenzo Vázquez

Rodobaldo Barroso

Auspician

Centro de Investigación Medico-Quirúrgicas

Centro Internacional de Restauración Neurológica

Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía

Grupo Nacional de Neurocirugía

Patrocinadores

Carl Zeiss

Karl Storz

Bago

TEMAS OFICIALES DEL VIII CONGRESO CUBANO DE NEUROCIRUGÍA

- 1. Controversias en enfermedad aneurismática cerebral**
- 2. Protección cerebral en el trauma craneoencefálico y en el accidente cerebrovascular**
- 3. Controversias en diagnóstico y tratamiento de las metástasis del SNC.**
- 4. Nuevos criterios en patología degenerativa de la columna cervical y lumbar**
- 5. Controversias en neuropediatría**
- 6. Tratamiento de los tumores funcionantes de hipófisis**
- 7. Tratamiento de los tumores de la base del cráneo**
- 8. Neuromodulación vs ablación en los trastornos del movimiento**
- 9. Aplicación de nuevas tecnologías**

CURSO PRE-CONGRESO ANTIBIOTICOTERAPIA EN NEUROCIRUGÍA

Coordinador: Dr. Ricardo Hodelín Tablada

Fecha: 20-21 Noviembre 2006

Sede: CIMEQ

Día 20

09.00-09.30 Inauguración.

09.30-10.00 **Tema 1:** Antibióticos. Concepto. Historia de los antibióticos en Neurocirugía.

Dr. Ricardo Hodelín Tablada.

10.00-12.00 **Tema 2:** Clasificaciones de los antibióticos. Antibióticos bacteriostáticos y bactericidas de interés en Neurocirugía. Mecanismos de acción.

Dr. Humberto Lezcano Ortiz.

12.00-01.00 Merienda

01.00-03.00 **Tema 3:** Consideraciones farmacológicas de los antibióticos en Neurocirugía. Absorción, distribución, tiempo de vida media, concentración inhibitoria mínima.

Dr. Ricardo Hodelín Tablada.

03.00-05.00 **Tema 4:** Antibióticos que atraviesan fácilmente la barrera hematoencefálica. Antibióticos que atraviesan aceptablemente la barrera hematoencefálica cuando hay inflamación meníngea. Antibióticos que no atraviesan la barrera hematoencefálica.

Dr. Humberto Lezcano Ortiz.

Día 21

09.00-10.00 **Tema 5:** Criterios para la profilaxis antibiótica en Neurocirugía. Profilaxis para Neurocirugía intracraneal y extracraneal. Aspectos de interés para el uso de antibióticos en Neurocirugía. Triada de Davis.

Dr. Ricardo Hodelín Tablada.

10.00-12.00 **Tema 6:** Efecto postantibiótico. Fenómeno metaboà lactamasa. Antibióticos recomendados en las meningitis postquirúrgicas y en el tratamiento de los abscesos cerebrales.

Dr. Ricardo Hodelín Tablada.

12.00-01.00 Merienda

01.00-02.00 **Tema 7:** Indicaciones de tratamiento antibiótico por las vías intratecal e intraventricular. Antibióticos utilizados en las diferentes parasitosis e infecciones del SNC. Antibióticos naturales en Neurocirugía.

Dr. Humberto Lezcano Ortiz.

02.00-4.00 **Tema 8:** Investigaciones recientes sobre nuevos antibióticos utilizados en Neurocirugía.

Dr. Humberto Lezcano Ortiz.

04.00-05.00 Evaluación

05.00-06.00 Cierre del curso

CURSO PRE-CONGRESO ACTUALIZACION EN NEUROENDOSCOPIA

Coordinador: Dr. Enrique de Jongh Cobo

Fecha: 21 Noviembre 2006

Sede: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Salón de conferencias.

Programa:

Durante las sesiones del curso será retransmitida una intervención neuroendoscópica en vivo desde el salón de operaciones.

- 09:00-09:15 Inauguración del Curso. Presentación de los profesores
- 09:15-09:30 Introducción. Historia de la Neuroendoscopia.
- 09:30-10:00 Anatomía endoscópica del sistema ventricular.
- 10:00-10:30 Instrumental y medios técnicos para un salón de Neuroendoscopia

- 10:30-11:00 Café

- 11:00-11:30 Tratamiento endoscópico de la hidrocefalia.
- 11:30-12:00 Neuroendoscopia en tumores intracraneales.
- 12:00-13:00 Exéresis endoscópica en tumores de la región selar y paraselares.

- 13:00-14:30 Almuerzo

- 14:30-14:45 Anestesia en Neuroendoscopia
- 14:45-15:00 Lesiones pineales y del 3er ventrículo posterior.
- 15:00-15:30 Quistes coloides.
- 15:30-16:00 Tratamiento de quistes aracnoideos y endimarios
- 16:00-16:30 Práctica neuroendoscópica en Pediatría
- 16:30-17:00 Complicaciones en la práctica neuroendoscópica.

- 17:00 Cierre del curso. Entrega de diplomas

CURSO PRE-CONGRESO ÚLTIMOS ADELANTOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS.

Fecha: 17-21 de Noviembre 2006

Sede: Hospital "Hermanos Ameijeiras"

Coordinador: Dr. Omar López Arbolay.

Programa:

DIA 17

- 09:00-10:00 Introducción. Cirugía de Región Selar.
- 10:00-11:00 Enfermedad de Cushing. Clínica, diagnóstico y tratamiento.
- 11:00-12:00 Acromegalia. Clínica, diagnóstico y tratamiento.
- 12:00-01:30 Merienda.
- 01:30-02:30 Prolactinoma. Clínica, diagnóstico y tratamiento.
- 02:30-04:00 Debate

DIA 18

- 09:00-10:00 Abordajes Transesfenoidales Microquirúrgicos.
- 10:00-12:00 Salón de operaciones. Abordaje Sublabial Transeptal Transesfenoidal
- 12:00-01:30 Merienda.
- 01:30-04:00 Discusión clínico quirúrgica de casos y de la cirugía del próximo día.

DIA 19

- 09:00-12:00 Salón de operaciones. Abordaje Transnasal Transeptal Transesfenoidal
- 12:00-01:30 Merienda.
- 01:30-04:00 Abordajes transcraneales y de base de cráneo.

DIA 20

- 09:00-10:00 Alteraciones neurooftalmológicas de los adenomas hipofisarios.
- 10:00-11:00 Alteraciones anatomopatológicas de los adenomas hipofisarios.
- 11:00-12:00 Alteraciones imagenológicas de los adenomas hipofisarios.
- 12:00-01:30 Merienda.
- 01:30-02:30 Abordajes Transesfenoidales Endoscópicos.
- 02:30-04:00 Discusión clínico quirúrgica de casos y de la cirugía del próximo día.

MARTES 21

- 09:00-12:00 Salón de operaciones. Abordaje Endonasal Transesfenoidal Endoscópico.
- 12:00-01:30 Merienda.
- 01:00-02:00 Conferencia. Ensayo Clínico, Abordaje Microquirúrgico vs. Endoscópico

- 02:00 Clausura.

CURSO PRE-CONGRESO RADIONEUROCIROGÍA CON ACELERADORES LINEALES

Coordinadores: Dr. Enrique Mendoza Santiesteban y Dr. Francisco Goyenechea

Fecha: 21 de noviembre.

Lugar: Anfiteatro policlínico Pedro Borrás.(Calle 27 esq. F Vedado. Ciudad de La Habana.)

Temas:

1. Introducción al curso.
2. Conceptos.
3. Historia.
4. Principios generales.
5. Modalidades.
6. Radiobiología.
7. Sistemas de fijación.
8. Sistemas de planeación.
9. Sistemas de colimación.
10. Indicaciones actuales.
11. Experiencia cubana.
12. Debate.

Conferencias:

1. Conceptos fundamentales e historia de la radiocirugía.
2. Principios generales y modalidades.
3. Radiobiología.
4. Tipos de LINACs. Sistemas de fijación, planeación y colimación.
5. Indicaciones actuales.
6. Experiencia cubana.
7. Polémicas actuales en radiocirugía.
8. Debate final.

CRONOGRAMA GENERAL DEL CONGRESO

Lunes 20	Martes 21	Miércoles 22	Jueves 23	Viernes 24
CURSOS	CURSOS	TEMATICAS (Neurotrauma, Funcional)	TEMATICAS (vascular y espinal)	TEMATICAS (Tumoral, Pediatría y Miscelánea)
		Enfermería Neuroquirúrgica	Enfermería Neuroquirúrgica	
		Inauguración 9:00 AM		
Neuroendoscopia Coordina: Dr. Enrique Dejongh Cobo	Neuroendoscopia (HHA)	Conferencias 9:30 AM-10:00AM	Conferencias 9:30 AM-10:00AM	Conferencias 9:30 AM-10:00AM
Antibioticoterapia Coordina: Dr. Ricardo Hodelín Tablada	Antibioticoterapia (CIMEQ)	Temas Libres 10:00-11:00AM	Temas Libres 10:00-11:00AM	Temas Libres 10:00-11:00AM
Cirugía de hipófisis Coordina: Dr. Omar López Arbolay	Cirugía de hipófisis (HHA)	Meriendas 11:00-11:25AM	Meriendas 11:00-11:25AM	Meriendas 11:00-11:25AM
	Radiocirugía Coordina: Dr. Enrique Mendoza (Policlínico: "Pedro Borrás")	Mesa redonda 11:30-1:00PM	Mesa redonda 11:30-1:00PM	Mesa redonda 11:30-1:00PM
Actividades del congreso		Temas libres 1:00-3:00pm	Temas libres 1:00-3:00pm	Temas libres 1:00-3:00pm
		Discusión de Póster 2:00-3:00pm	Discusión de Póster 2:00-3:00pm	Discusión de Póster 2:00-3:00pm
		Almuerzo 3:00pm	Almuerzo 3:00pm	Almuerzo 3:00pm
		Actividad de Bienvenida	Elecciones de la sociedad	Actividad de Clausura

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIII Congreso Cubano de Neurocirugía Jornada de Enfermería Neuroquirúrgica.

MIÉRCOLES 22

Salón: TEATRO (CIMEQ) 09.30-15:00 HRS.

Presidente. Dr. José H. Salas Rubio.

Secretario. Dr. Ramiro Pereira Riverón

09:30 hrs. Actividad cultural inicial
09:45 hrs. Palabras de bienvenida
Profesor. Dr. José Hernán Salas Rubio

Conferencias

10.00 hrs. Historia de la neurocirugía.
Dr. Francisco Goyenechea.
10:20 hrs. Shock hipovolémico, TCE y solución salina hipertónica.
Dr. José Hernán Salas Rubio
10:40 hrs. Neuroestimulación en el sistema nervioso.
Dr. Fernando Seijo. España.
11:00 hrs. Receso (Merienda).

NEUROTRAUMA.

Mesa redonda

11:30 hrs. TCE. "Nuestros problemas"
Coordinador: Dr. Ramiro Pereira Riverón.

-Los problemas de estos pacientes en la atención primaria (incluye la transportación).
Dr. Iván Arenas Rodríguez

-Los problemas con los niños.
Dr. Francisco Goyenechea Gutiérrez

-Los pacientes con TCE intermedio.
Dr. Ariel Varela Hernández

-Los pacientes adultos graves.
Dr. Ramiro Pereira Riverón

Temas libres

- 13:00 hrs. Craniectomía descompresiva profiláctica en el manejo de la hipertensión endocraneana en el TCE Severo.
Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Enf. Santiago Santos Hernández, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.
- 13:10 hrs. Hematoma subdural en la tercera edad.
Dr. Jorge A. Lerma López, Dra. Ivon González Varcancel, Dr. Gabriel Manfugas González, Dr. Esteban Roig Fabre.
- 13:20 hrs. Traumatismo craneoencefálico en el ISMM "Dr Luis Díaz Soto" Estudio de 6 años.
Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero.
- 13:30 hrs. El trauma craneoencefálico leve desde la perspectiva neuroquirúrgica.
Dr. Ariel Varela Hernández, Dr. Guillermo Pardo Camacho, D.C Guillermo Pardo Cardoso, Enf. Gissell Camacho Domínguez.
- 13:40 hrs. Trauma craneoencefálico menor o moderado.
Dr. Denis Suárez Monné, Dr. Isael Olazábal Armas.
- 13:50 hrs. Resultados en el tratamiento del TCE. grave en nuestro medio.
Dr. Suez Oramas Mingo, Dr Ramiro Pereira Riverón, Estudiante. Manuel Bravo.
- 14:00 hrs. Estudio comparativo de 2 series de traumatismo craneoencefalico, acorde a nueva guía de conducta neuroquirúrgica.
Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. José A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dra. Cecilia Cañizares Marrero.
- 14:10 hrs. Fracturas deprimidas de Cráneo en Ping Pong. Levantamiento por Aspiración.
Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Luís Alonso Fernández, Dr. Manuel Díaz Álvarez.
- 14:20 hrs. Empleo del método de Luque. Resultados en el trauma raquimedular.
Dr. Norbery J. Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Pablo Pérez la O, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. José A. Prince López.
- 14:30 hrs. Discusión
- 15:00 hrs. Almuerzo. Actividad de bienvenida.

POSTER. (09.30-15:00 HRS.)

NEUROTRAUMA.

Presidente. Dr. Armando Felipe Moran.

Secretario. Dr. Angel J. Lacerda Gallardo.

1. Resultados quirúrgicos comparativos entre especialistas y residentes en la fractura deprimida de cráneo.

Autores: Dr. Ernesto Piñón Fiallo, Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Norbery Rodríguez De La Paz, Dr. José Antonio Prince López, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez

2. Tratamiento conservador de hematomas epidurales agudos traumáticos.

Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Mario Somber González, Dr. José Prince López, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Pablo Pérez La O.

3. Resultados del tratamiento neuroquirúrgico de urgencia. Estudio en 6 años.

Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Dr. Pablo Pérez La O.

4. Neuroprotección en cuidados intensivos.

Dra. Caridad Soler Morejón.

Salón: AULA (CIREN) 11:30-15:00 hrs.

FUNCIONAL.

Presidente. Dr. Fernando Seijo.

Secretario. Dr. Raúl Macias.

Mesa redonda.

11:30 hrs. Tratamiento quirúrgico del dolor crónico en neurocirugía.

Coordinador. Dr. Fernando Seijo.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. España.

- Indicaciones y resultados de neuroestimulación sobre el SNC. 20 años de experiencia.
Dr. Fernando Seijo. (España)

- Termocoagulación facetaria en el tratamiento del dolor lumbar.
Dr. Manolo Moscoso. (México)

- Dolor Lumbar, enfoque desde una unidad de tratamiento del dolor.
Dr. Pedro Benítez. (Cuba).

- Termocoagulación del ganglio de Gasser en la neuralgia trigeminal.
Dr. Eduardo Martines Suárez. (Cuba).

- Microcompresión del ganglio de Gasser con balón catéter: Método alternativo y económico en el tratamiento de la Neuralgia Trigeminal.
Dra. Ivón González Valcárcel. (Cuba)

- Experiencia en la descompresión vascular de la Neuralgia del Trigémino.
Dr. Diego Antonio Guerra Sierra. (Cuba).

Temas libres.

12:40 hrs. Electroterapia combinada con otros Agentes Físicos en el Dolor de Espalda Bajo.
Dra. Yamilé M. López Pérez, Dr. Arnaldo Gómez Lotti, Dra. Tania Bravo Acosta.

12:50 hrs. Craneotomía con el paciente despierto. Vigencia actual.
Dr. Suez Oramas Mingo, Dr. Gabriel Manfugaz, Dr. Manuel Bravo.

13:00 hrs. Estimulación cerebral profunda en la Enfermedad de Parkinson. 10 años de experiencia.
Dr. Fernando Seijo. (España).

13:20 hrs. Cirugía de los trastornos del movimiento dos nuevos dilemas: lesión vs estimulación, sistemas estereotácticos vs neuronavegación.
Dr. Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramses Fernández Melo, Dr. Raul Macias, Dr Lazaro Alvarez, Dr. Orlando Cruz Garcia, Dr Iosmill Morales, Dra Margarita Sanchez, Lic Angel Luis Aquino.

- 13:40 hrs. Palidotomía posteroventral bilateral en niños con distonias generalizadas. Primera experiencia cubana
Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Carlos Maragoto, Dr. Héctor Vera, Dr. Arnaldo Gómez, Dr. Orlando Cruz, Dr. Raúl Macías, Lic. Juan Teijeiro Amador, Dr. Lázaro Álvarez.
- 14.00 hrs. Lobectomía temporal en el tratamiento de la epilepsia refractaria por esclerosis mesial.
Iván García Maeso. Juan E. Bender, Lilia Morales Chacon, Margarita Báez, Lourdes Lorigado Pedre, Bárbara Estupiñán, Maria Eugenia García, Carlos Sánchez Catasús, Rolando Palmero.
- 14:20 hrs. Neurocirugía guiada por imagen. BrainSuite. BrainLab
Sr. Carsten Sumerfelt. Alemania.
- 14:40 hrs. Discusión.
- 15:00 hrs. Almuerzo

POSTER. (09.30-15:00 HRS.)

FUNCIONAL

Presidente. Dr. Eduardo Martínez Suárez

Secretario. Dra. Ivón González Valcárcel

1. Sedación consciente en la cirugía funcional del Parkinson.
Dr. Arnaldo Gómez Lotti, Dra. Yamilé López Pérez, Dra. Tania Bravo Acosta, Lic. Julio Delgado Malagón.
2. Comparar la técnica de termolesión por radiofrecuencia y la de compresión por balón catéter de Fogarty.
Dra. Isabel Echevarría Frutos, Dra. Melba A. Avila Estévez
3. Evaluación topográfica de las lesiones estereotácticas en el núcleo subtalámico utilizando imágenes de Resonancia Magnética Nuclear.
Dres. Rafael Rodríguez Rojas, Maylén Carballo Barreda, Nancy Pavón, Lázaro Álvarez, Gerardo López, Raúl Macías.
4. Microdescompresión vascular en la neuralgia del Trigémino. Holguín 2002- 2006.
Dr. Carlos L. Pérez Rodríguez, Dr. Boris Leyva López, Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro A. Domínguez Jiménez, Dr. Pablo Vivar Bauzá

JUEVES 23

Salón: TEATRO CIMEQ (09.30-15:00 HRS.)

VASCULAR

Presidente. Dr. Humberto Hernández Zayas.

Secretario. Dr. Justo L González González.

Conferencia

09:30 hrs. Avances en tratamiento endovascular de aneurismas cerebrales.
Dr. Alberto Gil, Hospital Universitario Central de Asturias. (España).

10:00 hrs. Nuevos materiales para la embolización de las MAV. ONIX.
Dr. Alberto Gil, Hospital Universitario Central de Asturias. (España).

Temas libres

10:30 hrs. Cirugía Endovascular Cerebral.
Dr. Jorge A. Lerma López, Dr. Jorge Vázquez Rebollar.

10:40 hrs. Resección Guiada de las MAVs Cerebrales.
Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. José Jordán González, Dr. Eduardo Fermín Morales, Dra. Barbara Estupiñan Diaz, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sanchez, Lic. Janett Benavides Barbosa.

10:50 hrs. Uso de Simvastatina en la Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (SimvaSTatin in Aneurismal Subarachnoid Haemorrhage -STASH-)
Dra. Caridad Soler Morejón.

11:00 hrs. Merienda.

Mesa redonda

11:30 hrs. Controversias en cirugía aneurismática.
Coordinador: Dr. Hernández Zayas y Dr. Javier Figueredo Méndez

Temáticas:

- Aneurismas incidentales
- Cirugía abierta vs cirugía endovascular
- Diferentes vías de abordaje en la cirugía abierta
- Momento quirúrgico
- Aneurismas paraclinoideos
- La cirugía vascular en el anciano
- Cuando y como se comienza a realizar la cirugía vascular

Temas libres

- 12:45 hrs. Resultados de la cirugía de los Aneurismas Intracraneanos. Estudio de 7 años.
Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. José A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Pablo Pérez la O.
- 12:55 hrs. Resultados Quirúrgicos de los Aneurismas Intracraneales en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente. “Dr. Miguel Enríquez”.
Dr. Diego Antonio Guerra Sierra, Dr. Jorge Seino, Dr. Juvenal Trasancos.
- 13:05 hrs. Cirugía de aneurismas intracraneales de la circulación anterior. Estado actual del conocimiento basado en evidencia. Resultados en la provincia de Ciego de Ávila.
Dr. Angel J. Lacerda-Gallardo, Dra. Daisy Abreu-Pérez, Dr. Oilén Hernández Guerra, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Enf. Santiago Santos Hernández.
- 13:15 hrs. Resultados en la cirugía vascular aneurismática . Presentación de una serie.
Dr. Suez Oramas Mingo, Alumno Manuel Bravo, Dr. Gabriel Manfugaz.
- 13:25 hrs. Factores que inciden sobre los resultados del tratamiento quirúrgico en aneurismas de la arteria cerebral media. Hospital Hermanos Ameijeiras, 1983-2004.
Dr. Justo L González González, Dr. Humberto Hernández Zayas, Dra. Elizabet Brown Jaquinet, Dr. Enrique de Jongh Cobo.
- 13:35 hrs. Estudio de pacientes con diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea espontánea, en un período de cinco años en el HMC “Carlos J. Finlay”.
Dr. Ivey González Orlando, Dr. Jorge Rojas Manresa, Dr. Victor Duboy Limonta.
- 13:45 hrs. Enfermedad vascular hemorrágica y embarazo.
Dr. Jorge A. Lerma López, Dra. Ivon González Varcancel, Dr. Silvio Batista, Dr. Gabriel Manfugas González, Dr. Ramón Perdomo.
- 13: 55 hrs. Tratamiento de las embarazadas y púerperas con Hemorragias Intracerebrales
Dr. José A. Prince López, Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Pablo Pérez la O.
- 14:05 hrs. Empleo del clorhidrato de ketamina a bajas dosis durante el presillamiento de los aneurismas intracraneales. Ensayo clínico.
Dra. Som My Benítez Tang.
- 14:15 hrs. Discusión.

- 14: 30 hrs. Análisis basado en la evidencia de la cirugía en hemorragias intracerebrales espontáneas lobares. Nuestros resultados.
Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Oilén Hernández Guerra, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Enf. Santiago Santos Hernández.
- 14:40 hrs. Asociación de meningioma intracraneal y malformación arteriovenosa.
Dra. Margarita Elena Sánchez Padín, Dr. Iosmil Morales Pérez, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Arnaldo Gómez, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores.
- 14:50 hrs. Angiomas Cavernosos complejos.
Dr. Gerardo Lopez Flores, Dr. Orlando Cruz Garcia, Dr. Ramses Fernández Melo, Dr Iosmill Morales, Dra Margarita Sanchez, Lic Angel Luis Aquino.
- 15:00 hrs. Discusión.
- 15:10 hrs. Almuerzo.

POSTER. (09.30-15:00 HRS.)

VASCULAR

Presidente. Dr. Iván Arenas Rodríguez

Secretario. Dr. Suez Oramas Mingo

1. Cirugía de aneurismas intracraneales rotos asociados con infarto cerebral. Nuestros resultados. Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Ángel J. Lacerda-Gallardo, Dra. Daisy Abreu-Pérez, Enf. Santiago Santos Hernández.
2. Craniectomía descompresiva en infartos cerebrales malignos. Reporte de 4 casos. Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Endry Rodríguez Castro, Dra. Daisy Abreu Pérez.
3. Aneurismas Intracraneales Complejos. Resultados Quirúrgicos. Holguín 2002-2006
Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Julio C. Selva Infante.

Salón: AULA CIREN (09.30-15:00 HRS.)

ESPINAL

Presidente. Dr. Guillermo Clará Morell

Secretario. Dr. William Dejongh Peri

Conferencia

09:30 hrs. Artrodesis lumbar circunferencial minimamente invasiva, ventajas e inconvenientes. Nuestra experiencia".
Dr. José Maria Torres. Hospital Universitario Central de Asturias, España.

Temas Libres

- 10:00 hrs. Cirugía lumbar por vía anterior. Tóracofrenolaparotomía vs. Laparotomía.
Dr. Guillermo Clará Morell, Dr. Pedro García Alfonso, Dr. Idel Pérez González.
- 10:15 hrs. Fijación interapofisaria translaminar percutánea. Una opción quirúrgica en la espondilolistesis lumbar ístmica.
Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.
- 10:30 hrs. Fijación Transpedicular. Técnica y resultados en 43 pacientes.
Dr. Diego A Guerra Sierra, Dr. Jorge Seino. Dr. Carlos Acosta. Reina Regla Orbera Bouza.
- 10:45 hrs. Manejo Mínimo Invasivo de las Cervicobraquialgias.
Dr. Manuel Eduardo Soto.
- 11:00 hrs. Merienda
- 11:30 hrs. Fijación de la fractura del proceso odontoides del axis mediante tornillo transaxial: Reporte de un nuevo caso. Cronología de reporte de casos en Cuba.
Dr. José Ramón Tejera del Valle.
- 11:45 hrs. Fijación percutánea en fracturas de odontoides.
Drs. Enrique de Jongh, Ramiro Pereira, Armando Felipe, Norbery Rodríguez, Juan Carlos Bermejo.
- 12:00 hrs. Consideraciones actuales en el Tratamiento de las Fracturas de Columna.
Dr. Rene Rubino.
- 12:20 hrs. Aplicación de la anestesia local con sedación en la cirugía de la hernia discal cervical. Nuestros resultados.
Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A Díaz Agramonte, Dr. Oilen Hernández Guerra, Dr. Noel Pérez Pérez.

- 12:35 hrs. Fusión con cajuela de Metacrilato de Metilo e Hidroxiapatita en el tratamiento de la hernia discal cervical.
Dr. Jorge Seino González, Dr. Carlos Acosta Rivas, Dr. Onel Hernández Martínez, Dr. Orbes Luis López Trujillo, Dr. Andrés Vázquez Cruz.
- 12:55 hrs. Implantes en la columna cervical baja con hidroxiapatita.
Dra. Susana A. Fernández Benítez, Dr. Ramiro Pereira Riveron.
- 13:10 hrs. Estudio de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la mielopatía espondilótica cervical por vía anterior y posterior
Dr. Reinel Alcides Junco Martín, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel, Dr. Federico Córdova Armengol, Dr. Victor Duboy Limonta, Dr. Jorge Luis Rojas Manresa, Dr. Ivey González Orlando.
- 13:30 hrs. Discusión
- 13:50 hrs. Síndrome de espalda fallida. Reflexiones.
Dr. Guillermo Clará Morell.
- 14:10 hrs. Análisis Retrospectivo del Síndrome de Cirugía Fallida en ISMM. Dr. Luís Díaz Soto.
Dr. Pablo Pérez La O, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Lic. Teresa La Rosa Chivas.
- 14:30 hrs. Discusión.
- 15:00 hrs. Almuerzo.

POSTER. (09.30-15:00 HRS)

ESPINAL

Presidente. Dra. Susana A. Fernández Benítez.

Secretario. Dr. Diego Guerra Sierra.

1. Resultados del tratamiento microquirúrgico de la discopatía lumbar. Experiencia de 20 años.
Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.
2. Síndrome cola de caballo en discopatía lumbar. Experiencia de 20 años.
Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.
3. Discopatía Lumbar doble. Experiencia de 20 años.
Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.
4. Síndrome de cirugía fallida lumbar. Experiencia de 20 años.
Autores: Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.
5. Estabilización quirúrgica por vía anterior en luxofracturas cervicales 17 años de trabajo en Holguín.
Dr. Salvatore Augello Díaz, Dr. Boris Leyva López, Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Julio C. Selva Infante, Dra. Tania M. Cruz Hernández.
6. Fijación transaxial odontoidea, en las fracturas de columna cervical alta. Holguín 2002-2006
Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Salvatore Augello Díaz
7. Abordaje extracavitario a la columna dorsal y lumbar. Holguín 2002-2006
Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza
8. Protocolo de manejo de la enfermedad degenerativa del raquis en el adulto mayor.
Dra. Gretel Mosquera Betancourt, Dr. Sergio Vega Basulto, Dr. Sergio Silva Adan, Dr. Ariel Varela Hernández, Dr. Isael Olazabal Armas.

VIERNES 24

Salón: TEATRO CIMEQ (09.30-15:00 HRS.)

TUMORAL

Presidente. Dr. Domingo Díaz Delgado

Secretario. Dr. Gerardo López Flores

Conferencias, Temas Libres y Videos

- 9:30 hrs. Comportamiento de las metástasis cerebrales en Camagüey. Estudio de 2 años
Dr. Miguel Domínguez Nápoles.
- 9:40 hrs. Radioinmunoterapia en pacientes con tumores astrocitario de alto grado de malignidad, utilizando el radioinmunoconjugado Acm H-R3 - 188re. Presentación del ensayo clínico, fase II.
Dr. Gerardo López Flores, Dr. Angel Casacó Parada, Dr. Ramses Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Miguel José Puig Fernández, Dra. Tania Crombet Ramos, Dra. Barbara Estupiñán, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sánchez, Dr. Arnaldo Gomes, Lic. Rafael Rodríguez.
- 9:50 Hrs. Mortalidad por craneotomías de los tumores cerebrales malignos.
Dra. María Teresa Solomon Cardona
- 10:00 Hrs. Inmunobiología de los Gliomas.
Dra. Silvia Salva Camaño.
- 10:10 Hrs. Gliomatosis Cerebri: Presentación de un caso y revisión de la literatura.
Dra. Silvia Salva Camaño, Dr. Juan Eduardo Martínez Suárez, Dr. David Cubero Rego
- 10:20 Hrs. Terapia inmunológica en los gliomas de alto grado de malignidad.
Dr. Javier Figueredo Méndez
- 10:40 Hrs. Otra opción contra el cáncer del cerebro
Dr. Julio Cesar Selva Infante, Dra. Tania Cruz Hernández, Lic Carlos Pupo Palma
- 10:50 Hrs. Discusión
- 11:00 Hrs. Merienda
- 11:30 Hrs. Mesa Redonda: Actualidad en tumores cerebrales de origen Glial.
Coordina: Dra. Silvia Salva Camaño.

- 12:30 Hrs. Anestesia endovenosa total con y sin Ketamina, durante el abordaje de la fosa posterior para la resección de los Neurinomas del acústico. Ensayo Clínico.
Dra. Som My Benítez Tang.
- 12:40 Hrs. Conservación del facial en la cirugía de los Schwannomas Vestibulares
Dr. Orlando Cruz Garcia, Drc. Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Iosmill Morales Pérez.
- 13:00 Hrs. Schwannoma Vestibular. Abordaje Translaberíntico. A Propósito de un caso.
Dr. Ulises Rodríguez Morales, Dr. Humberto Hernández Zayas, Dr. Armando Rodríguez, Dr. Nelson Jeroy Amador
- 13:10 Hrs. Neurofibromatosis tipo-2 con Shwannomas vestibulares bilaterales. Presentación de un caso. (Video)
Dr. Iosmill Morales Pérez, Dra. Margarita Sanchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Drc. Gerardo López Flores.
- 13:20 Hrs. Lipomas del angulo pontocerebeloso: Caso clínico y revisión de la literatura
Dr. Francisco Santorcuato Fuentes, Dr. Ricardo Rojas Valdivia, Dr. Marcelo Castro Guerrero, Dr. Vladimir Kraudy Medina, Dr. Teobaldo Méndez Ortega, Dr. Patricio Muñoz Vargas. (Chile)
- 13:30 Hrs. Abordajes laterales a lesiones craneobasales.
Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Pedro Pablo Morales Hechavarría, Dr. Nicolás Monzón Fernández, Dr. Nelido González Fernández, Dr. Julio César Gálvez Chávez, Dr. Roxana Morales Tirado.
- 13:40 Hrs. Impacto de la imagen en la cirugía de las lesiones de la base craneal.
Dr. Orlando Cruz Garcia, Drc. Gerardo López Flores, Dr. Ramsés Fernandez Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Iosmill Morales Pérez
- 13:50 Hrs. Cirugía craneofacial combinada en tumores de la fosa craneal anterior.
Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Nérido González Fernández, Dr. Justo González González, Dr. Enrique de Jongh Cobo.
- 14:00 Hrs. Discusión
- 14:10 Hrs. Meningiomas de la base del cráneo
Drc. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Iosmill Morales Perez, Dr. Miguel Jose Puig Fernandez, Dra. Margarita Sánchez, Lic. Angel Luís Aquino, Dr. Domingo Díaz Delgado
- 14:30 Hrs. Meningiomas no basales. Nuestra experiencia en 5 años.
Dr. Ramsés Fernández Melo, Drc. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz, Dr. Iosmill Morales Perez, Dr. Margarita Sanchez, Dr. Arnaldo Gomez, Lic. Janett Benavides Barbosa, Lic. Antonio Villa, Lic. Angel Luís Aquino

- 14:40 Hrs. Craneofaringioma sólido del adulto. Presentación de un caso. (Video)
Dra. Margarita Elena Sánchez Padín, Dr. Iosmill Morales Pérez, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Arnaldo Gómez, Drc. Gerardo López Flores
- 14:50 Hrs. Variantes quirúrgicas de tratamiento en las lesiones de la unión craneoespinal.
Dra. Ivón González Valcárcel, Dr. Esteban Roig Fabré, Dr. Jorge Lerma López, Dr. Asley Obregón Marín
- 15:00 Hrs. Ependimomas intrarraquídeos Resultados con la Microcirugía.
Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. José A. Prince López, Dr. Pablo Pérez la O.
- 15:10 Hrs Tumores intrarraquídeos. Resultados quirúrgicos de 6 años
Dr. José A. Prince López, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Pablo Pérez la O.
- 15:20 Hrs. Tumores cerebrales supra e infratentoriales. Resultados quirúrgicos en el Hospital General Calixto García en los últimos 2 años.
Dra. María Teresa Solomon Cardona, Dr. Suez Oramas Mingo.
- 15:30. hrs. Uso del anticuerpo monoclonal Hr3 en el tratamiento de los pacientes con Astrocitomas de alto grado de malignidad. Presentación preliminar de Ensayo Clínico.
Dra. María Teresa Solomon Cardona

POSTER. (09.30-15:00 HRS.)

TUMORAL

Presidente. Dr. Javier Figueredo Mendez.

Secretario. Dr. Silvia Salva Camaño.

1. Abordaje por Craniotomía Subfrontal combinado con Transesfenoidal Endoscópico de un paciente con Adenoma gigante de Hipófisis. Reporte de un caso.

Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Omar López Arbolay, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Pablo Pérez La O

2. Ependimoma Intrarraquideo Extenso. Presentación de un caso

Dr. Juan Rafael Rivero Torres, Dr. Gerardo Téllez Camayo, Dra. Fabiola Suárez Álvarez, Dra. Yamile Toledo Díaz.

3. Meduloblastoma del cerebelo en el adulto, estudio de 20 años.

Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel, Dr. Armando Rodríguez Fuentes.

4. Meduloblastoma del cerebelo, Estudio comparativo entre niños y adultos en un período de 25 años.

Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dra. Raiza Herrera Rodríguez, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel

5. Neuralgia Trigeminal y Hemiespasma facial contralateral en un paciente con un Meningioma Petroclival. Reporte de un caso.

Dra. Silvia Noema Salva Camaño, Dr. Juan Eduardo Martínez Suárez, Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Edier Garcia Garcia

6. Neurofibromas Espinales operados en un período de 15 años. Resultados Quirúrgicos

Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Pablo Pérez La O, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Dra. Sandra Igarza

7. Neurofibromatosis Tipo I y Neurofibromas Espinales. Presentación de un caso.

Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Jose A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez De La Paz, Dr. Armando Felipe Moran, Dra. Sandra Igarza

8. Sparganosis Cerebral en Cuba. Reporte de un caso.

Dr. Mauricio Fernández Alban, Dr. Iván García Maeso, Dr. Javier Figueredo Méndez, Dr. Alejandro Mesa, Dr. Iván Rodríguez Cortina, Dr. Carlos Alfonso Sabatier, M.Sc C. Rafael Rodríguez.

9. Tumores Cerebrales. Nuestra Experiencia.

Dr. Julio Díaz Agramonte, Dr. Angel Lacerda Gallardo, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Juan Imbert Palmero, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.

10. Lesiones menos frecuentes en la base del cráneo.

Dr. Orlando Cruz García, Drc. Gerardo López Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Iosmill Morales Perez, Dra Barbara Estupiñán, Dr. Miguel José Puig Fernández, Dra. Margarita Sánchez, Lic. Angel Luís Aquino, Dr. Domingo Díaz Delgado.

11. Abordajes quirúrgicos a tumores de base de cráneo. Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.
Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Julio C. Selva Infante, Dr. Pablo Vivar Bauza

12. Abordaje transoral a los tumores del Clivus y OsOdontoideo. Resultados quirúrgicos. Holguín 2002-2006.
Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dra. Tania M. Cruz Hernández, Dr. Pablo Vivar Bauza.

13. Vía Combinada Transcraneal-Traseptoesfenoidal en los tumores de la región Sellar.
Dr. Pedro A Domínguez Jiménez, Dr. Orestes R López Piloto, Dr. Carlos L Pérez. Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Boris Leyva López.

14. Craneofaringiomas tratados con procedimientos estereotacticos.
Dra. Melba A. Avila Estevez, Dra. Isabel Echevarria Frutos, Dra. Silvia Salva Camacho.

Salón: AULA CIREN (09.30-15:00 HRS.)

MISCELANEA

Presidente. Dr. Francisco Goyenechea

Secretario. Dr. Enrique de Jongh Cobo

Conferencias, Temas Libres y Videos

- 09:30 hrs. Terapía estereotáctica intracavitaria con Bleomicina en los craneofaringiomas quísticos recidivantes pediátricos
Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Luís Alonso Fernández, Drc. Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo
- 09:40 hrs. Plagiocefalia Parieto-Occipital Izquierda. Craneoplastia por transposición ósea y morcelación craneal posterior. (Video)
Dr. Luis Alonso Fernández, Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Dadonil Vila Morales, Ing. Pavel Suárez Antelo.
- 09:50 hrs. Derivación Ventrículo-Vesícula Biliar. Una opción de tratamiento en la Hidrocefalia
Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Luis Alonso Fernández, Dra. Ana Rosa Martínez Millares
- 10:00 hrs. Aneurismas intracraneales en la infancia.
Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel, Dra. Melba Ávila Estevez, Dr. Reynel Junco Martinez, Dra. Mariela Infante Pérez.
- 10:10 hrs. ¿Es la Tricotomía necesaria en la práctica neuroquirúrgica habitual? : Experiencia preliminar del Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago-Chile.
Dr. Francisco Santorcuato Fuentes, Dr. Ricardo Rojas Valdivia, Dr. Marcelo Castro Guerrero, Dr. Vladimir Kraudy Medina, Dr. Teobaldo Méndez Ortega, Dr. Patricio Muñoz Vargas. (Chile)
- 10:20 hrs. Estudio del uso de antimicrobiano en el paciente neuroquirúrgico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital CIMEQ del 2000 al 2005.
Dra. Marbelia Iglesias González, Dr. Luís Orlando Molina, Dr. Emi Hernández, Dr. Rodolfo Martines.
- 10:30 hrs. Abordaje neuroendoscópico combinado de los tumores pineales complicado con Hidrocefalia. Reporte de un caso.
Dr. Iosmill Morales Pérez, Dra. Margarita Sánchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores
- 10:40 hrs. Ventriculostomía Látero-Cuadrigeminal Endoscópica. Una alternativa de tratamiento para la Hidrocefalia no comunicante
Dres. Enrique de Jongh, Felicia Montes de Oca, Justo González, Omar López, Néstor Pulido

- 10:50 hrs. Discusión
- 11:00 hrs. Merienda
- 11:30 hrs. Resultados de la aplicación del tratamiento endoscópico en patologías neuroquirúrgicas en la Provincia de Pinar del Río.
Dra. Odalys Hernández León, Dr. Juan C. Bermejo Sánchez, Dr. Raúl Pérez Falero, Dr. Iván Arenas Rodríguez, Dr. Sergio Márquez Romero, Dr. Reinaldo Pérez de la Cruz, Dra. Olga L. Rodríguez Villalonga, Dr. Orlando Moreno Núñez
- 11:50 hrs. Neuroendoscopia Pediátrica. Análisis preliminar de los primeros 80 casos
Dr. Luís Alonso Fernández, Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Enrique de Jongh Cobo.
- 12:10 hrs. Neuroendoscopia en el tratamiento de la Hidrocefalia y lesiones Intracraneales.
Enrique de Jongh, Felicia Montes de Oca, Justo González, Omar López, Luis Alonso, Ramiro Pereira
- 12:30 hrs Tratamiento endoscópico de la hidrocefalia.
Dr. Alvaro Córdova. (Uruguay)
- 12:50 hrs. Discusión
- 13:10 hrs. Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región Selar. Ensayo Clínico
DrC. Omar López Arbolay, Dr. Justo González González, Dr. Nedel Valdés Lorenzo
- 13:30 hrs. Cirugía endonasal endoscópica en Adenomas Hipofisarios. Opción del futuro
Drc. Omar López Arbolay, Dr. Justo González González, Dr. Nedel Valdés Lorenzo
- 13:50 hrs. Abordajes Transesfenoidales: Primera opción para lesiones de región Selar con criterio quirúrgico
DrC. Omar López Arbolay, Dr. Justo L. González González, Dr. Nedel Valdés Lorenzo.
- 14:10 hrs. Abordaje transnasal endoscópico para las lesiones de la Hipófisis
Dr. Asley Obregón Marín, Dra. Ivón González Valcárcel, Dr. Adolfo Hidalgo, Dr. Esteban Roig Fabré
- 14:30 hrs. Discusión
- 14:40 hrs. Cirugía guiada con anillo una solución alternativa a la neuronavegación.
Dra. Margarita Sánchez, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Ramses Fernadez Melo, Dr. Orlando Cruz, Dr. Iosmill Morales, Dr. Rafael Rodriguez, Dr Maylen Carballo, Dra. Bárbara Estupiñán.
- 14:50 hrs. Equipos para el aseguramiento del éxito en la microneurocirugía».
Lic. Alejandro Moreno Ibarra (Carl Zeiss)
- 15:10 hrs. Almuerzo.

POSTER. (09.30-15:00 HRS.)

MISCELANEA

Presidente. Dra. Tania Leyva Mastrapa

Secretario. Dr. José Montejo Montejo.

1. Craniectomía descompresiva como manejo inicial de la hipertensión endocraneana en el TCE grave en pediatría. Reporte de 5 casos.

Dra. Daisy Abreu Perez, Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.

2. Meningocele intrasacro oculto en edades avanzadas de la vida. Presentación de un caso.

Dra. Odalys Hernández León, Dr. Juan C. Bermejo Sánchez, Dr. Orlando Moreno Núñez, Dr. Raúl Pérez Falero.

3. Tratamiento Neuroendoscópico en la Ventriculomegalia de larga evolución del adulto. Presentación de un Caso.

Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Miguel Puig Fernández, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sánchez, Lic. Janett Benavides Barbosa.

4. Neuroendoscopia en la hidrocefalia complicada. Presentación de un caso

Dr. Iosmill Morales Perez, Dra. Margarita Sánchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramses Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores.

5. Controversias: Neuroendoscopia a manos libres y con apoyo Estereotáctico.

Dr. Julio Cesar Selva Infante, Dr. Boris Leyva Veja

6. Malformación arteriovenosa intraventricular como causa de Hidrocefalia.

Dr. José Montejo Montejo, Dr. Fredy Guillermo Gutiérrez Muñoz

7. Cirugía Transeptoefenoidal a las patologías de la región Selar en Camaguey

Dr. Miguel Domínguez Nápoles.

8. Hemorragia Intraventricular. Manejo neuroquirurgico en la Provincia Granma

Dr. Víctor M Pérez Blanco, Dra. Gisela De La Caridad Pérez Abal.

9. Efectos de la PEEP sobre la PIC y la hemodinamia cerebral en pacientes neurocríticos no traumáticos ventilados. Reporte de 5 casos.

Autores: Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Anelyn Robaina Lujan, Dra. Endry Rodríguez Castro.

Jornada de Enfermería Neuroquirúrgica.

Miércoles 22

Salón: AULA CIMEQ (09.30-15:00 HRS.)

Temas Libres

- 09:30-10:00 Atención de enfermería ante pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, en nuestro servicio.
Enf. Danaisy Galvez Cárdenas,,Enf. Oneida Jay Kindelán, Enf. Esther C. de la Torre Gamboa, Enf. Graciela Pedroso Oviedo.
- 10:00-10:30 Incidencia de las infecciones intrahospitalarias en el servicio de neurocirugía del Centro Internacional de Restauración Neurológica.
Lic. Delaray García Domínguez, Lic. Yaima Quintero Fundora, Lic. Janett Benavides Barbosa, Enf. Esp. Orlando Bravo Hernández
- 10:30-11:00 Rol del enfermero instrumentista en la cirugía de los meningiomas.
Lic. Antonio D. Villa Juárez, Lic. Ángel Luis Aquino, Lic. Jorge Luis Herrera
- 11:00-11:30 Merienda

Mesa Redonda

- 11:30-12:00 Epiduroscopia y espalda fallida.
Lic Yordanka González Guerra, Lic. Angel Luis Aquino, Lic Haymee Rodríguez, Dr. Pedro Pablo Benítez Núñez. CIMEQ-CIREN

Temas Libres

- 12:00-12:30 Dispositivos alternativos en la vía aérea del paciente
Lics. Mikel Calzadilla Valido, Odalis García Laurencio, Dr. Omar López Cruz
- 12:30-13:00 Cuidados integrales de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de epilepsia.
Lic. Janett Benavides Barbosa, Lic. Delaray García Domínguez, Lic. Ariagna Díaz González, Lic. Ivet González Páez, Lic. Liuba Rodríguez Quesada
- 13:00-13:30 Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica desde la perspectiva del P.A.E.
Lic. Misleidys Ronquillo Páez, Lic. Yorkenia de Piña García.
- 13:30-14:00 Técnicas manuales de la Medicina Tradicional y Natural en el paciente Hemipléjico para su rehabilitación.
Lic. Miriam Borrayo Martínez, Lic. Virginia Díaz Gil , Enf. Marisol González Palomino, Dra. Joaquina Gómez
- 14:00 hrs. Discusión.

Jueves 23

Salón: AULA CIMEQ (09.30-15:00 HRS.)

Temas Libres

09:30-10:00 Hernia discal lumbar, manejo neuroquirúrgico por el personal de enfermería.
Lic. Alberto Galiano, Lic. Gisela Aval Peña, Dr. Victor Manuel Pérez Blanco

Mesa Redonda

10:00-10:30 Enfermería quirúrgica en la Discopatía Lumbar
Enf Esp. Zoila Hdez, Lic Miguel Eduardo Bosch, Lic Sara Moreira Chirino, Lic. Tania Bobadilla Ortega, Dr. Willian D"Jongh.

10:30-11:00 Bioseguridad en las salas de operaciones.
Lic. Angel Luis Aquino Ávila, Lic. Julio Cesar Delgado.

11:00 hrs. Merienda

11:30-12:00 Resultados del tratamiento quirúrgico de tumores cerebrales mediante cirugía Estereotáctica.
Intervenciones de enfermería
Lic. Miriam Borrayo Martínez, Lic. Teresa La Rosa Chibás, Lic. Delvis Rodríguez Cuelez,
Dr. Nelson Quintanal Cordero

12:00-12:30 Cirugía estereotáctica y enfermería
Lic. Ángel Luis Aquino Ávila, Lic. Antonio Villa.

12:30 hrs. Discusión.

RESUMENES DEL CONGRESO

TRAUMA

1- Craniectomía descompresiva profiláctica en el manejo de la hipertensión endocraneana en el TCE Severo.

Autores: Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Enf. Santiago Santos Hernández, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.
Institución: Hospital General Docente de Morón. Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: A pesar del desarrollo alcanzado por las UCIs en las últimas décadas, el diseño y aplicación de modelos de tratamiento avanzados, el desarrollo de técnicas novedosas de monitorización no invasivas e invasivas para el cerebro y la aplicación de nuevos medicamentos, el TCE grave continúa siendo la mayor causa de incapacidad y muerte en la población joven del mundo. Con el presente exponemos los resultados alcanzados luego de la toma de decisión temprana para una craniectomía descompresiva en pacientes con TCE severo asociados a hipertensión endocraneana. **Método:** Se realizó un estudio explicativo, observacional de caso control en 51 pacientes tratados en nuestro servicio de neurocirugía, en el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2005, que mostraban hipertensión endocraneana por un TCE grave. Los enfermos fueron divididos en 2 grupos: En el Grupo I se incluyeron aquellos casos a los que se les realizó una craniectomía descompresiva profiláctica como medida de control de la PIC, y en el grupo II, aquellos que fueron sometidos al tratamiento convencional. El análisis de los resultados se realizó utilizando una base de datos en el sistema SPSS en su versión 10.1, aplicando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos. **Resultados:** El 71.43% de los casos eran masculinos y la edad promedio de 39.45 años. El 68% de los casos se encontraban entre los 15-30 años de edad, el 52.91% de los casos fue atendido en las primeras 3 horas de ocurrido el TCE, la causa más frecuente fueron los accidentes del tránsito. El 85.71% de los

operados se encontraba en coma moderado al momento de la cirugía y el 80% mostraba una ECG entre 8-6 puntos. El 80% de los operados logró el control de la PIC por debajo de 20 mmHg luego de la craniectomía descompresiva y el 68.57% alcanzó una PPC por encima de 70. El 57.14% de los operados mejoró las imágenes de TAC en relación con la preoperatoria y en el 51.42% de estos casos no fue necesario utilizar otras medidas de control de la PIC. El 69% de los operados mostró un resultado según la ERG entre los grados 4 y 5, es decir normales o con secuelas menores a los 6 meses de evolución. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipertensión endocraneana y la sepsis respiratoria. **Conclusiones:** Las técnicas de descompresión constituyen una opción terapéutica en el manejo de la hipertensión endocraneana irreductible en la fase temprana de la evolución de un enfermo con TCE grave.

2- Resultados quirúrgicos comparativos entre especialistas y residentes en la fractura deprimida de cráneo

Autores: Dr. Ernesto Piñón Fiallo, Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Norbery Rodríguez De La Paz, Dr. José Antonio Prince López, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez.

Institución: ISMM "Dr. Luís Díaz Soto".

País: Cuba.

Introducción: Las guardias médicas en nuestro centro son realizadas a menudo por residentes de los años terminales con un especialista localizable, por lo cual conocer su comportamiento es de suma importancia. **Objetivos:** Valorar y evaluar los resultados quirúrgicos de forma comparativa entre especialistas y residentes. **Método:** Se estudiaron todos los pacientes (86 casos) de forma retrospectiva y lineal, atendidos en el ISMM Dr. "Luís Díaz Soto" con diagnóstico de fractura deprimida de cráneo (independientemente de las lesiones asociadas) y operados de urgencia desde enero 1998 a diciembre del 2003. **Resultados:** Predominaron los pacientes atendidos entre las edades de 15 y 25 años, el sexo masculino y como

causa los accidentes. La zona craneal más afectada la constituyó la región frontal o las áreas en relación con ella. El hematoma epidural, seguido por el hematoma subdural agudo, fueron las lesiones intracraneales asociadas más encontradas. Las principales complicaciones postoperatorias se presentaron ligadas a la sepsis y la mayor mortalidad se encontró en la combinación de fractura deprimida, con hematoma subdural agudo. La ECG inicial determinó la EGR final. Se lograron buenos resultados en 49 pacientes (57%), siendo discretamente mejores estos, en las operaciones realizadas por los residentes. Ni los resultados finales, ni las complicaciones, ni las reintervenciones, estuvieron relacionados con el tipo de atención médica brindada. **Conclusión:** La intervención quirúrgica practicada solamente por residentes en nuestro centro, es un proceder seguro y para el cual estos están capacitados.

3- Fracturas Deprimidas de Cráneo en Ping Pong. Levantamiento por Aspiración.

Autores: Dra. Tania Leyva Mastrapa; Dr. Luis Alonso Fernández; Dr. Manuel Díaz Álvares.

Institución: Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”.

País: Cuba.

Introducción: Los huesos de la calota craneal en los Recién Nacido y Lactantes tienen una gran maleabilidad, por lo que las fracturas deprimidas que ocurren se llaman fracturas en ping-pong o en Tallo verde. El tratamiento de estas fracturas es controversial, según diferentes autores pueden ser quirúrgico o conservador, aunque se plantea que las lesiones que ocurren en el parto pueden elevarse espontáneamente. **Pacientes y Método:** Fueron tratados un total de 5 pacientes (3 hembras y 2 varones), con un rango de edad (72 horas- 5 meses) portadores de fractura de cráneo deprimida no complicada desde septiembre 2003 hasta Febrero 2005. Se utilizó un extractor de leche materna marca MEDEVA en los niños con una depresión en ping-pong mayor de 2 cm. que tenían una buena evolución clínica y excelente estado general y neurológico. Previamente se realizaron un Ultrasonido Transfontanelar y Rx de cráneo. **Resultados:** El proceder aspirativo fue satisfactorio y resolutivo en

los 5 niños, lográndose la elevación de la fractura deprimida y una vuelta del hueso craneal a su posición y configuración normal, sin complicaciones.

Conclusiones: Se demostró la validez de este proceder que es muy sencillo, nada costoso y evita una intervención quirúrgica.

4- Tratamiento Conservador De Hematomas Epidurales Agudos Traumáticos.

Autores: Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Mario Somber González, Dr. José Prince López, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Pablo Pérez la O

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.

País: Cuba.

Introducción: El hematoma epidural (HE) constituye una seria afección que se presenta usualmente con un deterioro neurológico agudo posterior a un traumatismo craneal, requiriendo evacuación quirúrgica emergente. Desde la introducción de la Tomografía Computarizada (TC) es de fácil diagnóstico y tradicionalmente su diagnóstico era considerado como una indicación quirúrgica absoluta. **Método:** Se reportan 23 pacientes atendidos en nuestro centro, por presentar hematoma epidural agudo traumático a los cuales se les realizó tratamiento conservador. Los criterios de inclusión fundamentales fueron: Escala de Coma de Glasgow igual o mayor a 13 puntos, ausencia de signos focales neurológicos, mejoría progresiva de su cuadro clínico y en la Tomografía Computarizada un diámetro del hematoma menor o igual a 1.5 cm., con un desplazamiento de línea media igual o menor de 3 mm y presencia de cisternas basales. **Resultados:** De estos pacientes solo uno requirió tratamiento quirúrgico, el cual dependió de una contusión cerebral y hematoma subdural subyacentes al HE. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente. Se evidenció una resolución total del hematoma en un período entre 1 mes y 7 meses, tiempo durante el cual los enfermos permanecieron asintomáticos o con ligera cefalea y mareos posturales. **Conclusiones:** Se puede concluir que en pacientes seleccionados el tratamiento conservador resulta seguro y efectivo. La mayoría de los HE se reabsorbieron en el 1^{er} mes de evolución, jugando la TC un papel fundamental para el

diagnóstico y seguimiento de estos enfermos. No tuvimos complicaciones relacionadas con el tratamiento conservador, observando una buena evolución y una total reincorporación laboral.

5- Hematoma Subdural en la Tercera Edad

Autores: Dr. Jorge A. Lerma López, Dra. Ivón González Varcancel, Dr. Gabriel Manfugas González, Dr. Esteban Roig Fabre

Institución: Hospital General “Calixto García”.

País: Cuba.

El hematoma subdural es una patología neuroquirúrgica que aparece con cierta frecuencia en la Tercera Edad, generalmente asociado a un trauma craneal previo. Durante el período de estudio fueron atendidos y sometidos a tratamiento quirúrgico 51 pacientes portadores de hematoma Subdural, de ellos el 68,2% (35 casos) correspondió a pacientes mayores de 60 años, con amplio predominio del sexo masculino (73.5 %). El antecedente de trauma craneal (TC) fue corroborado en el 88.2 % de los casos, en su mayoría por caídas de sus pies. Hubo un discreto predominio de la lesión en el hemisferio derecho. El 76 % fueron diagnosticados como crónicos. La hipertensión arterial (HTA) se identificó como factor de riesgo en el 70 % de los pacientes, evento que relacionamos con la fisiopatogenia del Hematoma Subdural en la tercera edad.

6- Neuroprotección en cuidados intensivos

Autores: Dra. Caridad Soler Morejón

Institución: Facultad de Ciencias Médicas Finlay – Albarrán.

País: Cuba

El daño cerebral es responsable de una elevada mortalidad y de secuelas permanentes e importantes. El objetivo fundamental del tratamiento de estos pacientes es precisamente lograr disminuir la mortalidad con un mínimo de secuelas de manera que sea posible su incorporación integral a la familia y la sociedad, de ahí el surgimiento de estrategias encaminadas a frenar los eventos bioquímicos e inmunológicos que conducen a estas alteraciones. En este trabajo de revisión nos proponemos exponer las tendencias

desarrolladas en los últimos años, en el abordaje de este problema tan angustiante dentro del ámbito médico, así como emitir las recomendaciones más actuales.

7- Traumatismo Craneoencefálico en el ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”. Estudio de 6 años

Autores: Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero.

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.

País: Cuba.

Se estudiaron un total de 6088 pacientes que asistieron al cuerpo de guardia del Hospital “Dr. Luís Díaz Soto”, con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico (TCE), independientemente de su grado de gravedad y de la existencia de lesiones múltiples asociadas. De estos, el 16,2 % fueron niños. La causa más frecuente fue el accidente del tránsito. Predominó el TCE ligero y 569 pacientes fueron clasificados entre moderado y severo. El 18.35 % de los casos requirieron ingreso hospitalario y el 4,6 % demandó algún tipo de intervención quirúrgica de urgencia. En los pacientes con TCE grave se obtuvo una mortalidad de 35,9 %, la misma en los enfermos operados fue de 22,6 %. La complicación más frecuente fue la sepsis respiratoria. Se obtuvo buena recuperación en el 22,8 % de los casos con TCE severo y de forma general buenos resultados en el 98,2 % de los pacientes estudiados.

8- El Trauma Craneoencefálico Leve Desde La Perspectiva Neuroquirúrgica.

Autores: Dr. Ariel Varela Hernández, Dr. Guillermo Pardo Camacho, D.C. Guillermo Pardo Cardoso, Enf. Gissell Camacho Domínguez.

Institución: Hospital Universitario “Manuel A Doménech”. Camaguey

País: Cuba.

Objetivo: El término de “leve” para designar a los pacientes que obedecen órdenes después de un trauma craneal resulta ambiguo por la posibilidad de aparición de complicaciones significativas. Este estudio esta encaminado a presentar las características clínicas

de un grupo de dichos pacientes atendidos por el servicio de neurocirugía de Camaguey. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal de todos los pacientes ingresados en los servicios de Neurocirugía y Traumatología del Hospital Manuel A Doménech de Camagüey en el año 2004 portadores de un trauma craneoencefálico con puntuación superior a 12 en la escala de Glasgow. La muestra se integró de 252 pacientes. Se analizaron las variables: Degradación del Glasgow, anomalías en la TC de cráneo, intervenciones neuroquirúrgicas y mortalidad. Se utilizaron distribuciones de frecuencia y test de hipótesis de proporción. **Resultados:** Un total de 14 pacientes sufrieron degradación del puntaje del Glasgow, dentro de este grupo un 57.14% de los mismos presentaron Glasgow inicial de 13 puntos. Fueron estudiados con TC de cráneo 79 pacientes, el 75.98% de los mismos presentó anomalías de este examen. El 17.06% de la muestra se sometió a procedimientos neuroquirúrgicos y el 3.57% falleció. **Conclusiones:** La atención de los pacientes con trauma craneoencefálico leve tiene un impacto importante en el desempeño asistencial de los servicios neuroquirúrgicos que brindan atención neurotraumatológica.

9- Shock Hipovolémico, TCE y Solución Salina Hipertónica.

Autores: Dr. José H. Salas Rubio

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.
CONFERENCIA MAGISTRAL

10- Resultados en el tratamiento del TCE. Grave en nuestro medio

Autores: Dr. Suez Oramas Mingo, Dr. Ramiro Pereira Riverón, Manuel Bravo

Institución: Hospital General “Calixto García”. C.H

País: Cuba.

Objetivos: Exponer los resultados obtenidos en el tratamiento de forma integral de todos los pacientes recibidos en nuestra institución portadores de TCE grave. **Material y método:** Se recogen el total de pacientes portadores de TCE grave que acudieron a nuestro cuerpo de guardia en los últimos 36 meses, que fueron un total de 210, se analizan distintos

factores que inciden en el manejo adecuado de los mismos, tales como transportación, momento de realización de la TAC, momento de realización de la cirugía, tratamiento en las unidades de terapia intensiva, etc. Se realiza una comparación con un grupo de control que es el clásico trabajo de Marshall y colaboradores. **Resultados:** Los resultados obtenidos no son satisfactorios, ya que la mortalidad está en los alrededores del 75 %, se realiza un análisis crítico de los factores que inciden en esto y predominan aquellos extra hospitalarios relacionados con un transporte tardío e inadecuado de este tipo de paciente. **Conclusiones:** La atención a los pacientes con TCE grave en nuestro medio no es la más adecuada, demostrándose los factores que más negativamente inciden en la misma y proponiéndose medidas para tratar de mejorarlas.

11- Estudio comparativo de 2 series de traumatismo craneoencefálico, acorde a nueva guía de conducta neuroquirúrgica

Autores: Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. José A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dra. Cecilia Cañizares Marrero

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.

País: Cuba.

En el ISMM “Dr. Luís Díaz Soto” con vistas a lograr una mejor atención de los pacientes con Trauma Craneoencefálico (TCE), se creó una Guía de Conducta Neuroquirúrgica (GCN). Con el objetivo de determinar la utilidad de esta, en la disminución de la morbimortalidad de estos lesionados, en este centro; se estudiaron todos los pacientes mayores de 15 años atendidos en el cuerpo de guardia por presentar TCE, durante el período de enero/1998 a diciembre/2003, dividiéndolos para ello en 2 trienios. Se aplicó para su manejo la Escala de Coma de Glasgow (ECG) al grupo inicial y al segundo la GCN. Como resultados se obtuvieron que: imperaron como causas de los TCE los accidentes en todas sus variantes, seguidos por las caídas y las agresiones; predominaron los pacientes con TCE leves y el Grado I en el estudio; se estableció una relación directa entre los grados de la guía y la recuperabilidad de los pacientes al año; la GCN resultó útil en la reducción

de la morbimortalidad por TCE en todas las categorías valoradas, con respecto al grupo muestra; el grado Extremo puede tener valor predictivo. Se puede concluir que la GCN es útil en el manejo de los pacientes con TCE.

12- ¿Trauma craneoencefálico menor o moderado?

Autores: Dr. Denis Suárez Monné, Dr. Isael Olazábal Armas.

Institución: Hospital Universitario “Manuel A Doménech”. Camaguey

País: Cuba.

Se realizó un estudio descriptivo – observacional con el universo de pacientes ingresados con traumas craneoencefálicos y 13 de Glasgow en el servicio de neurocirugía del Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech de Camaguey durante el 2004; con el objetivo de precisar la relación que tuvieron los que presentaron esta puntuación con la clasificación de severidad en menores o moderados. Las lesiones encefálicas más frecuentes fueron las concusiones clásicas 12 (66%) y las contusiones encefálicas 9(50%), el 90% presentó lesiones que se apreciaron en el estudio tomográfico al ingreso o durante este, 6 sufrieron complicaciones extraneurológicas siendo la anemia aguda (100%) y la hipotensión arterial (66%) las mas frecuentes, en 7 (38%) se detectaron complicaciones neurológicas siendo la mas significativa el edema cerebral y fueron tratados quirúrgicamente 5(27%). Al egreso todos los pacientes presentaron secuelas, por lo que se infiere la gradación en moderados de estos pacientes.

13- Empleo Del Método De Luque. Resultados En El Trauma Raquimedular.

Autores: Dr. Norbery J. Rodríguez De La Paz, Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Pablo Pérez la O, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. José A. Prince López.

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.C.H.

País: Cuba.

Del año 2000 al 2005 fueron operados 12 pacientes en quienes fue diagnosticada una fractura toracolumbar traumática. Se llevó a cabo la valoración

imagenológica mediante radiografías simples de columna y Tomografía Computarizada. Las fracturas fueron clasificadas según los criterios de Denis. La técnica quirúrgica fue a través de un abordaje posterior transpedicular y lateral extracavitario (13), para llevar acabo la descompresión de elementos neurales. En todos los pacientes se colocó un marco de Luque. Se fijaron 2 ó 3 segmentos arriba y tres abajo del nivel de la fractura y el marco fue fijado mediante alambres sublaminares en forma bilateral para proporcionar apoyo multisegmentario. 10 pacientes fueron masculinos y dos femeninas, la edad osciló entre 14 y 55 años, con un promedio de 34 años. El segmento más afectado fue el correspondiente a la bisagra dorsolumbar (D12-L1). En la mayoría de los casos el mecanismo del trauma fue la caída de altura. Al año de operados y con la rehabilitación precoz, la serie muestra predominio de funcionalidad neurológica en nuestros casos. Durante la cirugía se observó desgarró dural en tres casos, secundarios a fragmentos óseos dentro del canal y en sólo uno de ellos se produjo fistula de líquido cefalorraquídeo. Dos alambres se rompieron, ambos en el extremo del marco.

14- Resultados del tratamiento neuroquirúrgico de urgencia. Estudio de 6 años.

Autores: Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Armando Felipe Moran, Dr. Nelson Quintanal Cordero, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Dr. Pablo Pérez La O

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.C.H.

País: Cuba.

Se estudiaron un total de 6088 pacientes que asistieron al cuerpo de guardia del Hospital “Dr. Luís Díaz Soto”, con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico (TCE), durante el período de enero/1998 a diciembre/2003. El 18.35 % de los casos requirieron ingreso hospitalario y el 4,6 % demandó algún tipo de intervención quirúrgica de urgencia. La Intervención quirúrgica más frecuente lo constituyó la Fractura Deprimida de Cráneo (59 casos), seguida por los hematomas subdurales crónicos (38 enfermos) y los hematomas subdurales agudos (HSDa) (33 pacientes). La mayor mortalidad la presentaron los pacientes que se recibieron con heridas por arma de

fuego en el cráneo (73 %) y los HSDa (64 %). Se observó un decrecimiento de la morbi – mortalidad en los últimos tres años del estudio, que creemos relacionado con la mayor experiencia adquirida por los miembros del servicio, así como a una mejor organización del trabajo y mejoras en los medios diagnósticos.

FUNCIONAL

1- Sedación consciente en la cirugía funcional del Parkinson.

Autores: Dr. Arnaldo Gómez Lotti, Dra. Yamilé López Pérez, Dra. Tania Bravo Acosta, Lic. Julio Delgado Malagón

Institución: CIREN-CIMEQ. C.H

País: Cuba.

En la cirugía funcional del Parkinson es necesario que el paciente se mantenga quieto y consciente, para su evaluación neurológica durante la cirugía. La supresión de la medicación antiparkinsoniana para evaluar el efecto de la cirugía, así como el efecto indeseable del dolor y la ansiedad que genera la colocación del marco esterotáxico provocan elevación de las cifras de tensión arterial y riesgo de Hemorragia Intraparenquimatosa. Nos propusimos la utilización del método de sedación consciente con propofol como agente anestésico, así como definir la dosis anestésica mediante el uso de índice bioespectral. Se aplicó este método a 62 pacientes anunciados para la cirugía durante el año 2005, administrándoseles propofol como agente anestésico por medio de un diprifusor a una dosis entre 0,6 y 1,0 mcg/ml, se comprobó el estado de quietud y conciencia, corroborándose el índice bioespectral para establecer el nivel de hipnosis cerebral. En todos los casos se obtuvo un estado favorable para la cirugía, además de control de las cifras de tensión arterial en cinco de los ocho pacientes que presentaron hipertensión al momento de la admisión en el quirófano, solo precisándose antihipertensivos en tres casos.

2- Craneotomía con el paciente despierto. Vigencia actual.

Autores: Dr. Suez Oramas Mingo, Dr. Gabriel Manfugaz, Alumno ayudante: Manuel Bravo

Institución: Hospital General “Calixto García”. C.H
País: Cuba.

Objetivos: Demostrar que en estos momentos de tanto desarrollo tecnológico, las craneotomías con el paciente despierto sigue manteniendo su utilidad en casos bien seleccionados. **Material y método:** Se presentan 22 pacientes operados durante la última década con craneotomía con el paciente despierto portadores de distintas patologías que van desde la resección de focos neocorticales en epilepsias intratables hasta tumores intra axiales de baja malignidad muy cercanos a áreas elocuentes cerebrales. Se presenta un paciente operado de un tumor de hemisferio cerebeloso con exéresis total del mismo el cual había sido intervenido anteriormente realizándosele una neumectomía total. No tenemos referencia que en nuestro país se haya realizado este tipo de cirugía anteriormente. **Resultados:** Satisfactorios, se logró el objetivo de la cirugía en más del 90 % de los casos sin mortalidad y sin secuelas neurológicas sobre añadidas. **Conclusiones:** Consideramos que a pesar del gran desarrollo tecnológico actual, las craneotomías con el paciente despierto mantienen su vigencia.

3- Estimulación cerebral profunda en la Enfermedad de Parkinson. 10 años de experiencia.

Autores: Dr. Fernando Seijo

Institución: Hospital Universitario Central de Asturias. España

País: España

CONFERENCIA

4- Electroterapia combinada con otros Agentes Físicos en el Dolor de Espalda Bajo.

Autores: Dra. Yamilé M. López Pérez, Dr. Arnaldo Gómez Lotti, Dra. Tania Bravo Acosta

Institución: CIREN. C.H

País: Cuba.

Se realizó un estudio prospectivo, analítico y aleatorizado de una muestra de 68 pacientes con Dolor de Espalda Bajo, con el objetivo de evaluar la eficacia del método de Electroanalgesia Técnica de Rastreo del Dolor con Corriente Interferencial más Crioterapia. El esfuerzo físico fue el factor

desencadenante fundamental. Para evaluar la intensidad del dolor se utilizó la Escala Analógico Visual y para la incapacidad funcional, el Test de Waddel. El número de sesiones promedio para inicio de la mejoría fue de 1.35 en este grupo y para obtener la solución del cuadro clínico-funcional fue de 3.94 sesiones promedio, realizándose una valoración integral donde se demostró una efectividad de 94.12% al culminar el tratamiento en este grupo. Este método de tratamiento fue muy efectivo en el manejo de la crisis, mostrando superioridad en la rapidez de la mejoría, en la solución definitiva del dolor y en la recuperación funcional.

5- Experiencia en el tratamiento quirúrgico de la Neuralgia del Trigémino.

Autores: Dr. Diego Antonio Guerra Sierra, Dr. Jorge Seino

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Dr. Miguel Enríquez". C.H.

País: Cuba.

Entre enero de 1994 y 2001 se sometieron a exploración de la fosa posterior a 57 pacientes con el diagnóstico de neuralgia trigémino por un mismo cirujano, el mayor grupo de pacientes se presentó entre la 5ta y 7ma década de la vida, el sexo femenino fue el más afectado, la hemicara derecha fue la más afectada y las divisiones con mayor manifestaciones fueron R3 en ambas hemicaras, se realizaron treinta y cuatro secciones parcial o total de la porción sensitiva del trigémino contra veinte y tres microdescompresión vascular. La arteria cerebelosa superior fue el vaso que más frecuencia causó compresión, seguido del la cerebelosa antero superior, se observaron cuatro neuralgias secundarias a tumores del ángulo, la fistula de LCR y la sepsis fueron las complicaciones más frecuentes con cuatro casos respectivamente, solo tuvimos una recurrencia del dolor.

6-Microcompresión del ganglio de Gasser con balón catéter: Método alternativo y económico en el tratamiento de la Neuralgia Trigeminal.

Autores: Dra. Ivón González Valcárcel, Dr. Esteban Roig Fabré, Dr. Asley Obregón Marín, Dr. Jorge Lerma López.

Institución: Hospital General "Calixto García". C.H
País: Cuba.

Uno de los dolores más intensos que puede soportar el ser humano, la neuralgia trigeminal, ha sido tratado con innumerables métodos. Entre ellos, los percutáneos surgieron como variantes poco agresivas e igualmente eficaces que aquellos realizados a cielo abierto. La compresión de las fibras del ganglio trigeminal de Gasser para alivio inmediato de este dolor se realiza, guiada por radiología simple, en el servicio de neurocirugía de nuestro hospital. **Objetivo:** Revisar los resultados del tratamiento de la neuralgia trigeminal por microcompresión percutánea del ganglio trigeminal en 144 procedimientos consecutivos realizados a 132 pacientes entre Septiembre de 1996 y Septiembre de 2006 en nuestro servicio. **Material y Métodos:** Todos los procedimientos se realizaron usando un balón catéter Fogarty 3 ó 4 F, introducido en el agujero Oval a través de trócar No 14 por técnica similar a la descripción original de Mullan y Lichtor, con algunas modificaciones; e inflado en el Cávum de Meckel. **Resultados:** Desaparición inmediata del dolor en 97,9%. Seguimiento medio 58 meses (rango 1 a 117). La recurrencia del dolor fue de 9.1 %. El 100% de ellos se sometió a una siguiente microcompresión. **Complicaciones:** hematoma del sitio de punción (3), debilidad transitoria en la masticación (2), disestesias faciales menores transitorias (2), erupción herpética (1), paresia transitoria del VI nervio craneal (1), úlcera corneal (1). Un procedimiento resultó fallido. **Conclusión:** la microcompresión percutánea del ganglio trigeminal es un efectivo, seguro y económico método de tratamiento para la neuralgia trigeminal, con escasa morbilidad y sin mortalidad.

7- Evaluación topográfica de las lesiones estereotácticas en el núcleo subtalámico utilizando imágenes de Resonancia Magnética Nuclear.

Autores: Rafael Rodríguez Rojas, Maylén Carballo Barreda, Nancy Pavón, Lázaro Álvarez, Gerardo López, Raúl Macías.

Institución: CIREN.

País: Cuba.

Introducción: El núcleo subtalámico (NST) ha

devenido el blanco de elección en el tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Parkinson (EP). Sin embargo en la actualidad no hay consenso sobre la mejor localización de la lesión. Esto se debe por una parte a las limitaciones en la comprensión de la organización del NST, y por otra, a la controversia sobre la localización de la lesión dentro o en la vecindad del núcleo. El objetivo de esta investigación es proporcionar una metodología computacional que permita resolver esta polémica. El método permite la localización anatómica precisa de las lesiones estereotácticas y desarrolla una evaluación de la precisión en la colocación del blanco estereotáctico. Las lesiones se evalúan en un espacio normalizado y se usaron comparaciones estadísticas para hacer inferencias en la relación entre los resultados clínicos y localización de la lesión. **Métodos:** Se realizaron estudios de RMN en 40 pacientes con EP avanzada, sometidos a subtalamotomía. El análisis topográfico de las lesiones incluyó la localización y segmentación de las lesiones, cálculo del centro de gravedad (COG), corrección con un atlas estereotáctico digitalizado, normalización espacial y evaluación estadística de la posición en función de los resultados clínicos de las cirugías. **Resultados:** La localización de las lesiones por RMN se corresponde con la planificación intraoperatoria por TAC. No se encontraron diferencias estadísticas entre el volumen de las lesiones en los diferentes grupos de estudio. Se hallaron diferencias significativas en la localización relativa de las lesiones con respecto a los ejes mayores del núcleo subtalámico. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos apoyan la teoría de la organización somatotópica del NST humano. Además apuntan a que la zona dorsolateral del núcleo constituye el blanco de elección para la colocación de la lesión estereotáctica. El método propuesto permite la evaluación topográfica de las lesiones en el NST, tanto en el espacio definido por la anatomía del paciente como en un espacio estándar. Esta última ventaja permite el análisis estadístico de una población amplia de pacientes y la relación entre la localización de las lesiones y los resultados clínicos.

8- Cirugía de los trastornos del movimiento dos nuevos dilemas: lesión vs estimulación, sistemas estereotácticos vs neuronavegación.

Autores: Dr. Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Raul Macias, Dr. Lazaro Alvarez, Dr. Orlando Cruz Garcia, Dr. Iosmil Morales, Dra. Margarita Sanchez, Lic. Angel Luis Aquino.

Institución: CIREN-CIMEQ.

País: Cuba.

Los procedimientos quirúrgicos relacionados con los trastornos del movimiento han pasado por diferentes etapas históricas, hacemos una descripción de los mismos y revisamos las nuevas tendencias. Se contrasta el uso de la cirugía guiada por imagen de TAC, RM con el uso del anillo estereotáctico y los nuevos sistemas de neuronavegación que permiten realizar la cirugía por un orificio, igualmente se revisan las dos modalidades más aceptadas de acción sobre el blanco: neuroestimulación vs ablación. Se hace una presentación de las técnicas quirúrgicas haciendo énfasis en las dianas (tálamo, pálido medial y subtálamo). Presentamos nuestros resultados después de aplicar las técnicas de ablación en más de 500 pacientes por un periodo de 15 años. La cirugía basada en anillo sigue siendo la elección, al igual que el monitoreo electrofisiológico con registro cerebral profundo; las técnicas de neuroestimulación son las preferidas a nivel internacional, pero las lesiones con radiofrecuencia siguen siendo efectivas en casos bien indicadas.

9- Palidotomía posteroventral bilateral en niños con distonías generalizadas. Primera experiencia Cubana

Autores: Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Carlos Maragoto, Dr. Héctor Vera, Dr. Arnaldo Gómez, Dr. Orlando Cruz, Dr. Raúl Macias, Lic. Juan Teijeiro Amador, Dr. Lázaro Álvarez. Lic. Janett Benavides Barbosa.

Institución: CIREN-CIMEQ.

País: Cuba.

Introducción: La distonía se define como un síndrome neurológico caracterizado por contracciones musculares involuntarias, mantenidas y a menudo repetitivas de músculos antagonistas dando lugar a movimientos torsionantes o posturas anómalas que

en su variante generalizada es más frecuente su debut en la infancia. Por su naturaleza incapacitante y el fracaso de los fármacos convencionales obliga a plantear las opciones quirúrgicas. **Material y Método:** Se presentan los dos primeros pacientes de 12 y 14 años respectivamente con diagnóstico de distonía generalizada que se les realizó palidotomía posteroventral bilateral en un solo tiempo quirúrgico bajo sedación profunda, entre octubre y noviembre de 2005, utilizando el sistema estereotáctico Estereoflex (CIE, Habana, Cuba) y el sistema de planificación Stassis y NDRS (CIREN, Habana, Cuba). **Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 3 horas. No se presentaron complicaciones anestésicas ni quirúrgicas y en las evaluaciones a los 6 y 12 meses se ha observado una notable mejoría en las escalas motoras, funcionales y en las escalas de actividades de la vida diaria. **Conclusiones:** En pacientes con distonía generalizada están más indicadas las técnicas quirúrgicas centrales, teniendo cirugía palidal en nuestra experiencia resultados prometedores. La cirugía en etapas tempranas de evolución de la enfermedad disminuye la aparición de complicaciones tardías frecuentes en la historia natural de esta enfermedad.

10- Introducción de la lobectomía temporal en el tratamiento de la epilepsia refractaria por esclerosis mesial

Autores: Dr. Iván García Maeso, Dr. Juan E. Bender, Dra. Lilia Morales Chacón, Margarita Báez^a, Lourdes Lorigado Pedre, Dra. Bárbara Estupiñán, Lic. María Eugenia García, Carlos Sánchez Catasús,

Institución: CIREN.

País: Cuba.

Introducción: La cirugía de la epilepsia data de más de dos milenios, la primera intervención fue la trepanación craneana, esta patología ocurre en el 0.1 % de la población, su tratamiento médico inicial logra solo el control en un 50 al 80 % de las crisis, el 20 % restante son considerados médicamente intratables y remediables quirúrgicamente. **Objetivo:** Introducción de la lobectomía temporal en el tratamiento de la epilepsia refractaria por esclerosis mesial. **Material y método:** Se seleccionaron 8 pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, refractarios a tratamiento

médico de los 23 estudiados candidatos a tratamiento quirúrgico, las operaciones fueron realizadas en el segundo semestre del pasado año, la técnica quirúrgica realizada fue la lobectomía temporal ajustada utilizándose estudios electrocorticográficos transoperatorios antes y después de la resección, se realizó un seguimiento de los casos al mes, tres y seis meses para posteriormente evaluarlos al año. **Resultado:** De los 8 pacientes operados siete se encuentran libre de crisis para un 88 %, uno solo ha tenido una crisis ocasional y otro ha continuado con crisis pero con una reducción de más del 50 %, las complicaciones presentadas fueron: tres paciente con meningitis hemorrágica, un paciente presentó una disfunción transitoria del III par craneal, disminución de la memoria verbal uno y otro paciente con un síndrome inadecuado de la hormona antidiurética. **Conclusiones:** El 88 % de los pacientes intervenidos han presentado una evolución satisfactoria, encontrándose en el periodo evaluado libres de crisis. La cirugía receptiva del lóbulo temporal con estudios electrocorticográficos transoperatorio es la técnica de elección para el tratamiento de la epilepsia del lóbulo temporal en los pacientes refractarios a tratamiento médico.

11- Comparar la Técnica de Termolesión por Radiofrecuencia y la de Compresión por Balón Catéter de Fogarty.

Autores: Dra. Isabel Echevarría Frutos, Dra. Melba A. Avila Estévez.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras»

País: Cuba.

Se presentan 180 pacientes con el diagnóstico de Neuralgia Trigeminal; a 90 se les realizó Termolesión Percutánea por Radiofrecuencia del Ganglio de Gasser y a los otros 90 Microcompresión Percutánea Retrogasseriana con Balón Catéter de Fogarty, en los servicios de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras» y Centro Internacional de Restauración Neurológica de forma aleatoria. Nuestro propósito principal fue aliviar el dolor facial en pacientes portadores de Neuralgia Trigeminal; además evaluamos los resultados de ambas técnicas, así como la descripción de diferentes

aspectos que comprendieron: clasificación clínico topográfica de las ramas afectadas, evolución, resultados quirúrgicos inmediatos y a largo plazo, (tomando como límite el año de operado), además de las complicaciones y ventajas de ambos procedimientos quirúrgicos.

Estimulación cerebral profunda en la Enfermedad de Parkinson. 10 años de experiencia.

Autor: Dr. Fernando Seijo

Institución: Hospital Universitario Central de Asturias. España.

País: España

CONFERENCIA.

12- Microdescompresión Vascular En La Neuralgia Del Trigemino. Holguín 2002- 2006.

Autores: Dr. Carlos L. Pérez Rodríguez, Dr. Boris Leyva López, Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro A. Domínguez Jiménez, Dr. Pablo Vivar Bauzá.

Institución: Hospital "Lucía Iñiguez Landín" Holguín.

País. Cuba

Se realizó un estudio retrospectivo de 43 pacientes con el diagnóstico de Neuralgia trigeminal esencial, tratados quirúrgicamente por la técnica de Jannetta en el Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín" de la ciudad de Holguín en el período comprendido entre Mayo del 2002 y Mayo del 2006. El sexo que predominó fue el masculino. La mayoría de los pacientes presentaron una neuralgia trigeminal típica. La distribución topográfica más frecuente fue en la segunda y tercera ramas del nervio. Previo al tratamiento quirúrgico se emplearon múltiples modalidades terapéuticas, tanto medicamentosas como lesivas percutáneas. El abordaje quirúrgico más utilizado fue la microcraniectomía asterional. En la mayoría de los pacientes operados la arteria cerebelosa superior fue el elemento etiológico predominante. La complicación más frecuente fue la sepsis de la herida quirúrgica. Presentamos un índice de recidivas después de la intervención de un 2.3%. En nuestra casuística se reporta un fallecido.

VASCULAR

1- Angiomas Cavernosos de alta complejidad.

Autores: Dr. Gerardo Lopez Flores, Dr. Orlando Cruz Garcia, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Iosmil Morales, Dra. Margarita Sanchez, Lic Angel Luis Aquino.

Institución: CIREN-CIMEQ

País: Cuba.

Objetivos: Presentar la historia y cirugía de pacientes con angiomas cavernosos (AC) de diferentes complejidades. **Material y Método:** Del total de 15 pacientes con diagnóstico de angiomas cavernosos cerebrales que se le realizaron resecciones guiadas o no por imagen, 4 de ellos mostraron mayor complejidad, todos recibieron procederse microquirúrgicos para su resección. **Resultados:** Los 4 AC se localizaron en la región mesial temporal, el puente del tallo cerebral, el área motora fronto-parietal y la región de la fisura de Silvio. Uno de ellos angiográficamente visible, otro con quistes asociados, otro múltiple y el ultimo con un diámetro mayor de 5 centímetros. Todos los abordajes se realizaron a través de los surcos y cisternas, con resección total en el 100% de los pacientes, no hubo mortalidad y solo mínima morbilidad. **Conclusiones:** El tamaño, localización en área elocuente o profunda y la angioarquitectura en el caso de los AC mixtos pueden sumar complejidad en la cirugía de estas malformaciones vasculares, la resección microquirúrgica se reafirma como un proceder efectivo y la guía por imágenes un complemento de esta.

2- Empleo del clorhidrato de ketamina a bajas dosis durante el presillamiento de los aneurismas intracraneales. Ensayo clínico.

Autores: Dra. Som My Benítez Tang.

Institución: Hospital clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

País: Cuba.

Introducción: El empleo de la ketamina en neuroanestesia es controversial; actualmente se sugiere la posibilidad de utilizarla en asociación con otros agentes que contrarresten sus efectos sobre el SNC. **Objetivos:** Validar el empleo de la ketamina durante la anestesia total intravenosa (ATIV), en

enfermos neuroquirúrgicos. **Material y método:** Se realizó un ensayo clínico comparativo y aleatorizado en dos grupos de 50 pacientes, intervenidos quirúrgicamente por presentar aneurismas cerebrales simples. Se utilizó propofol y fentanil o ketamina, según el grupo. Comparamos el comportamiento de la PAM, FC y los requerimientos analgésicos intraoperatorios; se evaluó el FSC mediante el cálculo de la $D(a-v)O_2$ en el golfo yugular derecho, el flujo cerebral equivalente ($FSC_{\text{equivalente}}$) y la determinación de la velocidad del flujo en la arteria cerebral media (Vm-ACM); se caracterizó la recuperación anestésica y la incidencia de efectos secundarios relacionados con la administración de las drogas. **Resultados:** Tanto la hemodinamia como los requerimientos analgésicos intraoperatorio se comportaron de forma similar, aunque la PAM y la FC mostraron cifras ligeramente más elevadas en los pacientes tratados con ketamina, a su vez en dicho grupo la $D(a-v)O_2$ y el $FSC_{\text{equivalente}}$ se mantuvieron dentro de límites fisiológicos, disminuyendo la (Vm-ACM) desde 44 ± 4 cm/seg en el preoperatorio hasta 39 ± 4 cm/seg en el intraoperatorio ($p < 0.001$), rápida recuperación anestésica en el 90% de sus pacientes y menor incidencia de efectos secundarios. **Conclusiones:** las bajas dosis de ketamina asociada con propofol, proporcionaron estabilidad hemodinámica, excelente analgesia, no aumentaron el FSC, constatándose acoplamiento entre flujo y metabolismo cerebral, rápida recuperación anestésica y menor incidencia de efectos secundarios respecto al grupo tratado con fentanil.

3- Cirugía de aneurismas intracraneales rotos asociados con infarto cerebral. Nuestros resultados.

Autores: Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Ángel J. Lacerda-Gallardo, Dra. Daisy Abreu-Pérez, Enf. Santiago Santos Hernández.

Institución: Hospital General Docente "Roberto Rodríguez". Morón. Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: La asociación de un evento isquémico, en pacientes con una hemorragia subaracnoidea aneurismática, resulta de bastante frecuencia en la práctica neuroquirúrgica y se

encuentra muy relacionado con el vasoespasma que aparece en los estadios iniciales de la evolución de estos casos, su abordaje implica un mayor riesgo, así como la necesidad de aplicar algunas medidas, para evitar complicaciones transoperatorias que pueden poner en peligro la vida del enfermo. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de 7 casos, operados en el servicio de neurocirugía del hospital general de Morón; Cuba, en el periodo comprendido entre enero de 1996 y diciembre del año 2005, los cuales fueron portadores de aneurismas intracraneales rotos, en los que se asoció una enfermedad cerebrovascular isquémica, como factor agravante. **Resultados:** Todos los casos fueron manejados en la fase tardía de la evolución. Los aneurismas siempre se localizaron en el segmento anterior del círculo de Willis. La mayoría de los sacos fueron presillados. Solo un paciente falleció, luego de 3 meses de evolución postoperatoria por un infarto agudo del miocardio. **Conclusiones:** La neuromonitorización transoperatoria y algunas medidas médicas de intervención ayudan a obtener buenos resultados. La morbilidad se encuentra relacionada en mayor medida con el estado clínico al momento de la cirugía, que con accidentes quirúrgicos.

4- Resultados Quirúrgicos de los Aneurismas Intracraneales en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Dr. Miguel Enríquez".

Autores: Dr. Diego Antonio Guerra Sierra, Dr. Jorge Seino, Dr. Juvenal Trasancos

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Dr. Miguel Enríquez".

País: Cuba.

Se evalúa el resultado del tratamiento quirúrgico de 93 aneurismas intracraneales en 82 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Miguel Enríquez". Desde enero del 1995 hasta agosto del 2006. Se analiza la distribución en la casuística de variables tales como: edad, sexo, raza, manifestaciones clínicas, estudios diagnósticos, abordajes quirúrgicos, tamaño de los aneurismas, correlación entre el tamaño de los aneurismas y resultados quirúrgicos, procederes sobre los

aneurismas, localización, correlación entre localización y resultados quirúrgicos y complicaciones. Se muestra la cuarta y sexta década (60.9%) como la mayor incidencia, el sexo femenino fue el más afectado (65.8%), al igual que la raza negra (43.9%), la cefalea, el meningismo y los vómitos fueron los síntomas más llamativos, y el nervio craneal más afectado fue el tercero, el uso de la punción lumbar (89%) fue el medio diagnóstico más usado para el diagnóstico de la (HSA), y la panangiografía cerebral (77%) para el diagnóstico positivo del aneurisma, la craneotomía Pterional (53.6%) fue el abordaje quirúrgico más usado, los aneurismas de la arteria comunicante posterior (30.1%) y los glóbulos (56.9%) fueron los más frecuentes, las mayores complicaciones fueron las técnicas y neurológicas respectivamente (12.1%), tuvimos un (4.87%) mortalidad.

5- Cirugía de aneurismas intracraneales de la circulación anterior. Estado actual del conocimiento basado en evidencia. Resultados en la provincia de Ciego de Ávila

Autores: Dr. Ángel J. Lacerda-Gallardo, Dra. Daisy Abreu-Pérez, Dr. Oilén Hernández Guerra, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Enf. Santiago Santos Hernández.

Institución: Hospital General Docente "Roberto Rodríguez". Ciego de Ávila,

País: Cuba.

Introducción: Aproximadamente el 6% de los humanos, tiene el riesgo de padecer de un aneurisma intracraneal no roto. La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA), es una de las enfermedades más devastadoras del SNC y una de las urgencias neurológicas más frecuentes. El presente constituye un informe, de los resultados obtenidos en nuestro hospital, luego de 8 años de iniciado el servicio de neurocirugía cerebrovascular. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo, de 100 pacientes con diagnóstico de aneurismas intracraneales, localizados en el segmento anterior del círculo de Willis, intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital en la fase tardía de la evolución y que fueron admitidos entre enero de 1996 y diciembre del 2005. Los enfermos operados en fase aguda (5),

fueron excluidos. Se analiza el estado actual del conocimiento basado en evidencia médica y se aplica a las condiciones reales de atención de salud en nuestro hospital. Los pacientes se evaluaron al momento de la admisión según la escala de Hunt y Hess, y los resultados al egreso de acuerdo con la escala de resultados de Glasgow. **Resultados:** La edad promedio para el grupo, fue de 48.09 años. Todos los enfermos fueron manejados de acuerdo con algoritmo diseñado en el servicio, para el manejo de la HSA en fase aguda. A todos se les realizó angiografía cerebral como método diagnóstico fundamental, a 40 se les realizó TAC y a 70 punción lumbar. 10 tenían aneurismas múltiples, abordándose en la casuística, un total de 120 sacos aneurismáticos. 96 estaban rotos y 24 no. 35 eran pequeños, 62 medianos, 16 grandes y 7 gigantes. 105 fueron presillados, 13 reforzados y 2 fueron atrapados. En algunos enfermos se diagnosticaron lesiones asociadas 19, de las cuales el infarto cerebral fue la más frecuente 10, las cuales necesitaron de estrategias terapéuticas específicas para su manejo, entre las que sobresalieron, la retracción intermitente, el monitoreo continuo transoperatorio de la PIC, drenaje de LCR transoperatorio, etc. Las vías de abordaje utilizadas fueron la fronto lateral y la pterional con flap temporal interfascial, en los casos operados en fase tardía, mientras que en aquellos operados en la fase aguda se usaron la fronto-temporo-orbitocigomática y la subfrontal extendida. En la serie fallecieron 2 casos. **Conclusiones:** El abordaje quirúrgico directo a los aneurismas intracraneales, constituye el método de oro en el tratamiento de estos pacientes en nuestro medio.

6- Resultados en la cirugía vascular aneurismática . Presentación de una serie.

Autores: Dr. Suez Oramas Mingo, Manuel Bravo, Dr. Gabriel Manfugaz

Institución: Hospital General "Calixto García". C.H.

País: Cuba.

Objetivos: Mostrar los resultados obtenidos en la cirugía vascular aneurismática convencional por el autor durante un período de trabajo de más de 15 años. **Material y métodos:** Se presenta una serie de 302 pacientes intervenidos por el autor en el período que media entre 1989 al 2006. Se realiza un análisis

de los aspectos clínico- epidemiológicos, imagenológicos, así como estrictamente técnicos. Estos pacientes fueron operados en distintas instituciones de la capital, a todos se les practicó una craneotomía fronto pterional de Yasargil y se emplearon los procedimientos microquirúrgicos estándares. **Resultados:** La mortalidad quirúrgica fue de un 5.2 %, con una morbilidad dentro de los rangos permisibles. El índice de presillamiento está alrededor del 90 %, no incluyéndose aquellos aneurismas gigantes a los cuales se les realizó un atrapamiento, o a aquellos aneurismas ampollares del territorio de la comunicante anterior en los cuales necesariamente hubo que practicar un reforzamiento con bandas de poliuretano. **Conclusión:** Consideramos que los resultados quirúrgicos obtenidos son buenos de acuerdo a los parámetros que rigen a nivel internacional y que el proceder quirúrgico continúa siendo una modalidad de tratamiento muy eficaz en estos momentos en nuestro medio.

7- Resultados de la cirugía de los Aneurismas Intracraneanos. Estudio de 7 Años.

Autores: Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. José A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Pablo Pérez la O.

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”.CH.

País: Cuba.

Estudio descriptivo y retrospectivo, cuyo universo y muestra, fueron la totalidad de los pacientes con diagnóstico de aneurisma cerebral, operados en el ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de Diciembre del año 2004. Se realizó seguimiento clínico y tomográfico por un año, midiéndose los resultados por la Escala de Glasgow para Resultados. Durante el período de estudio, se operaron 76 pacientes que presentaron un total de 101 Aneurismas Cerebrales. El 68,4 % de los enfermos fueron mujeres y sus edades estaban comprendidas entre 22 y 71 años, con una media de 46,5 años. Predominaron (46,5 %) los presentes en el origen de la arteria comunicante posterior. En el preoperatorio el 14,4% tuvo vasoespasmio; el 6,6% tuvo un episodio de sangramiento y sólo dos casos desarrollaron hidrocefalia. Las complicaciones

transoperatorias fueron: rotura del aneurisma en el 10,5% de los pacientes, y lesión de pares craneales en dos casos. En el postoperatorio, la complicación más frecuente fue el vasoespasmio, con 12 casos. Buena recuperación presentaron 59 pacientes, Incapacidad moderada 5; Incapacidad severa 4; Estado vegetativo 1 y 7 enfermos fallecieron (9,2%).

8- Cirugía Endovascular Cerebral

Autores: Dr. Jorge A. Lerma López, Dr. Jorge Vázquez Rebollar.

Institución: Hospital General “Calixto García”. C.H.

País: Cuba.

A principios de la última década de la pasada centuria, el neurointervencionismo cerebral retomó nuevos bríos con la introducción de los coils largables de Guglielmi, y posteriormente la creación de los coils biológicos, desarrollados por el grupo de la UCLA que dirige el profesor Fernando Viñuela. En el presente trabajo realizamos una presentación de casos interesantes realizados en el hospital universitario Juan Canalejo de la Coruña, donde se reúnen patologías tanto cerebrales como espinales de origen vascular, además hacemos una presentación de la última generación de coils.

9- Craniectomía descompresiva en infartos cerebrales malignos. Reporte de 4 casos.

Autores: Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Endry Rodríguez Castro, Dra. Daisy Abreu Pérez.

Institución: Hospital General Docente “Roberto Rodríguez”. Ciego de Ávila,

País: Cuba.

Introducción: La asociación de edema cerebral con hipertensión endocraneana maligna, en infartos cerebrales de la arteria cerebral media, muestran una elevada mortalidad y morbilidad. La utilización de métodos quirúrgicos ultratempranos (menos de 24 horas) para el control de la PIC en estos casos se han reportado, como es el caso de la craniectomía descompresiva. En el presente reportamos 4 casos atendidos y operados en el servicio de neurocirugía de nuestro hospital. **Método:** Se realiza el reporte de 4 casos operados en el servicio de neurocirugía

del hospital de morón, en Ciego de Ávila, que presentaron infarto cerebral masivo de arteria cerebral media, con deterioro neurológico y signos clínicos e imagenológicos de hipertensión endocraneana. La evaluación clínica se realizó según la escala del NIHSS y la Escala de coma de Glasgow, el diagnóstico se realizó clínicamente y por TAC helicoidal. El método quirúrgico empleado fue la craneotomía descompresiva fronto-temporo-parietal, con extensión dural. **Resultados:** El diagnóstico en los 4 enfermos fue tardío (>24 horas) al no contar con métodos diagnósticos precoces de infarto cerebral. Los criterios quirúrgicos utilizados fueron el estado clínico del enfermo y los hallazgos imagenológicos en la TAC. En todos los casos se monitorizó la PIC de forma continua en el postoperatorio. Existió mejoría imagenológica en los 4 casos en el postoperatorio. Los 4 enfermos sobrevivieron; 1 quedó con secuelas moderadas y otro con secuelas ligeras, 2 presentaron un estado vegetativo persistente y luego fallecieron por complicaciones generales, 1 de ellos sin lograr el egreso y otro en el área de salud, algunos meses después del evento isquémico. **Conclusiones:** La craneotomía descompresiva es un método eficaz para el control de la PIC en pacientes con infartos cerebrales extensos, pero se necesitan estudios que logren reclutar un mayor número de enfermos en busca de evidencia médica de su real beneficio.

10- Avances en tratamiento endovascular de aneurismas cerebrales.

Autores: Dr. Alberto Gil

Institución: HUCA Asturias

País: España.

CONFERENCIA

11- Tratamiento de las embarazadas y puérperas con Hemorragias Intracerebrales

Autores: Dr. José A. Prince López, Dr. Armando Felipe Morán, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Pablo Pérez La O.

Institución: ISMM "Dr. Luís Díaz Soto". C.H.

País: Cuba.

La conducta a seguir frente a una malformación arteriovenosa o un aneurisma durante el embarazo

o el puerperio es aún un tema controversial en la neurocirugía. Se analizan 4 pacientes, que debutaron con una hemorragia intracraneal durante el embarazo y el puerperio. En un caso la hemorragia se debió a una malformación aneurismática, en dos casos a una malformación arteriovenosa, y en uno no se encontró ninguna malformación vascular ni se demostró otra causa del sangramiento, tres resultaron ser primíparas y una múltipara, 2 de ellas sangraron en el tercer trimestre del embarazo, una en el segundo y una en el puerperio, con edades que oscilaron entre 21 y 33 años, dos presentaron hemorragia subaracnoidea y dos hematomas intraparenquimatosos, dos casos se encontraban al recibirlas en un grado II de la WF, una en un grado IIIA y una en un grado V. La mortalidad materna fue de un 25%. Se realiza un análisis de los casos y se plantean recomendaciones.

12- Enfermedad Vascular Hemorrágica y Embarazo

Autores: Dr. Jorge A. Lerma López, Dra. Ivón González Varcancel, Dr. Silvio Batista, Dr. Gabriel Manfugas González, Dr. Ramón Perdomo.

Institución: Hospital General "Calixto García". C.H.

País: Cuba.

A pesar de ser infrecuente que las mujeres embarazadas sufran cualquier tipo de accidente cerebrovascular hemorrágico; las hemorragias intracraneales son responsables entre 5 – 12 % de las muertes maternas durante este período, predominando las intraparenquimatosas. El objetivo de nuestro trabajo es el de exponer 2 pacientes cuya fecha de embarazo correspondía entre el segundo y tercer trimestre portadoras de una malformación arteriovenosa frontal derecha y de aneurisma de la bifurcación carotídea derecha. Ambas pacientes fueron respectivamente intervenidas quirúrgicamente lográndose una viabilidad íntegra del feto transoperatorio, la evolución neuroquirúrgica fue satisfactoria en ambos casos. Concluimos que hoy en día con las técnicas avanzadas en neuroanestesia y contando con una buena preparación en cirugía neurovascular es posible realizar este tipo de cirugía sin perjudicar al feto, evitando asimismo la posibilidad

de resangrado que oscila entre el 33 y 50 % durante el resto del embarazo.

13- Análisis basado en la evidencia de la cirugía en hemorragias intracerebrales espontáneas lobares. Nuestros resultados.

Autores: Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Oilén Hernández Guerra, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez, Enf. Santiago Santos Hernández.

Institución: Hospital General Docente “Roberto Rodríguez”, Morón.

País: Cuba.

Introducción: Las enfermedades cerebrovasculares, constituyen la 3ra causa de muerte en Cuba y en gran parte de los países industrializados. Las hemorragias intracerebrales espontáneas (HICE), constituyen entre el 15-30 % de todas las enfermedades cerebrovasculares hemorrágicas. Aunque las HICE, constituyen causas menos frecuentes de ictus que los infartos cerebrales, éstas son fatales con una mayor frecuencia, al tiempo que los sitios de localización más frecuentes son referidos a los ganglios basales, cerebelo y el puente de Varolio. En algunos casos éstas pueden ser lobares, generalmente no relacionadas con la hipertensión arterial, lo que responde al parecer a diferentes mecanismos patogénicos. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y de observación, en 28 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital, con diagnóstico de HICE lobares, en el período comprendido entre enero del 2000 y diciembre del 2005. Los casos fueron clasificados al ingreso de acuerdo al sistema de Kanaya y los resultados de acuerdo con la escala de resultados de Glasgow. **Resultados:** En el momento de la cirugía, el 65% de los pacientes se encontraban, con estados deteriorados del nivel de conciencia. La TAC se realizó al 95% de los casos. En el 70% no pudo ser determinada la etiología. La técnica quirúrgica más utilizada fue la evacuación a cielo abierto (80%). La mortalidad en la serie fue del 22%. **Conclusiones:** La cirugía puede constituir un método eficaz en el tratamiento de pacientes con HICE, utilizando criterios de selección rígidos.

14- Estudio de pacientes con diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea espontánea, en un período de cinco años en el HMC “Carlos J. Finlay”.

Autores: Dr. Ivey González Orlando, Dr. Jorge Rojas Manresa, Dr. Victor Duboy Limonta

Institución: Hospital Militar “Carlos J Finlay”

País: Cuba.

La HSA espontánea es más frecuente en el sexo masculino, raza blanca, en pacientes con más de 46 años de edad y en los meses de verano. El motivo de ingreso más frecuente lo constituyó la cefalea, predominando el síndrome meníngeo. En la mayoría de los casos el diagnóstico nosológico se estableció por TAC sp de cráneo y la etiología más frecuente fue la idiopática. La complicación neurológica más frecuentemente encontrada fue el vasoespasma clínico, en pacientes con TAC sp de cráneo grado III según Fisher y desde el punto de vista clínico la crisis hipertensivas. El estadio hospitalario fue como promedio de 20 días. En el manejo de cuerpo de guardia, para hospitales que no cuentan con angiógrafos y angioTC multicorte, se propone algoritmo derivado de los resultados obtenidos en este trabajo.

15- Factores que inciden sobre los resultados del tratamiento quirúrgico en aneurismas de la arteria cerebral media. Hospital Hermanos Ameijeiras, 1983-2004.

Autores: Justo L González González, Humberto Hernández Zayas, Elizabet Brown Jaquinet, Enrique de Jongh Cobo.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.C.H.

País: Cuba.

Los aneurismas de la arteria cerebral media (ACM) causan un quinto de las hemorragias subaracnoideas aneurismáticas y este vaso es el segundo sitio más frecuente de formación de aneurismas intracraneales. En este artículo analizamos los resultados quirúrgicos en 53 pacientes con aneurismas de esta arteria operados desde 1984 hasta el 2004 en el Hospital Hermanos Ameijeiras, en edades entre 20 y 60 años. El 69,8 % egresó con buenos resultados, 7,6 con secuelas leves y 22,6 % con secuelas graves. No hubo

Mortalidad en la serie. Los resultados mostraron una fuerte dependencia del estado preoperatorio (82,7% de buenos resultados los que ingresaron en grado I y 75% de secuelas graves los que ingresaron en III b). Las complicaciones también incidieron significativamente sobre los resultados al egreso, siendo el infarto cerebral la de peor pronóstico ($p=0,0008$).

16- Nuevos materiales para la embolización de las MAV. ONIX.

Autores: Dr. Alberto Gil

Institución: HUCA Asturias.

País: España.

CONFERENCIA

17- Resección Guiada de las MAVs Cerebrales

Autores: Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. José Jordán González, Dr. Eduardo Fermín Morales, Dra. Bárbara Estupiñán Díaz, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sánchez, Lic. Janett Benavides Barbosa.

Institución: CIREN-CIMEQ. C.H.

País: Cuba.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAVs) constituyen una patología de difícil manejo. Tiene diferentes formas de presentación clínica y gran variabilidad en tamaño, localización, angioarquitectura y características hemodinámicas.

Método: Se describe la experiencia en la realización de la resecciones microquirúrgicas estereotácticas guiadas por TAC y/o angiografía en 23 pacientes portadores de malformaciones arteriovenosas cerebrales utilizando dos sistemas estereotácticos (Leksell y Estereoflex), softwares de planificación (STASSIS y ANGIOWIN) y una unidad fluoroscópica portátil, para la realización de angiografías por sustracción digital transoperatoria (SIREMOBIL 2000). **Resultados:** La localización fue variable con predominio de las supratentoriales en regiones corticales. Se clasificaron con la gradación de Spetzler y Martín, incluyéndose desde grados I hasta IV, con predominio en los grados I y III. En 10 pacientes se empleó como guía imagenológica la combinación de las imágenes de TAC preoperatoria y ASD transoperatoria, en 11 pacientes solo se

utilizaron las imágenes de TAC y en 2 paciente solo las imágenes de ASD. Se logró la exéresis total en 21 de ellos para un 91.3%, mientras en los restantes la exéresis fue parcial, con la utilización en el 45.% de las intervenciones, de la angiografía transoperatoria posresección. La morbilidad neurológica permanente fue de solo el 4.3% y la mortalidad del 8.7%.

Conclusiones: La microcirugía se reafirma como modalidad de tratamiento efectiva. Esta combinación de técnicas y métodos facilita la identificación, presillado y exéresis de los componentes de las MAVs (aferencias, ovrillo y drenajes), con un índice mínimo de complicaciones

18- Asociación de meningioma intracraneal y malformación arteriovenosa

Autores: Dra. Margarita Elena Sánchez Padín, Dr. Iosmil Morales Pérez, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Arnaldo Gómez, Dr. Gerardo López Flores

Institución: CIREN-CIMEQ. C.H.

País: Cuba.

La ocurrencia simultánea de una malformación arteriovenosa (MAV) y un tumor primario del cerebro es rara; solamente se han reportado un poco más de treinta casos. Existen cinco reportes en la literatura internacional de la asociación de MAV y meningioma intracraneal. El que presentamos es el primero reportado en que coexisten una MAV supratentorial y un meningioma infratentorial. Se trata de una mujer de 55 años que llega a nuestro servicio aquejada de cefalea, dificultad para tragar e inestabilidad para la marcha y con un diagnóstico de MAV frontal derecha realizado seis años atrás. En estudios de TAC y RMN se evidencia un meningioma del ángulo pontocerebeloso derecho mayor de cinco centímetros. Fue intervenida quirúrgicamente por la lesión tumoral y se realizó una resección Simpson II con excelentes resultados quirúrgicos. Actualmente se encuentra pendiente de embolización de la MAV.

19- Uso de Simvastatina en la Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (Simvastatin in Aneurismal Subarachnoid Haemorrhage -STASH-)

Autores: Dra. Caridad Soler Morejón.

Institución: Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán". C.H.

País: Cuba

La Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (HSAa) es una afección con fuerte impacto desde el punto de vista clínico y socio-económico. Aunque constituye aproximadamente el 3% de todos los accidentes cerebrovasculares, tiene una influencia desproporcionada (25%) en la pérdida de la vida productiva ya que afecta fundamentalmente personas jóvenes. Según algunas estadísticas, el 30% de los sobrevivientes pueden quedar con secuelas importantes cuya causa fundamental son los eventos isquémicos tardíos, como consecuencia del vasospasmo. Prevenir los eventos isquémicos debe ser el objetivo fundamental del tratamiento. Se han desarrollado estudios sobre el uso de diferentes opciones terapéuticas, hasta el momento, solo la nimodipina y la terapéutica triple H han demostrado algún resultado. Las estatinas por sus propiedades beneficiosas muy reconocidas en las afecciones cardiovasculares, por su efecto hipolipemiante y protector de la microvasculatura, pueden ser también de beneficio en el tratamiento de los pacientes con HSAa como ha sido demostrado en un estudio preliminar donde resultó evidente el carácter neuroprotector de las estatinas, con disminución del vasospasmo y déficit neurológicos tardíos, así como mejoría de la autorregulación cerebral (Tseng 2005). El presente proyecto es un ensayo clínico multicéntrico y multinacional sobre el uso de simvastatina, potente reductor de LDL Colesterol, ampliamente comercializado y disponible en el mundo, durante la fase aguda de la HSA a con el objetivo de demostrar su impacto en la reducción de la incidencia y duración de eventos isquémicos tardíos y en la mejoría de la evolución a corto y largo plazo de estos pacientes.

20- Aneurismas intracraneales complejos. Resultados quirúrgicos. Holguín 2002-2006

Autores: Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Julio C. Selva Infante.

Institución: Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.

Pais. Cuba

Poster

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, tomando como muestra 42 pacientes con aneurismas intracraneales complejos, que fueron atendidos por el servicio de neurocirugía del hospital clínico quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” de la provincia de Holguín en el periodo comprendido entre enero del 2002 a septiembre del 2006. El grupo de edades comprendido entre los 45 a 59 años fue el más afectado. Las localizaciones más frecuentes correspondieron a la arteria comunicante anterior, arteria oftálmica y bifurcación de la arteria basilar. Los Aneurismas de gran tamaño estuvieron presentes en 10 casos, predominando en nuestro estudio los de mediano tamaño. Los abordajes quirúrgicos más utilizados fueron el Pterional y como técnica de apoyo se utilizó en 11 oportunidades la técnica de aspiración succión retrograda. En la gran mayoría de los casos se logró una recuperación completa; la mortalidad total fue de un 4.7%.

ESPINAL

1- Artrodesis lumbar circunferencial minimamente invasiva, ventajas e inconvenientes. Nuestra experiencia.

Autores: Dr. José María Torres.

Institución: HUCA

País: España.

CONFERENCIA

2- Fusión con cajuela de metacrilato de metilo e hidroxapatita en el tratamiento de la hernia discal cervical.

Autores: Dr. Jorge Seino González, Dr. Carlos Acosta Rivas, Dr. Onel Hernández Martínez, Dr. Orbes Luis López Trujillo, Dr. Andrés Vázquez Cruz.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Miguel Enríquez”.

País: Cuba.

Objetivo: Las cajuelas o cage fueron introducidos en la fusión espinal para resolver los inconvenientes con los implantes de hueso autógeno, halógeno u otros biocompatibles. El propósito del estudio fue evaluar a corto plazo los resultados de la disectomía cervical

anterior fusionada (DCAF) con implantes de polimetacrilato de metilo (PMMA) e hidroxiapatita. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo de 80 pacientes tratados con DCAF a los que se le implantó uno o varios cage de PMMA rellenos con hidroxiapatita. Se les realizó un seguimiento por 6 a 18 meses, incluyendo controles radiológicos simples donde se evaluó la restauración de la altura del espacio discal, la fusión y el restablecimiento de la lordosis fisiológica de la columna cervical. **Resultados:** En todos los casos, la altura de los espacios fue restaurada y mantenida, y la lordosis fisiológica fue corregida a los niveles correspondientes. Se logró una fusión completa en el 96.25% de los pacientes a los seis meses y en el 100% de los casos a los 12 meses. No ocurrieron complicaciones relacionadas con fallos del implante. **Conclusiones:** Se concluye por los autores en este estudio preliminar que la aplicación de implantes de cage de polimetacrilato de metilo con hidroxiapatita en la DCAF es una alternativa segura y efectiva a corto plazo.

3- Implantes en la columna cervical baja con Hidroxiapatita

Autores: Dra. Susana a. Fernández Benítez, Dr. Ramiro Pereira Riverón.

Institución: Hospital General “Calixto García”. C.H.

País: Cuba.

En las intervenciones quirúrgicas sobre la columna cervical baja (C3 a C7), tanto por lesiones traumáticas como degenerativas, es frecuente la necesidad de emplear injertos (implantes), para sustituir discos intervertebrales incompetentes (herniados). Los implantes de mayor en nuestro medio, son los que se obtienen de fragmentos de hueso autógeno de la cresta iliaca. Pero existen varios problemas asociados con el empleo de estos injertos. Este es un ensayo clínico prospectivo para, en esencia, demostrar las ventajas para el paciente, al utilizar la hidroxiapatita (HA) como implante para sustituir discos intervertebrales en la columna cervical baja (C3 a C7).

Los resultados en 120 pacientes fueron: “Excelentes” 80,8% y “Buenos” 11,6% (para un total de 92,4 % con resultados clínicos eficientes, por sus ventajas objetivas para los pacientes, sobre todo la casi

ausencia de complicaciones; por lo que recomendamos esta técnica y material (HA), como nuevo paradigma de tratamiento para este tipo de pacientes.

4- Cirugía lumbar por vía anterior. Tóracofrenolaparotomía vs. Laparotomía.

Autores: Dr. Guillermo Clará Morell, Dr. Pedro García Alfonso, Dr. Idel Pérez González

Institución: Hospital Universitario “Camilo Cienfuegos” Sancti Spiritus.

País: Cuba.

Objetivo: Conocer el manejo de las vías anteriores por abordaje de la columna lumbar. **Material y método:** Durante el año 2005, se presentaron en nuestro Hospital Camilo Cienfuegos, tres pacientes con complejas fracturas de columna lumbar y un cuarto con un tumor de cuerpo vertebral donde el abordaje posterior convencional no cumplía el objetivo de descomprimir y estabilizar el eje óseo lumbar. Con criterio de cirugía por vía anterior estos pacientes se intervinieron, el primero de ellos se hizo el abordaje anterior por toracofrenolaparatomía, los tres restantes se intervinieron por laparotomía. **Resultados:** Para todos aquellos que se dediquen a la cirugía de columna, los abordajes anteriores deben ser realmente más estrecho, pero permite visualizar los cuerpos vertebrales lumbares, disecar los grandes vasos abdominales y ligar las arterias espinales pares, permitiendo el manejo de las vértebras lumbares (corpectomías conocidos y dominados. El hacer un abordaje más amplio para el segmento lumbar toracofrenolaparatomía, no constituye una regla rígida. La laparotomía ofrece un campo, injertos óseos, colocación de láminas, etc.), sin necesidad de abrir el diafragma y reseca arcos costales. Por lo queda demostrado que a pesar de ser este último abordaje de campo más estrecho resulta de múltiples ventajas para el paciente. **Conclusiones:** Validar la laparotomía sobre la toracofrenolaparatomía, para el abordaje anterior de la columna lumbar

5- Discopatía lumbar doble. Experiencia en 20 años.

Autores: Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

País: Cuba.

Introducción: Se realiza una investigación descriptiva para presentar una serie de 48 pacientes ingreasados con el diagnóstico de hernia discal lumbar doble y operados por primera vez en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, utilizando la microtécnica de Caspar modificada. **Material y métodos:** Se efectuó un estudio observacional retrospectivo-prospectivo de tipo descriptivo, que acopió información de todos los pacientes que hubieron de ingresar y operarse por primera vez de hernia discal lumbar doble por la microtécnica de Caspar, en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, con criterios para la selección e inclusión de los casos, criterios para la exclusión y criterios utilizados para evaluar la información acopiada. **Resultados:** Empleando una planilla confeccionada al efecto se recogen las variables que se analizan estadísticamente permitiendo relacionarlas unas con otras y compararlas con series existentes en la bibliografía revisada. En el 96 % de los casos la hernia discal lumbar se concentró destacadamente en los espacios L4-L5 y/o L5-S1. El 59 % según confirmación quirúrgica de hernia discal se precisó a nivel de L5-S1 mientras que el 35 % fué en L4L5. Los espacios lumbares altos su frecuencia de presentación fué casi despreciable. En el 3 % de los casos la hernia discal se presentó concomitante en dos espacios según hallazgos quirúrgicos. Los espacios L4-L5-S1 marcaron una distancia casi inalcanzable (68 %) para la combinación L3-L4-L5 que se presentó en el 27 %. Dos pacientes solo presentaron la combinación L2-L3-L4 y un 4 % presentó dos segmentos herniados no limítrofes. **Conclusiones:** El 22 % de los pacientes que presentaron hernia discal lumbar en dos espacios confirmados por la cirugía, desarrollaron clínicamente el síndrome de la cola de caballo. La discopatía lumbar doble más frecuente fué L4-L5-S1. El medio diagnóstico de más fidelidad en el diagnóstico de la hernia discal lumbar doble fué la tomografía postmielográfica. La resonancia magnética

imagenológica presentó un gran valor también en el diagnóstico de discopatías dobles lumbares.

6- Resultados del tratamiento microquirúrgico de la discopatía lumbar. Experiencia 20 años

Autores: Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

País: Cuba.

Introducción: Se realiza una investigación descriptiva para presentar una serie de 1934 pacientes ingreasados con el diagnóstico de hernia discal lumbar y operados por primera vez en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, utilizando la microtécnica de Caspar modificada. **Material y Métodos:** Se efectuó un estudio observacional retrospectivo-prospectivo de tipo descriptivo, que acopió información de todos los pacientes que hubieron de ingresar y operarse por primera vez de hernia discal lumbar por la microtécnica de Caspar, en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, con criterios para la selección e inclusión de los casos, criterios para la exclusión y criterios utilizados para evaluar la información acopiada. **Resultados:** Empleando una planilla confeccionada al efecto se recogen las variables que se analizan estadísticamente permitiendo relacionarlas unas con otras y compararlas con series existentes en la bibliografía revisada. Obtuvimos resultados post operatorios satisfactorios en el 92,54 % de los casos. La reincorporación laboral total fué de un 82,62 %, mientras que la reincorporación a algún tipo de labor llegó hasta el 92,30 %. Se dan recomendaciones. **Conclusiones:** El grupo etáreo más afectado fué el de 36-45 con mayor prevalencia en el sexo masculino. La lumbociatalgia constituye el síntoma más frecuente, siendo la maniobra de Laségue, el signo de locación ciática predominante. La casi totalidad de los casos egresaron antes de las 48 horas, acompañándose generalmente de un reposo post operatorio no mayor de 3 meses, habiéndose obtenido en la mayoría de los pacientes, la reincorporación a su labor habitual en 9 de cada 10

casos. Los resultados de los casos de nuestra serie dependen en gran medida del tiempo de evolución preoperatoria de la enfermedad, obteniéndose los mejores resultados en los pacientes operados dentro de los 3 meses del debut de los síntomas.

6- Aplicación de la anestesia local con sedación en la cirugía de la hernia discal cervical. Nuestros resultados.

Autores: Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A Díaz Agramonte, Dr. Oílen Hernández Guerra, Dr. Noel Pérez.

Institución: Hospital General de Morón. Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: Desde los trabajos de Cloward y Robinson en la década de los 60, que popularizaron la vía anterior para la cirugía espinal cervical, muchos han sido los avances logrados en este perfil de la medicina. Esta vía no solo facilita un abordaje inocuo a las estructuras anteriores y posteriores del raquis cervical, utilizando planos avasculares, sino que se presta para utilizar técnicas alternativas de alivio del dolor y anestésicas, al ofrecer al paciente una posición supina más cómoda, con escasa manipulación de estructuras y facilitando un corto período de tiempo para alcanzar el blanco quirúrgico. El actual constituye un reporte de la utilización de la anestesia local en la cirugía de hernia discal cervical, luego de 8 años de utilización de la misma. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que el universo de estudio estuvo constituido por 200 pacientes operados de hernia discal cervical, en el servicio de neurocirugía de nuestro hospital, en los que se utilizó la anestesia local y sedación, como alternativa para la anestesia de los pacientes. La técnica utilizada fue la de anestesia local progresiva, administrada por el cirujano, con una mezcla de 5 ml de bupivacaína al 5% y 20 ml de lidocaína al 2%, infiltrada en el lateral izquierdo del cuello, por donde se realizó siempre el abordaje quirúrgico. A todos los casos se aplicó una sedación administrada por el anestesista, como apoyo a la técnica anestésica. **Resultados:** El tipo de personalidad del paciente fue un factor importante en la toma de decisión para

aplicar el método, así como el agente o droga utilizada para la sedación. Solo en 2 casos (0.01%), fue necesario utilizar, una técnica alternativa a la anestesia local por fallo de la misma. No se produjeron, complicaciones inherentes a la técnica. **Conclusiones:** 1- La anestesia local es una técnica anestésica totalmente aplicable a la cirugía espinal cervical de hernia discal. 2- Con la utilización de la misma se evitaron suspensiones por enfermedades crónicas generales. 3- Se evitan las complicaciones inherentes a la anestesia general.

7- Estudio de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la mielopatía espondilótica cervical por vía anterior y posterior

Autores: Dr. Reinel Alcides Junco Martín, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriol, Dr. Federico Córdova Armengol, Dr. Víctor Duboy Limonta, Dr. Jorge Luis Rojas Manresa, Dr. Ivey González Orlandy.

Institución: Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay"

País: Cuba.

Introducción: La mielopatía cervical es una entidad que tiene su origen en una alteración de la función medular y es secundaria a una compresión extrínseca de la médula espinal o de su aporte vascular a nivel cervical, como resultado de la anatomía osteoligamentosa que acompaña a la espondiloartrosis cervical. **Objetivos:** Comparar la evolución de los pacientes en cuanto a su sintomatología clínicas pre y postoperatoria. Comparar la variación en la escala de Nurick de los pacientes en la primera consulta con respecto a la presentada al año de operado. Comparar los resultados de los estudios complementarios pre y postoperatorios realizados a los pacientes operados. Describir el índice de complicaciones postquirúrgicas en ambas vías. **Material y Métodos:** En nuestro trabajo se estudió un universo de 30 pacientes, de los cuales el 50% (15 pacientes) fueron seleccionados para ser intervenidos por la vía anteromedial (grupo I) y el otro 50% (15 pacientes) por la vía posterior (grupo II) los cuales fueron ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay, en el periodo comprendido entre Abril del 2002, y Abril del 2005. Los datos estadísticos fueron procesados mediante un análisis porcentual y frecuencial, el trabajo tuvo un carácter prospectivo.

Resultados: El estudio mostró que la entidad neuroquirúrgica afectó más al grupo etario entre 61 y los 70 años con un 30 % (9 pacientes). En el grupo I la enfermedad predominó en las edades comprendidas entre los 51 y los 60 años para un 33.3 % (5 pacientes), mientras que en el grupo II esto ocurrió en las edades comprendidas entre los 61 y los 70 años de edad para un 40 % (6 pacientes). En el grupo I el 53.3 % (8 pacientes) fueron hombres mientras el 46.6 % (7 pacientes) fueron mujeres y en el grupo II el 73.3 % (11 pacientes) fueron hombres mientras el 26.6 % (4 pacientes) fueron mujeres. En el grupo I lo que predominó fue la cirugía en dos espacios con un 60 % (9 pacientes), y en solo En el grupo II el predominio fue la cirugía en cuatro espacios representando un 33.3 % (5 pacientes). En el grupo I el espacio más afectado fue el de C4 a C7 presentándose con un 26.6 % de incidencia (4 pacientes). En el grupo II esto no se comportó igual pues en los espacios C3-C6, C2-C7 y C3- C7 se evidenció en el 20 % de la serie (3 pacientes respectivamente). **Conclusiones:** En nuestro estudio hubo una gran mejoría de los síntomas y signos que fueron evaluados en un inicio pues el mayor porcentaje de ellos mejoró entre el 40 y el 60 % incluyendo los signos de liberación piramidal. La escala de valoración de Nurick obtuvo buenos resultados pues se logró que el mayor porcentaje de los pacientes alcanzara uno o más grados inferiores al que presentaban al inicio e incluso se logró que 7 pacientes quedaran fuera de la clasificación por desaparición de todos los síntomas y signos. Los estudios complementarios presentaron mejoría en cuanto a los signos de compresión medular fundamentalmente los obtenidos en la resonancia magnética nuclear postoperatoria que nos mostró los cambios postquirúrgicos en un gran porcentaje de la serie y que evidenció mejores resultados en los pacientes del grupo I. El índice de complicaciones postquirúrgica se comportó similar en ambos grupos pues lo que predominó fue el dolor cervical severo persistente, no obstante hubo complicaciones tratadas con posterioridad como fue el caso de la cifosis.

8- Análisis Retrospectivo del Síndrome de Cirugía Fallida en ISMM. Dr. Luís Díaz Soto.

Autores: Dr. Pablo Pérez La O, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Lic. Teresa La Rosa Chivas

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”. C.H.
País: Cuba.

Se realiza un estudio retrospectivo de los casos operados por patología discal lumbar cuya cirugía resultó fallida, en el ISMM. Dr. Luís Díaz Soto en los últimos 5 años, con el objetivo de establecer las causas de cirugía fallida de columna lumbosacra en nuestro medio así como analizar los factores determinantes de este síndrome. Para este trabajo se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Cirugía Fallida de Columna Lumbosacra realizando un análisis de las causas determinantes de este síndrome. Las causas más frecuentemente encontrada en estos pacientes resultó el error de espacio y la mala selección de la técnica quirúrgica. Concluimos con este trabajo, que las causas del Síndrome de Cirugía Fallida de Columna en nuestro medio, fueron en su mayoría relacionadas o inherentes al manejo prequirúrgico (estudios imagenológicos o selección de la técnica), lo cual permitió influir en ellas para reducir la casuística.

9- Fijación transpedicular. Técnica y resultados en 43 pacientes.

Autores: Dr. Diego A Guerra Sierra, Dr. Jorge Seino, Dr. Carlos Acosta, Dra. Reina Regla Orbera Bouza
Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Docente. “Dr. Miguel Enríquez”. C.H.

País: Cuba.

Nuestro servicio realiza un estudio prospectivo en cuanto al tratamiento medico y quirúrgico de estas fracturas por medio de un sistema de fijación interna transpedicular. Se han operado en el período desde 1999 a 2006 un total de 43 pacientes, 39 masculinos y 4 femenino, comprendido entre los 17 y 62 años con una mayor prevalencia en la tercera década de la vida. Ingresaron por fracturas tóraco - lumbares o lumbares después de sufrir un accidente de automovilístico o caída de altura y 2 por una espondilolistesis L5 – S1 grado II, 1 por pseudoartrosis de una fractura lumbar no estabilizada,

se utiliza la escala de Frankel para la evaluación neurológica de los pacientes. De los 43 pacientes 14 con Frankel E, 10 con Frankel D y 6 con Frankel C, 5 con Frankel B y 8 con Frankel A. Las complicaciones que se presentó fue la colocación por fuera del cuerpo vertebral de los tornillos transpediculares, fractura de un tornillo. Esta es una técnica que ofrece una gran capacidad de reducción y rectificación fracturas y brinda una segura estabilidad, además es una novedosa técnica quirúrgica que se desarrolla en nuestro hospital.

10- Fijación percutánea en fracturas de odontoides.

Autores: Dr. Enrique de Jongh, Dr. Ramiro Pereira, Dr. Armando Felipe, Dr. Norbery Rodríguez, Dr. Juan Carlos Bermejo

Hospital: Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras»

País: Cuba

Objetivos: En algunas fracturas de odontoides el tratamiento de elección es la fijación anterior transaxial, cuando existe poco desplazamiento o puede ser reducida. Desarrollamos una instrumentación mínimamente invasiva para esta técnica de forma percutánea. **Material y método:** Fueron intervenidos 6 pacientes con fracturas Tipo II y III de odontoides. Se utilizó un abordaje anterior de 1 cm con instrumental canulado en parte preparado por los autores. Se colocó un tornillo desde la parte ántero-inferior del cuerpo del Axis hasta la punta del diente.

Resultados: En 4 pacientes el único síntoma previo a la cirugía fue la cervicalgia. En los otros 2 había cuadriplejía. En todos se logró consolidación de la fractura con la aparición de callo óseo. En 5 de los pacientes la cirugía fue guiada por intensificador de imágenes y en el otro por radiografía simple. La única complicación relacionada con la intervención fue dolor retrofaríngeo durante 2-3 días. **Conclusiones:** El desarrollo de las técnicas percutáneas a la columna vertebral puede ser empleado en las fracturas de la odontoides. Es indispensable el uso de tornillos e instrumental canulados. Es muy útil el empleo del intensificador de imágenes mientras se realiza la intervención.

11- Fijación interapofisaria translaminar percutánea. Una opción quirúrgica en la espondilolistesis lumbar ístmica.

Autores: Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.

Institución: Hospital General de Morón. Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: El término espondilolistesis fue utilizado por vez primera en el año 1854 por Kilian, aunque un siglo antes, en 1782 Herbiniaux, un obstetra Belga, había descrito el primer caso de espondilolistesis al referirse a una paciente con una prominencia ósea anterior al sacro que causaba estrechamiento del canal del parto. El tratamiento quirúrgico para esta patología consiste típicamente en un procedimiento de fusión, con o sin la utilización de descompresión neurológica.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo de 12 pacientes operados por espondilolistesis ístmica en nuestro servicio, en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2001 y diciembre del 2005, en los cuales se utilizó la técnica de fijación interapofisaria translaminar percutánea para reducir y fusionar la deformidad esquelética. Se empleó un abordaje microquirúrgico convencional (de Caspar), para la extracción de los discos intervertebrales herniados e inmediatamente se procedió a la fijación espinal, por la técnica propuesta por King y Boucher, en la década de los años 50 y que luego fuera modificada por Montesano en la de los 90. **Resultados:** El 75% pertenecían al sexo masculino, con una edad promedio de 49.8 años. El espacio L5-S1 fue el más abordado seguido del L4-L5. No se presentaron complicaciones con la técnica. Se realiza una comparación biomecánica con la técnica de Luque.

12- Estudio de los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la mielopatía espondilótica cervical por vía anterior y posterior

Autores: Dr. Reinel Alcides Junco Martín, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel, Dr. Federico Córdova Armengol, Dr. Victor Duboy Limonta, Dr. Jorge Luís Rojas Manresa, Dr. Ivey González Orlandy.

Institución: Hospital Militar Central. “Carlos J. Finlay”.

País: Cuba.

Introducción: La mielopatía cervical es una entidad que tiene su origen en una alteración de la función medular y es secundaria a una compresión extrínseca de la médula espinal o de su aporte vascular a nivel cervical, como resultado de la anatomía osteoligamentosa que acompaña a la espondiloartrosis cervical. **Objetivos:** Comparar la evolución de los pacientes en cuanto a su sintomatología clínicas pre y postoperatoria. Comparar la variación en la escala de Nurick de los pacientes en la primera consulta con respecto a la presentada al año de operado. Comparar los resultados de los estudios complementarios pre y postoperatorios realizados a los pacientes operados. Describir el índice de complicaciones postquirúrgicas en ambas vías. **Material y Métodos:** En nuestro trabajo se estudió un universo de 30 pacientes, de los cuales el 50% (15 pacientes) fueron seleccionados para ser intervenidos por la vía anteromedial (grupo I) y el otro 50% (15 pacientes) por la vía posterior (grupo II) los cuales fueron ingresados en el servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay, en el periodo comprendido entre Abril del 2002, y Abril del 2005. Los datos estadísticos fueron procesados mediante un análisis porcentual y frecuencial, el trabajo tuvo un carácter prospectivo. **Resultados:** El estudio mostró que la entidad neuroquirúrgica afectó más al grupo etario entre 61 y los 70 años con un 30 % (9 pacientes). En el grupo I la enfermedad predominó en las edades comprendidas entre los 51 y los 60 años para un 33.3 % (5 pacientes), mientras que en el grupo II esto ocurrió en las edades comprendidas entre los 61 y los 70 años de edad para un 40 % (6 pacientes). En el grupo I el 53.3 % (8 pacientes) fueron hombres mientras el 46.6 % (7 pacientes) fueron mujeres y en el grupo II el 73.3 % (11 pacientes) fueron hombres mientras el 26.6 % (4 pacientes) fueron mujeres. En el grupo I lo que predominó fue la cirugía en dos espacios con un 60 % (9 pacientes), y en solo En el grupo II el predominio fue la cirugía en cuatro espacios representando un 33.3 % (5 pacientes). En el grupo I el espacio más afectado fue el de C4 a C7 presentándose con un 26.6 % de incidencia (4

pacientes). En el grupo II esto no se comportó igual pues en los espacios C3-C6, C2-C7 y C3- C7 se evidenció en el 20 % de la serie (3 pacientes respectivamente). **Conclusiones:** En nuestro estudio hubo una gran mejoría de los síntomas y signos que fueron evaluados en un inicio pues el mayor porcentaje de ellos mejoró entre el 40 y el 60 % incluyendo los signos de liberación piramidal. La escala de valoración de Nurick obtuvo buenos resultados pues se logró que el mayor porcentaje de los pacientes alcanzara uno o más grados inferiores al que presentaban al inicio e incluso se logró que 7 pacientes quedaran fuera de la clasificación por desaparición de todos los síntomas y signos. Los estudios complementarios presentaron mejoría en cuanto a los signos de compresión medular fundamentalmente los obtenidos en la resonancia magnética nuclear postoperatoria que nos mostró los cambios postquirúrgicos en un gran porcentaje de la serie y que evidenció mejores resultados en los pacientes del grupo I. El índice de complicaciones postquirúrgica se comportó similar en ambos grupos pues lo que predominó fue el dolor cervical severo persistente, no obstante hubo complicaciones tratadas con posterioridad como fue el caso de la cifosis.

13- Fijación de la fractura del proceso odontoides del axis mediante tornillo transaxial: Reporte de 1 nuevo caso. Cronología del reporte de casos en Cuba.

Autores: Dr. José Ramón Tejera del Valle

Institución: Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos.

País: Cuba.

Objetivos: Realizar el reporte de un caso nuevo de esta patología poco frecuente de la práctica neuroquirúrgica y traumatológica raquimedular diaria, pero que por la elevada posibilidad de que se acompañe de un desenlace fatal debe estar siempre presente en el pensamiento de nuestros neurotraumatólogos. Discutir los criterios manejados internacionalmente en este tipo de lesiones, así como los criterios de los neurocirujanos cubanos que han reportado sus casos, y sobre esta base establecer la cronología nacional conocida de estas operaciones. **Descripción:** Las fracturas del proceso odontoides del Axis han sido un tema polémico durante muchos

años. La alternativa técnica de colocar una fijación con tornillo directamente a través del sitio de la fractura, reatando la odontoides y el cuerpo de C₂ ha ido ganando defensores en la actualidad mundialmente. Se revisa el tema, se reporta el séptimo caso conocido operado en Cuba mediante esta técnica, estableciendo así la cronología nacional conocida que se ha reportado. Se emiten consideraciones al respecto. **Intervención:** Se describe la modalidad técnica empleada con lujo de detalles y las limitaciones que hemos tenido. Se hacen sugerencias en relación con la disponibilidad de tornillos canulados mínima e indispensable que debía poseer cada servicio neurotraumatológico del país. **Conclusión:** La fijación por vía anterior con tornillo transaxial de las fracturas del proceso odontoides del Axis tipos II y III, preferiblemente ejecutada de forma percutánea y en su defecto a cielo abierto, es la técnica de elección en nuestro medio. Palabras claves: fractura de odontoides-fijación anterior con tornillo en fracturas de odontoides-tornillo transaxial-fracturas cervicales superiores.

14- Síndrome de Espalda Fallida. Reflexiones.

Autores: Dr. Guillermo Clará Morell

Institución: Hospital Universitario “Camilo Cienfuegos” Sancti Spiritus.

País: Cuba.

Objetivos: Conocer los casos de Síndrome de Espalda Fallida, durante un período de cinco años. Acercarnos a las posibles causas de fallo en la Cirugía Espinal. **Material y método:** Durante el año 2003, se realizó un estudio retrospectivo de cinco años (1998 a 2002), de los casos que acudían a consulta de Neurocirugía con dolor lumbar o cialgia posterior a una microcirugía lumbar con diagnóstico de hernias, estenosis del canal, hipertrofias, etc. El universo de trabajo lo constituyeron 449 casos, en los que de alguna manera utilizaron antiinflamatorios o algún otro tipo de terapia para mantener una vida laboral y social activa. Se evaluaron por consultas y por años dichos pacientes con su médico de asistencia, utilizando la escala de MacNab, (Resultados Buenos, Aceptables y Malos) lo que permitió definir las posibles causas y evaluar fallos en la cirugía espinal. **Resultados:** Durante el año 2003 se estudiaron 449 casos en los

que se diagnosticó el Síndrome de Espalda Fallida, posterior a una cirugía lumbar (operados entre los años 1998 a 2002), de ellos resultó que el 70% correspondían a fallos humanos (diagnóstico incorrecto, abordajes quirúrgicos fallidos), un 20% a fallos propiamente en la técnica quirúrgica, un 10% a elementos de inestabilidad en el eje óseo, y no constituyó una variable importante las complicaciones propias de la cirugía en todos estos casos, tales como: discitis, equivocación del espacio, sepsis de las partes blandas, fibrosis, e inestabilidad del eje óseo. **Conclusiones:** Cerca de un 70% de las causas del Síndrome de Espalda fallida corresponden a fallos humanos

15- Síndrome cola de caballo en discopatía lumbar. Experiencia 20 años.

Autores: Dr. William Dejongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermano Amejeiras”

País: Cuba

Introducción: Se realiza una investigación descriptiva para presentar una serie de 61 pacientes ingresados con el diagnóstico de hernia discal lumbar y operados por primera vez en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, utilizando la microtécnica de Caspar modificada. **Material y métodos:** Se efectuó un estudio observacional retrospectivo-prospectivo de tipo descriptivo, que acopió información de todos los pacientes que hubieron de ingresar y operarse por primera vez de hernia discal lumbar por la microtécnica de Caspar, con síndrome de cauda equina, en el servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras desde Junio de 1983 hasta Junio del año 2003, con criterios para la selección e inclusión de los casos, criterios para la exclusión y criterios utilizados para evaluar la información acopiada. **Resultados:** Empleando una planilla confeccionada al efecto se recogen las variables que se analizan estadísticamente permitiendo relacionarlas unas con otras y compararlas con series existentes en la bibliografía revisada. La incidencia de 61 pacientes del síndrome de cauda equina de nuestra

serie de 1934 pacientes operados de hernia discal lumbar en 20 años cae dentro del rango descrito internacionalmente. Concuera el predominio del sexo masculino en el adulto joven (30-39 años para un 70,59%). Existió un denominador común, la difusión esfinteriana (100%). En nuestra casuística 59 sufrieron ciática, siendo más frecuente la unilateral a la bilateral. El espacio L5-S1 fué el más afectado. La hernia discal doble se vió en el 17,65% de los casos. Conclusiones: Predominio en el sexo masculino y en grupo etáreo de 30 a 39 años. Los síntomas más frecuentes fueron la difusión esfinteriana, la ciatalgia uni o bilateral, el defecto motor y la anestesia en silla de montar. El espacio L5-S1 siguió lidereando como el nivel topográfico más frecuente afectado, secundado por L4-L5. Debut clínico de forma insidiosa, Lenta y gradual, apreciándose un efecto desfavorable en la recuperación de pacientes cuyo debut fué más agudo, ejerciendo similar pronóstico desfavorable la anestesia en silla de montar. El momento quirúrgico desde la instalación del síndrome fue más frecuente entre las 13 y 24 horas, reportándose más frecuente en el debut lento que en el agudo. Correlacionando, la velocidad de instalación del cuadro y la recuperación neurológica total post quirúrgica se obtuvo un porcentaje mejor en el grupo gradual no agudo (94%).

16- Síndrome de cirugía fallido lumbar. Experiencia de 20 años.

Autores: Dr. William De jongh Peri, Dr. Emmanuel Yao Boado, Dr. Nestor Pulido.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermano Amejeiras"

País: Cuba.

17- Abordaje extracavitario a la columna dorsal y lumbar. Holguín 2002-2006

Autores: Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza

Institución: Hospital "Lucía Iñiguez Landín" Holguín

País: Cuba

Poster

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, tomando como muestra 21 pacientes con lesiones

traumáticas de la columna dorsal o lumbar que provocaban inestabilidad en la misma que fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín" de la provincia de Holguín en el periodo comprendido entre enero del 2002 a septiembre del 2006. El grupo de edades que predominó fue entre los 25 a 45 años. Las localizaciones más frecuentemente encontrada fue a nivel de la charnela dorso lumbar, seguida de lesiones a nivel de L3. El abordaje quirúrgico más utilizado fue el retroperitoneal con corpectomía parcial y osteosíntesis con laminas AO, seguido de abordaje transtorácicos. En 12 de nuestros pacientes se logró una recuperación completa, siendo parcial en 7 casos y nula en 2 pacientes. No se reportan fallecidos en nuestra serie de casos. □

18- Fijación transaxial odontoidea, en las fracturas de columna cervical alta. Holguín 2002-2006

Autores: Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Salvatore Augello Díaz

Institución: Hospital "Lucía Iñiguez Landín" Holguín

País: Cuba

Poster

Se realizó un estudio retrospectivos, tomando como muestra 11 pacientes con diagnóstico de Fractura de Odontoides, que fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín" de la provincia de Holguín en el periodo comprendido entre enero del 2002 a septiembre del 2006. El grupo de edades de mayor afectación fue entre los 50 a 60 años. El tipo de fractura de odontoides mas frecuentemente encontrada fue la tipo II. El abordaje quirúrgico que se utilizó en todos estos casos fue la Transaxial Odontoidea. Para definir la conducta quirúrgica en estos casos se tuvo en cuenta el estado clínico y neurológico. Todos nuestros casos evolucionaron satisfactoriamente, lográndose una estabilización completa en todos los casos. □

19- Estabilización quirúrgica por vía anterior en luxofracturas cervicales 17 años de trabajo en Holguín.

Autores: Dr. Salvatore Augello Díaz, Dr. Boris Leyva López, Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Julio C. Selva Infante, Dra. Tania M. Cruz Hernández.

Institución: Hospital "Lucía Iñiguez Landín" Holguín

Pais: Cuba

Poster

Se realiza un estudio retrospectivo de 17 años de experiencia del servicio de neurocirugía en los Hospitales Lucía Iñiguez Landín y Vladimir Ilich Lenin de Holguín, en la estabilización quirúrgica por vía anterior en las Luxofracturas cervicales usando láminas metálicas confeccionadas en nuestro centro. La totalidad de los pacientes fue 232. La causa más frecuente la inmersión en aguas pocos profundas y la localización C5-C6. Entre las complicaciones sobresalieron la sepsis respiratoria y urinaria entre las generales y la sepsis del área quirúrgica entre las atribuibles al proceder intervencionista, siendo muy bajo el Porciento de lisis del injerto o desplazamiento de la láminas. Más del 50% de los pacientes se reincorporaron laboralmente.

TUMORAL

1- Abordajes Laterales a Lesiones craneobasales.

Autores: Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Pedro Pablo Morales Hechavarría, Dr. Nicolás Monzón Fernández, Dr. Nérido González Fernández, Dr. Julio C. Galvéz Chavéz, Dra. Roxana morales Tirado.

Institución: Hospital clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

País: Cuba.

Objetivo: La cirugía de la Base del Cráneo ha sido ampliamente desarrollada en las últimas décadas. El conocimiento detallado de la anatomía de la base en su porción intra y extracraneal, el desarrollo de novedosas técnicas imagenológicas que permiten mejor definición de la extensión de la lesión y estruc-

turas neurovasculares involucradas y el manejo de las mismas por grupos multidisciplinarios formados por neurocirujanos, otorrinolaringólogos, cirujanos de cabeza y cuello y reconstructivos han influido positivamente en la disminución de las tasas de mortalidad y recurrencia tumoral. La mayoría de las lesiones que invaden la fosa craneal media en su porción lateral y el hueso temporal eran consideradas inoperables por abordajes convencionales, la introducción de novedosas técnicas quirúrgicas de la base del cráneo han permitido mejor manejo de las mismas. Nos proponemos demostrar la validez de la resección craneofacial de lesiones tumorales que afectan esta región anatómica. **Material y Método:** Se intervinieron quirúrgicamente 4 pacientes. De ellos, 3 presentaban cáncer de piel avanzado de región auricular con invasión a hueso temporal y el cuarto paciente un meningioma de fosa media con extensión a fosa infratemporal. **Resultados:** No hubo mortalidad quirúrgica, se logró resección total macroscópica en todos los casos, en uno de ellos no se obtuvo un margen adecuado de resección, por lo que actualmente presenta persistencia tumoral, lo cual demuestra la importancia pronóstica de márgenes libres durante el acto operatorio. Las complicaciones encontradas se corresponden con la media internacional. **Conclusión:** Los resultados demuestran que la cirugía craneofacial es efectiva para el tratamiento de las lesiones en esta localización.

2- Abordaje por craniotomía subfrontal combinado con transesfenoidal endoscópico de un paciente con adenoma gigante de hipófisis.

Reporte de un caso.

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Omar López Arbolay, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Pablo Pérez la O

Institución: ISMM Dr. Luís Díaz Soto, Hospital clínico quirúrgico Hermanos Amejeiras,

País: Cuba.

3- Anestesia endovenosa total con y sin ketamina, durante el abordaje de la fosa posterior para la resección de los neurinomas del acústico. Ensayo clínico.

Autores: Dra. Som My Benítez Tang.

Institución: Hospital clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

País: Cuba.

Los neurinomas del acústico son tumores que afectan la fosa craneal posterior, al crecer pueden presionar las estructuras nerviosas vecinas y provocar aumento de la presión intracraneal. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la exéresis de la lesión con el menor daño neurológico posible; por otra parte la técnica anestésica aplicada debe proporcionar una inducción suave, fácil control de la profundidad anestésica, estabilidad hemodinámica y rápida emergencia, para evitar aumentos repentinos o mantenidos de la PIC, el FSC o el metabolismo. La anestesia total intravenosa (ATIV) es una alternativa válida, sin embargo, no todos los fármacos poseen efectos beneficiosos sobre la fisiología cerebral, actualmente se abre una puerta al empleo de la ketamina a dosis puramente analgésicas, por lo tanto su empleo debe reconsiderarse en el paciente neuroquirúrgico, ya que sus mecanismos de acción aun hoy no están completamente dilucidados y existen hipótesis científicas sobre su papel como protector cerebral.

Objetivo: Demostrar los beneficios analgésicos del clorhidrato de ketamina a bajas dosis y sus efectos sobre la fisiología cerebral, al utilizarlo en la ATIV, durante la exéresis de los neurinomas del acústico.

Material y método: Se realizó un ensayo clínico a simple ciegas, con carácter comparativo y aleatorizado, en 20 enfermos portadores de neurinomas del acústico. Se administró propofol y fentanil o ketamina según el grupo y se estudió: PAM y FC; los requerimientos analgésicos intraoperatorios, el comportamiento de la PIC y su correlación con la PAM mediante el cálculo de la PPC, la relación entre FSC y metabolismo; se caracterizó la recuperación anestésica y la incidencia de efectos adversos.

Resultados: La PAM y la FC se comportaron dentro de límites fisiológicos, con valores ligeramente mayores en el grupo tratado con ketamina, los requerimientos analgésicos fueron similares, la PIC se mantuvo normal en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas, con una PPC adecuada; tanto la $D_{(a-vj)} O_2$ como el FSC_{equivalente} mostraron acoplamiento con el metabolismo; el Grupo A manifestó mejor

recuperación anestésica y menor incidencia de efectos adversos. **Conclusiones:** La ketamina a baja dosis asociada con propofol, es una alternativa válida en los pacientes neuroquirúrgicos, brinda estabilidad hemodinámica, analgesia intraoperatoria comparable a la de los opioides, sin aumento de la PIC, mantiene la PPC dentro de parámetros normales, acoplamiento entre el flujo y el metabolismo, con rápida recuperación anestésica y menor incidencia de efectos secundarios.

4- Terapia inmunológica en los gliomas de alto grado de malignidad

Autores: Dr. Javier Figueredo Méndez

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba.

A pesar de la terapia agresiva el pronóstico de los pacientes con gliomas malignos permanece siendo malo. Estos tumores son resistentes a las modalidades de tratamientos convencionales que incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Estos pacientes son candidatos apropiados para ensayos clínicos dirigidos a la aplicación de nuevas estrategias terapéuticas para mejorar el control tumoral local y la sobrevida. El objetivo de la inmunoterapia esta encaminada estimular la respuesta inmune antitumoral contrarrestando la inmunosupresión derivada de los gliomas. Es nuestro objetivo evaluar varios tratamientos que median la respuesta inmune de los gliomas y presentar la relevancia de ensayos clínicos recientes llevados a cabo en nuestro país, así como la presentación de los resultados con el empleo del anticuerpo monoclonal hR3 contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico y la terapia con citocinas (IL-2).

5- Cirugía craneofacial combinada en tumores de la fosa craneal anterior

Autores: Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Nérido González Fernández, Dr. Justo González González, Dr. Enrique De Jongh Cobo.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

País: Cuba

Objetivo: Los tumores que invaden la fosa craneal anterior son mayormente de naturaleza maligna, aunque también podemos encontrar lesiones benignas

tales como: meningiomas, que pueden tener un crecimiento intra y extracraneal. El “gold standard” en el manejo de estas lesiones ha sido y es la cirugía combinada craneofacial. Nos proponemos resaltar la importancia del manejo de estas lesiones por un grupo multidisciplinario, mostrar las ventajas que esta técnica ofrece, y los resultados preliminares que hemos obtenido. **Material y Método:** Se intervinieron quirúrgicamente 6 pacientes, dos de ellos con esteseoneuroblastomas, un papiloma invertido, un meningioma del surco olfatorio con gran crecimiento extracraneal, un osteosarcoma y otro paciente con carcinoma epidermoide de piel supraorbitario con infiltración de hueso frontal y duramadre basal. Las lesiones fueron abordadas simultáneamente por vía intra y extracraneal por el equipo multidisciplinario integrado por neurocirujanos y cirujanos de cabeza y cuello. **Resultados:** En todos los casos se logró resección total en bloque de la lesión. La complicación más frecuente fue la sepsis. **Conclusiones:** No hemos tenido mortalidad quirúrgica, la morbilidad encontrada ha sido baja, se ha logrado el control de la lesión tumoral en todos los casos salvo en el paciente con diagnóstico de osteosarcoma que presenta recurrencia local con metástasis regional cervical. Esta técnica quirúrgica ha permitido rescatar pacientes que en otras circunstancias hubiera sido imposible su tratamiento.

6- Craneofaringioma sólido del adulto. Presentación de un caso

Autores: Dra. Margarita Elena Sánchez Padín, Dr. Iosmil Morales Pérez, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Arnaldo Gómez, Dr. Gerardo López Flores.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba.

Objetivos: Presentar dos modalidades quirúrgicas para el abordaje de la región supraselar en una paciente portadora de un craneofaringioma sólido.

Técnica quirúrgica: Se realizó una primera intervención quirúrgica utilizando un corredor orbitopterional transilviano con apertura de la cisterna quiasmática y óptico-carotídea ipsilateral y un segundo abordaje subfrontal interhemisférico translámino-

terminal y transesfenoidal, con apertura de la cisterna quiasmática, óptico-carotídea bilateral y de la lámina terminal. **Resultados:** Se logró una exposición muy limitada con el primer abordaje, al encontrarse un quiasma prefijo y un crecimiento retroquiasmático de la lesión, lográndose solamente biopsiar la misma. Un mes después se realizó el segundo abordaje lográndose la resección subtotal después de usar combinadamente el corredor translámino-terminal, que facilitó la resección de casi toda la porción tumoral que ocupaba el tercer ventrículo, dejando sólo un pequeño fragmento unido al agujero de Monro. Después de abrir el seno esfenoidal y ampliar el corredor prequiasmático se logró la resección total de todo el componente intraselar de la lesión. En el postoperatorio la paciente presentó una disminución del campo visual temporal bilateral a predominio derecho, así como manifestaciones de hipopituitarismo. **Conclusiones:** El segundo abordaje usado permite el uso combinado de varios corredores, siendo el indicado para lesiones supraselares con crecimiento retroquiasmático.

7- Craneofaringiomas tratados con procedimientos estereotácticos.

Autores: Dra. Melba A. Avila Estevez, Dra. Isabel Echevarria Frutos, Dra. Silvia Salva Camacho.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

País: Cuba.

Objetivo: Mostrar el comportamiento de los pacientes con diagnóstico de Craneofaringeoma tratados con procedimientos estereotácticos. **Material y Método:** Estudio retrospectivo de la casuística de 21 casos del hospital Hermanos Ameijeiras del 1990 – 2004. Según los criterios de Inclusión aplicados. Se aplicó proceder quirúrgico según correspondía utilizando el sistema de Riechert- Mundiger y marco estereotáctico cubano EXTEROFLEX. **Resultados:** En el grupo de 21 pacientes tratados 14 eran del sexo masculino para un 67% y 7 del sexo femenino para un 33%, Predominaron los pacientes adultos mayores de 16 años con un 57%. El rango de edad de la serie osciló entre los 3 y 60 años, con un promedio de edad de 31 años. El 52% de la serie no recibió tratamiento

primario alguno de los procedimientos estereotáxicos. Se evidencia el predominio de los Craneofaringeomas adamantinomatosis en el total de los casos estudiados en nuestra serie para un 100%, 19 casos para un 90.5% el tipo quístico fue el más frecuente. No se evidenció ningún tipo de escamoso papilar. En nuestra serie no se observó ninguna complicación en los procedimientos realizados. Conclusiones: Predominó el grupo de mayores de 16 años. El 67% perteneció al sexo masculino. El 100 % de los casos fueron portadores de lesiones adamantinomatosis: Quísticas (90,5%). La TAC estereotáxica permitió la determinación del volumen del quiste en todos los casos. Constituye el estudio de elección. No presentamos complicaciones relacionadas con el proceder. Se logró establecer el algoritmo de tratamiento de los craneofaringeomas con criterio de braquiterapia estereotáctica.

8- Ependimoma intrarraquídeo extenso. Presentación de un caso.

Autores: Dr. Juan Rafael Rivero Torres, Dr. Gerardo Téllez Gamayo, Dra. Fabiola Suárez Álvarez, Dra. Yamile Toledo Díaz.

Institución: Hospital Militar Docente “Dr. Joaquín Castillo Duany”. Santiago de Cuba.

País: Cuba.

Los Ependimomas constituyen tumores de origen glial que abarcan el 4-6% de las neoplasias primarias del SNC, un tercio se localizan dentro del canal espinal, donde representan el 13% de los tumores medulares siendo más frecuentes en el filum terminal y cono medular. Son lesiones bien diferenciadas, de crecimiento lento y en la mayoría de los casos de naturaleza benigna. El tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo resecables en el 95% de los casos. Nuestro objetivo consiste en dar a conocer un caso peculiar de esta entidad en un paciente de 29 años de edad con cuadro doloroso lumbociático de 9 años de evolución al que progresivamente se le fueron sumando otros síntomas y signos. Se le realizó Resonancia Magnética Nuclear de columna dorsolumbosacra donde se observaba una lesión intrarraquídea extensa desde D2 hasta S4 de tipo tumoral. Se practica Biopsia por Aspiración (BAAF) de la misma a nivel lumbar informándose un glioma

pero sin precisar tipo histológico. Se realiza laminectomía descompresiva lumbosacra con toma de biopsia diagnosticándose un Ependimoma Mixopapilar que recibe posteriormente radioterapia coadyuvante en segmentos dorsal, lumbar y sacro con mejoría evidente del paciente 12 meses después de operado. Constituye un caso sui generis donde la descompresión quirúrgica combinada con la radioterapia era casi la única alternativa y dio buenos resultados.

9- Ependimomas intrarraquídeos Resultados con la microcirugía.

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. José A. Prince López, Dr. Pablo Pérez La O.

Institución: ISMM “Dr. Luís Díaz Soto”

País: Cuba.

Los ependimomas intrarraquídeos son tumores intradurales muy frecuentes en el paciente adulto, su resección total con frecuencia es muy complejo, por el volumen tumoral y el grado de compromiso con el tejido neural. En este trabajo damos a conocer una serie de 15 pacientes operados de ependimomas intrarraquídeos, en los cuales se empleó la magnificación óptica y las técnicas microquirúrgicas para lograr la resección total en la mayoría de los casos (80%). La evaluación preoperatoria y postoperatoria con las escalas de ASIA y Karfnski, permitió determinar resultados. Las ventajas del empleo de las técnicas microquirúrgicas en la preservación del tejido neural son detalladas, así como los inconvenientes que se presentaron durante la exéresis del tumor. Los buenos resultados obtenidos permiten confirmar lo referido por autores extranjeros y nacionales acerca de las ventajas de la microcirugía en la intervención de esta lesión tumoral.

10- Conservación del facial en la cirugía de los schwannomas vestibulares

Autores: Dr. Orlando Cruz García, Dr. C Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Iosmill Morales

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

El funcionamiento del nervio facial (NF) después de

la operación es la determinante más importante de la calidad de vida. No obstante, un gran número de autores coinciden, en que en muchos casos, se obtienen buenos resultados quirúrgicos con la extirpación completa del tumor al precio del funcionamiento del NF. Presentamos un estudio de 20 pacientes portadores de schwannomas vestibulares (SV), los cuales fueron intervenidos mediante abordaje combinados de base de cráneo. El tamaño tumoral promedio fue cercano a lesiones de gran tamaño, la apertura del conducto auditivo interno fue realizada en 15 pacientes y en todos los casos fue usada estimulación eléctrica transoperatoria. Remoción total fue lograda en 10 pacientes y subtotal por encima del 90% en otros 5, con una conservación anatómica del NF en el 75%. Inmediato a la cirugía el 52% de los pacientes exhibían un buen funcionamiento del NF grado I-II de HB y al año de la cirugía el 62,5 de los pacientes mostraban un funcionamiento grado HB I-II. Es realizado un análisis de las variables que mayor influencia tuvieron en el logro de una conservación anatómica –funcional del NF. Existió una correlación altamente significativa entre lesiones mayores de 4cm y el daño anatómico–funcional del NF, igualmente la consistencia de la lesión es un factor a tener en cuenta, la solidez o vascularización acrecentada de la lesión puede influir en la elevación de los daño del NF y existen variantes específicas a tener en cuenta, como son los nombrado SV quísticos y mediales, que se asocian a un elevado daño del nervio durante la cirugía por pérdida del plano de disección entre la lesión y las estructuras que la rodean y por una frecuencia elevada de localizaciones atípicas del NF.

11- Uso del anticuerpo monoclonal HR3 en el tratamiento de los pacientes con astrocitomas de alto grado de malignidad. Presentación preliminar de ensayo clínico.

Autores: Dra. María Teresa Solomon Cardona

Institución: Hospital General Docente Calixto García.

País: Cuba.

Objetivos: Evaluar los eventos adversos en el uso del HR3 o un placebo asociado a la Radioterapia en los pacientes incluidos. **Material y métodos:** Se

realiza un corte preliminar tras un año y medio de trabajo del Ensayo Clínico en Fase III, controlado, estratificado y a Doble Ciegas, donde de utilizan 200 mg de HR3 o 4 bulbos de placebo durante un año de tratamiento, a los pacientes operados de tumores astrocíticos de alto grado de malignidad en nuestro Servicio de Neurocirugía. Se le realizan interrogatorio, examen físico, exámenes de laboratorio e imagenología periódicamente según Protocolo preelaborado. Se utiliza el Consentimiento Informado y se maneja la Escala de Karnofsky. **Resultados:** Se han incluido hasta la fecha 12 pacientes operados de gliomas grado 3 o grado 4 a los que se les ha indicado el tratamiento radiante habitual. El 58.3% son hombres e igual número, astrocitoma grado 3. Concluyeron el tratamiento completo 2 pacientes; otros 2 concluyen próximamente. No reciben tratamiento 4 pacientes por criterios de exclusión. Predomina la alta puntuación de Karnofsky. **Conclusiones:** Son pocos los eventos adversos relacionados con el tratamiento y se ha logrado un alto grado de aceptación por parte de los familiares y de los facultativos.

12- Mortalidad por craneotomías de los tumores cerebrales malignos.

Autores: Dra. María Teresa Solomon Cardona.

Institución: Hospital General Docente Calixto García.

País: Cuba.

Objetivos: Presentar y analizar la mortalidad de los pacientes operados de gliomas malignos en el primer mes de la cirugía. **Material y Métodos:** 51 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en el período comprendido entre Septiembre de 2004 y Septiembre de 2006 en el Servicio de Neurocirugía de nuestro centro, con el diagnóstico de gliomas malignos. De ellos, 7 pacientes fallecieron en los primeros 30 días de la cirugía. Los datos se obtuvieron directamente en su evolución y con el informe de Anatomía Patológica. Se agruparon en diferentes variables. **Resultados:** La mortalidad en los primeros 30 días, o mortalidad por craneotomía, se comportó en un 13 %. La edad promedio fue de 58 años y el sexo predominante fue el masculino. El tipo histológico fue el Glioblastoma Multiforme. Se analizan las causas

de muerte dividiéndolas en Directas de la Cirugía e Indirectas, analizando como posible factor de riesgo la resección quirúrgica. Se revisa la bibliografía sobre el tema. **Conclusiones:** La mortalidad se encuentra dentro del rango permitido según la bibliografía revisada. La edad mayor de 60 años, el estado neurológico previo, el tipo histológico y una resección parcial menor del 50% en una craneotomía, son los factores que influyeron en una evolución desfavorable.

13- Gliomatosis Cerebri: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Autores: Dra. Silvia Noema Salva Camaño, Dr. Juan Eduardo Martínez Suárez, Dr. David Cubero Rego.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras,

País: Cuba.

Objetivos: Reportar el único caso de Gliomatosis cerebri (GC) diagnosticado mediante estudios imagenológicos y biopsia en el Hospital Hermanos Ameijeiras. Revisión de la literatura internacional y reportes sobre el tema. **Descripción:** La GC es una neoplasia infiltrante del cerebro muy infrecuente. Se incluye en este trabajo el único caso diagnosticado en el Hospital Hermanos Ameijeiras durante más de 20 años en un paciente masculino de 59 años de edad que cuya forma de presentación clínica incluyó: cefalea, cambios de conducta y trastornos de memoria. Se logró el diagnóstico definitivo mediante TAC, RMN y Biopsia, cuyas imágenes se incluyen en este trabajo, así como el tratamiento y la evolución. Realizamos una revisión de todos los criterios diagnósticos de esta entidad, así como los reportes de otras series de la literatura internacional. **Intervención:** Se realizó lobectomía temporal derecha, quimioterapia múltiple combinada con radioterapia externa (60 Gy). **Conclusiones:** En nuestro trabajo se reporta un caso infrecuente de Gliomatosis cerebri. Se consulta y revisa la literatura internacional en cuanto a criterios diagnósticos, terapéuticos, así como la experiencia de otros autores.

14- Impacto de la imagen en la cirugía de las lesiones de la base craneal.

Autores: Dr. Orlando Cruz García, DrC Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr.

Domingo Díaz Delgado, Dr. Iosmil Morales

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

Las lesiones situadas en la base craneal (BC) continúan siendo en la actualidad un desafío para los cirujanos, las características anatómicas propias de la BC hizo que esta fuera considerada por mucho tiempo como una barrera quirúrgica. Un viraje ha ocurrido en los últimos 30 años con la introducción de las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes como la tomografía computarizada y la Resonancia Magnética, entre otros sucesos. Los estudios de imágenes de última generación han adquirido un valor inapreciable que va más allá de el logro de un diagnóstico óptimo. Se presenta un estudio retrospectivo realizado en 80 pacientes portadores de lesiones de la BC intervenidos en nuestro centro, donde fueron evaluados los estudios imagenológicos realizados, con el objetivo de identificar los elementos que mayor incidencia tuvieron en la selección del abordaje o ruta quirúrgica de forma personalizada y la identificación de factores pronósticos altamente confiables que permitan pronosticar los resultados finales (grado de resección y morbilidad). Adicionalmente se realizó una evaluación de la eficacia del abordaje utilizado mediante la realización de estudios morfométricos de BC en imágenes tomográficas de última generación. La muestra estuvo conformada en su gran mayoría por meningiomas (41%) y schwannoma vestibulares (39%). La situación, el tamaño y la dirección predominante de crecimiento de la lesión, constituyeron los elementos que más influyeron en la elección del abordaje o ruta quirúrgica. Las evaluaciones morfométricas concluyeron una amplitud superior de exposición, ganancia de nuevas rutas de trabajo, un acercamiento al campo quirúrgico y la multicPLICIDAD en los ángulos de visión. La presencia de desplazamiento y edema del tallo cerebral (TC) y la pérdida del plano de demarcación (PD) pronosticaron una menor remoción y mayor morbilidad.

15- Inmunobiología de los Gliomas.

Autores: Dra. Silvia Salva Camaño

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

País: Cuba.

Objetivos: Realizar una revisión actualizada de la inmunobiología de los gliomas cerebrales.

Descripción e intervención: Los gliomas intracraneales constituyen un reto en términos de supervivencia y calidad de vida de los enfermos. El progreso limitado de los pacientes tratados solo con cirugía y radioterapia es ciencia establecida. Dentro de las variantes de tratamiento mas actualizadas se encuentra la inmunoterapia, lo que condiciona una comprensión detallada del comportamiento inmunológico de estos tumores. Se hace una revisión del tema a la luz de los conocimientos actuales.

Conclusiones: El dominio de la inmunobiología de los gliomas es indispensable para decidir el mejor tratamiento de cada paciente.

16- Variantes quirúrgicas de tratamiento en las lesiones de la unión craneoespinal.

Autores: Dra. Ivón González Valcárcel, Dr. Esteban Roig Fabré, Dr Jorge Lerma López, Dr. Asley Obregón Marín.

Institución: Hospital Docente "General Calixto García Iñiguez".

País: Cuba.

La unión craneoespinal es zona de patologías, que comprometen seriamente la salud y provocan alta mortalidad a nivel mundial. Su complejidad anatómico-funcional y su importancia capital para los seres humanos, hace arduo el tratamiento apropiado de las lesiones a este nivel. Nuestro propósito en estos diez años de investigación ha sido lograr un mejor entendimiento de la región, que ha devenido en resultados satisfactorios para los pacientes aquejados de dichas lesiones, atendidos en nuestro hospital entre septiembre 1996 y septiembre 2006. **Objetivo:** Presentar los resultados de las variantes quirúrgicas utilizadas en nuestro servicio (algunas de ellas con apoyo endoscópico), para el tratamiento de patologías traumáticas o no de la región craneoespinal. **Material y Métodos:** 96 pacientes operados consecutivamente en este período, que cumplieron los criterios clínicos e imagenológicos para la cirugía. 100% de los casos se presentó con dolor occipito-cervical, 82.3% con manifestaciones neurológicas motoras y/o sensitivas. Se utilizaron vías de accesos anteriores y posteriores,

para descompresión y/o fijación, realizándose en algunos casos, modificaciones de la técnica quirúrgica.

Resultados: Seguimiento medio 47.8 meses (rango 1 a 112). El 91.1 % de los casos con compromiso neurológico tuvo mejoría, mientras que en el 6.3% (5 casos) se logró detener la progresión del cuadro. 2 pacientes (2.5%) fallecieron. **Complicaciones:** Paro bulbomedular que causó la muerte (2), fistula LCR (1), fallo del sistema de osteosíntesis (3). Estos 3 últimos fueron reintervenidos. **Conclusión:** Buenos resultados, adecuada estabilización y apropiada preservación de la capacidad funcional de la unión craneoespinal. Bajo % de morbimortalidad.

17-Lesiones menos frecuentes en la base del cráneo.

Autores: Dr. Orlando Cruz García, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Iosmill Morales Perez, Dra Bárbara Estupiñán, Dr. Miguel José Puig Fernández, Dra. Margarita Sánchez, Lic. Angel Luís Aquino, Dr. Domingo Díaz Delgado.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba

18- Lipomas del angulo pontocerebeloso : Caso clínico y revisión de la literatura

Autores: Drs. Francisco Santorcuato Fuentes, Ricardo Rojas Valdivia, Marcelo Castro Guerrero, Vladimir Kraudy Medina, Teobaldo Méndez Ortega, Patricio Muñoz Vargas.

Institución: Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

País: Chile

Objetivo: Los Lipomas del ángulo pontocerebeloso son tumores extremadamente raros, se describe un caso clínico y se realiza una revisión bibliográfica dando énfasis en el diagnóstico y tratamiento.

Descripción: Paciente sexo masculino de 18 años con antecedente de convulsiones febriles al año de vida, tratado con Fenobarbital hasta los 5 años. Actualmente comienza con una historia clínica caracterizada por un síndrome convulsivo a partir de Septiembre del año 2005. Examen neurológico normal, EEG normal. Recibe tratamiento con

Fenitoína por tres meses, luego de lo cual persiste asintomático (de Enero a Marzo del 2006). TAC cerebral: Tumor de ángulo pontocerebeloso con infiltración del Cavum de Meckel y que contacta el lóbulo temporal derecho. Podría corresponder a un tumor epidermoide o a un lipoma. RNM cerebral con secuencias de supresión grasa concluye que es un lipoma del ángulo pontocerebeloso con infiltración del Cavum de Meckel. **Intervención:** Se discute la necesidad o no de intervenir quirúrgicamente dentro del equipo, luego de revisado el caso junto a la literatura se decide el manejo conservador y seguimiento. **Conclusión:** En nuestro servicio se debería presentar un lipoma del ángulo pontocerebeloso cada 50 años (constituyen el 0.02 % de los tumores cerebrales). En la literatura mundial se han efectuado sólo 100 publicaciones de este tema, la mayoría reportes individuales (entre 1856 y mayo del 2006). Actualmente la RNM juega un rol fundamental en el diagnóstico diferencial entre ésta y otras lesiones del ángulo pontocerebeloso (fase de supresión grasa). Existe consenso que el manejo conservador es el mas adecuado, excepto algunas condiciones individuales que se discuten en esta revisión.

19- Meduloblastoma del cerebelo en el adulto. Estudio de 20 años.

Autores: Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dr. Luís M. Elizondo Barriel, Dr. Armando Rodríguez Fuentes.

Institución: Instituto de Neurología y Neurocirugía.

País: Cuba.

El objetivo de nuestro trabajo fue caracterizar el Meduloblastoma del cerebelo en pacientes adultos, atendidos en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, en el período comprendido desde 1984 hasta el 2004. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, y nuestra muestra quedó conformada por 18 pacientes con edades igual o superior a 16 años. La edad promedio de presentación fue de 30.3 años, el tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 3.5 meses. La forma más frecuente de presentación fue el síndrome cerebeloso hemisférico, relacionado con la mayor frecuencia de lesiones hemisféricas que en el vermis. La TAC de cráneo fue el estudio imagenológico diagnóstico. Como

métodos de tratamiento quirúrgico utilizamos el abordaje directo al tumor en 10 pacientes, mientras que en 8 se realizó la derivación ventricular preoperatorio. El porcentaje de resección tumoral más frecuente fue el subtotal en 8 pacientes; el diagnóstico histopatológico confirmó 12 pacientes con el subtipo desmoplásico. La tasa de mortalidad postquirúrgica fue del 16.6%, y las complicaciones postoperatorias fueron analizadas. 15 de nuestros pacientes egresaron vivos, el 80% de ellos con una buena calidad de vida según la Escala de Karnofsky, el 100% de ellos recibieron teleradioterapia con la bomba de Cobalto 60, y ninguno de ellos recibió quimioterapia.

20- Meduloblastoma del cerebelo. Estudio comparativo entre niños y adultos en un período de 25 años.

Autores: Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dra. Raiza Herrera Rodríguez, Dr. Luís M. Elizondo Barriel.

Institución: Hospital Pediátrico "Juan M. Márquez."

País: Cuba.

El Meduloblastoma del cerebelo no es un tumor exclusivo de la infancia, donde representa el 20% de los tumores cerebrales primarios, pues hasta un 20% aparece al final de la adolescencia y comienzos de la edad adulta, ello refleja una incidencia bimodal. Nuestro trabajo tuvo el objetivo de comparar el comportamiento del Meduloblastoma en pacientes pediátricos y en adultos, atendidos en el Instituto de Neurología y Neurocirugía desde 1978 hasta el 2004. La muestra quedó conformada por 24 pacientes adultos y 20 niños. La edad de presentación de la enfermedad que predominó para el grupo pediátrico fue entre 3 y 6 años, mientras que en el grupo de adultos fue entre 16 y 25 años. En los niños hubo mayor incidencia del sexo masculino, y en los adultos predominó ligeramente el femenino. En ambos grupos el tiempo promedio entre el debut de la enfermedad y su diagnóstico osciló entre 1 y 3 meses, la forma de presentación en los niños fue el síndrome de hipertensión endocraneana y en los adultos el hemisíndrome cerebeloso casi siempre asociado a manifestaciones de hipertensión, lo cual se corresponde con los hallazgos tomográficos que en los niños fue más frecuente la tumoración en el vermis

cerebeloso generalmente con hidrocefalia, mientras que en los adultos correspondió a lesiones en hemisferios cerebelosos. El porcentaje de resección tumoral más frecuente en los niños fue el parcial y en los adultos el subtotal. La mortalidad fue similar en ambos grupos, siendo del 35%

21- Neuralgia trigeminal y hemiespasma facial contralateral en un paciente con un meningioma petroclival. Reporte de un caso.

Autores: Dra. Silvia Noema Salva Camaño, Dr. Juan Eduardo Martínez Suárez, Dra. Felicia Montes de Oca Fernández, Dr. Edier García García.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

País: Cuba.

Objetivos: Reportar un caso de rizopatía hiperactiva combinada de pares craneales contralateral a un meningioma petroclival y revisión del tema.

Descripción: Presentamos el primer reporte en el Departamento de Neurocirugía del Hospital Hermanos Ameijeiras de una paciente femenina, 38 años, portadora de Meningioma petroclival en cuyo cuadro clínico de presentación se produjeron rizopatías craneales múltiples: trigeminal, facial y del hipogloso. La neuralgia trigeminal y el hemiespasma facial se presentaron de manera atípica, CONTRALATERAL a la lesión tumoral. Los PEATC se mostraron dentro de límites normales bajo el uso de Carbamazepina. La rizopatía hiperactiva combinada desaparece en el periodo post-operatorio después de la descompresión tumoral. **Intervención:** La paciente fue tratada mediante abordaje a la base craneal que se describe en trabajo final, con exéresis parcial de la lesión. Ahora permanece pendiente de radiocirugía sin manifestaciones de dolor. **Conclusiones:** El síndrome de disfunción hiperactiva combinada de pares craneales (trigeminal, facial y del hipogloso) aunque infrecuente, puede presentarse contralateral a un tumor de la región petroclival.

22- Meningiomas de la base del cráneo

Autores: Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Iosmill Morales, Dr. Miguel José Puig Fernández, Dra.

Margarita Sanchez, Lic Ángel Luís Aquino.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

Objetivo: Definir los resultados de la cirugía de 32 pacientes portadores de meningiomas de la base craneal, al combinar osteotomías basales con los abordajes más convencionales. **Método:** Se realiza una revisión retrospectiva de la serie (1995-2006) tomando con especial interés la localización, el abordaje seleccionado y la evaluación de los resultados quirúrgicos. **Resultados:** De los 32 pacientes, 20 correspondieron al sexo femenino, 12 al masculino con edad promedio de 51 años. Se intervinieron 5 meningiomas de base anterior, 8 de base media, de ellos 2 en seno cavernoso. En la base posterior se encontraron 19, de estos 6 se localizaron en la región esfenopetroclival, 10 en el ángulo pontocerebeloso (APC), 3 en el agujero magno. Los abordajes convencionales se combinaron con: órbito-zigomático transclinoideo, transpetroso combinado posterior, anterior, trancondilar, retrosigmoideo, pterional transigomático y frontobasal. La resección total (Simpson II) se realizó en 23 pacientes, subtotal (Simpson III) un paciente y parcial (Simpson IV) en 8 pacientes. Morbilidad general del 46.8 %, con morbilidad permanente fundamentalmente relacionada con parálisis de nervios craneales en el 28,1 %. La más frecuente complicación después de la disfunción de nervios craneales fue la fístula de LCR. La mortalidad quirúrgica fue de 3 pacientes (9.3%) correspondiendo con tumores localizados en la región esfenopetroclival (2) y APC (1). **Conclusiones:** La combinación de abordajes convencionales y de la base craneal, garantiza mejor acceso a la base de implantación de estos tumores, minimizando la retracción de las estructuras nerviosas y favorecen un mejor porcentaje de resección con un índice de morbi-mortalidad aceptable, considerando lo complejo de la localización de estos tumores, así como su tamaño y vascularización.

23- Comportamiento de las metástasis cerebrales en Camagüey. Estudio de 2 años.

Autores: Dr. Miguel Domínguez Nápoles, Dr. Sergio Silva Adán.

Institución: Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey.

País: Cuba.

Se realizó una investigación en sistema y servicio de salud con todos los pacientes atendidos por el servicio de neurocirugía con el diagnóstico de metástasis cerebral con el objetivo de precisar su comportamiento en el período comprendido de Enero del 2002 a Diciembre del 2003 que permitió proponer un algoritmo para su manejo. La muestra estuvo formada por 110 pacientes de ellos 61 masculinos y 49 femeninas, las edades más frecuentes de aparición fueron las comprendidas entre 56 y 65 años, las formas clínicas de aparición más frecuentes fueron la cefalea y déficit motor en un paciente que se desconoce la existencia de un tumor primario, la localización en el lóbulo frontal predominó sobre las otras, siendo el cáncer de pulmón el sitio primario del tumor mayormente encontrado; al ingreso en 40.9% de los pacientes tenían un Karnofsky de 70% o más. La tomografía axial computarizada fue el medio complementario más empleado, las formas de tratamiento consistió en deshidratantes cerebrales, esteroides, radio terapia y cirugía. Fueron llevados al quirófano 33 pacientes, hubo una mayor sobre vida en los pacientes que recibieron cirugía más radioterapia.

24- Neurofibromas espinales operados en un período de 15 años. Resultados quirúrgicos.

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Pablo Pérez La O, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dra. Cecilia Cañizares Marrero, Dra. Sandra Igarza**

Institución: ISMM "Dr. Luis Díaz Soto"

País: Cuba.

E-MAIL:

Dentro de todos los tumores intrarraquídeos, los neurofibromas solitarios ocupan un lugar destacado por su frecuencia y el tamaño que pueden alcanzar, con extensión extrarraquídea en muchas ocasiones. La presentación de este trabajo comprende la presentación clínica más frecuente, los hallazgos imagenológicos encontrados, las técnicas empleadas en su abordaje y resección, el grado de exéresis logrado y los resultados en 16 pacientes operados

con diagnóstico de neurofibromas espinales. El dolor constituyó el síntoma más frecuente. La exéresis total se logró en 15 pacientes, y sólo en una paciente con un neurofibroma maligno se fracasó en la resección total. Los resultados se evaluaron en base a la escala de Karnofki. Sólo un caso recidivó, lo cual interpretamos por el desarrollo de un neurofibroma en la raíz vecina.

25- Neurofibromatosis tipo-2 con shwannomas vestibulares bilaterales presentación de un caso.

Autores: Dr. Iosmill Morales Pérez, Dra. Margarita Sanchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

Objetivo. Presentar un caso de complejo manejo neuroquirúrgico con Neurofibromatosis tipo-2 y shwannomas vestibulares bilaterales y severa compresión del tallo cerebral, solucionado con abordaje retrosigmoideo bilateral transmeatal y exéresis de los shwannomas y conservación del facial.

Material y Método. Se realiza revisión de los casos tratados en nuestro servicio con tumores de base craneal de fosa posterior, se selecciona un caso con Neurofibromatosis tipo-2 y shwannomas vestibulares bilaterales con severa compresión del tallo cerebral y se describe la técnica quirúrgica realizada y sus resultados. **Resultados.** Paciente femenina de 21 años de edad que debuta con hipoacusia bilateral de 3 años de evolución, y diagnóstico de neurofibromatosis tipo-2 con shwannomas vestibulares bilaterales sometida a radiocirugía. Nos llega sorda bilateralmente, cuadriparesia flacoespástica e hipoestesia de los dermatomas V2 y V3 derechos, Se realizó abordaje retrosigmoideo transmeatal bilateral con resección total y conservación del facial. Se constató en el seguimiento neuroimagenológico con RM con gadolínico la resección total de los tumores.

26- Neurofibromatosis tipo I y neurofibromas espinales. Presentación de un caso

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. José A. Prince López, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Armando Felipe Moran, Dra. Sandra Igarza Barriel.
Institución: ISMM “Dr. Luis Díaz Soto”

País: Cuba.

La neurofibromatosis tipo I o enfermedad de von Recklinghausen es un trastorno hereditario que cursa con neurofibromas en cualquier parte de la economía, pero particularmente en piel y de localización espinal. Las investigaciones genéticas han dado a conocer muchas teorías acerca del desarrollo de neurofibromas en este tipo de paciente, pero la localización en el compartimiento raquídeo compromete al tejido neural y por tanto requiere de la intervención del neurocirujano en estos casos. Damos a conocer una paciente con el diagnóstico positivo de la enfermedad, en la cual la RMN realizada, demostró dos neurofibromas de localización espinal cervical, que le ocasionaba una cuadriparesia marcada con espasticidad. La resección tumoral de la lesión que ocasionaba la compresión medular se realizó sin complicaciones, pendiente de operación a la situada en el nivel craneocervical. La fisioterapia posterior a la descompresión fue un factor importante para volver a incorporar a la paciente a su vida normal.

27- Radioinmunoterapia en pacientes con tumores astrocitario de alto grado de malignidad, utilizando el radioinmunoconjugado AcM h-R3-188Re. Presentación del ensayo clínico Fase II

Autores: Drc. Gerardo López Flores, Dr. Angel Casacó Parada, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Miguel José Puig Fernández, Dra. Tania Crombet Ramos, Dra. Bárbara Estupiñán, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sánchez, Dr. Arnaldo Gomes, lic., Rafael Rodríguez.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

A pesar de los esfuerzos realizados, el pronóstico de sobrevida de los pacientes con gliomas malignos no ha sido mejorado significativamente en los últimos 20 años. El tiempo medio de sobrevida de los pacientes con glioblastoma multiforme (GBM) recurrente es de 25 semanas y de 47 semanas para los pacientes con astrocitoma anaplásico (AA). A pesar de que los

avances científicos en las últimas décadas y la aplicación clínica de varios medicamentos experimentales y métodos de tratamientos, no se ha producido un importante incremento en la sobrevida de estos pacientes. Una modalidad de tratamiento en investigación, es la infusión directa de un radioinmunoconjugado intratumoral. Esta modalidad de radioinmunoterapia incrementa la relación de captación tumor/tejidos normales posibilitando aplicar mayores dosis de radiación en el tejido neoplásico sin afectar significativamente a los órganos normales. En una ensayo clínico fase I, recién concluido se demostró que el AcM, h-R3, administrado en dosis relativamente altas y por vía intratumoral produce pocos efectos adversos, cuando el AcM, hR3, se administra unido al Renio 188, en dosis relativamente altas, es poco tóxico y puede ser una terapéutica alternativa importante de pacientes con tumores cerebrales que sobre-expresen el receptor del factor de crecimiento epidérmico. Ahora estamos proponiendo un Ensayo Clínico Fase II, en pacientes afectados con tumores cerebrales primarios de tipo AA y GBM, siendo igual radioinmunoconjugado.

28- Schwannoma vestibular. Abordaje translaberíntico. A propósito de un caso.

Autores: Dr. Ulises Rodríguez Morales, Dr. Humberto Hernández Zayas, Dr. Armando Rodríguez . Nelson Jeroy Amador.

Institución: Hospital Calixto García.

País: Cuba.

Desde la década del 60 fue reportado por los doctores norteamericanos W. House y W. Hitselberger, ORL y Neurocirujano respectivamente, las ventajas del manejo en equipo multidisciplinario de los pacientes con Schwannomas vestibular y otras lesiones del ángulo pontocerebeloso. Por más de 40 años son miles los pacientes atendidos bajo este concepto y sus resultados han sido ampliamente publicados en la literatura. No obstante, en la actualidad existen controversias en la comunidad científica en relación a este manejo. Presentaremos el resultado obtenido en el primer paciente intervenido por los especialistas mediante un abordaje translaberíntico del CAI y APC para la exéresis de un Schwannoma vestibular, así

como serán comentadas las experiencias adquiridas con esta modalidad de trabajo. Paciente femenina de 38 años con historia de acúfenos, inestabilidad a la marcha e hipoacusia progresiva izquierda llegando a la coofosis de más de dos años de evolución. Dos episodios de parálisis facial periférica izquierda son recogidos en la HCL de la paciente. Múltiples estudios audiológicos y neurootológicos fueron realizados. Las IRM con gadolinium mostraron una lesión expansiva en el CAI izquierdo. Un abordaje translaberíntico del CAI y APC con exéresis total de la tumoración fue realizado. Son comentadas las incidencias de todo este proceso. La paciente ha evolucionado satisfactoriamente, las IRM obtenidas a dos años de la cirugía no muestran signos de persistencia o recidiva tumoral. Este abordaje en equipo resulto efectivo en el tratamiento de esta paciente y pudiera ser también en nuestro país una modalidad de trabajo para el tratamiento quirúrgico de los pacientes afectados por Schwannomas vestibular u otras lesiones del ángulo pontocerebeloso.

29-Abordaje por craniotomía subfrontal combinado con transesfenoidal endoscópico de un paciente con adenoma gigante de Hipófisis. Reporte de un caso.

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Omar López Arbolay, Dr. Alejandro Tápanes Domínguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Pablo Pérez La O.

Institución: ISMM “Dr. Luis Díaz Soto” y Hospital Clínico Quirúrgico. “Hermanos. Amejeiras”.

País: Cuba.

En los pacientes con diagnóstico de adenomas de hipófisis considerados gigantes, según la clasificación actual de Hardy, la posibilidad de exéresis total por la vía transesfenoidal es imposible, siendo necesario un abordaje transcraneal que permite desde otro ángulo el trabajo sobre el tumor. Con el desarrollo de las nuevas técnicas endoscópicas, se puede lograr la no intervención por vía transcraneal. Este paciente reportado presentaba una lesión gigante que al momento de su ingreso le ocasionaba una hipertensión endocraneana, por lo cual se realizó una craniotomía subfrontal amplia que permitió resear el 50 % de la

tumoración y con ello el mejoramiento de la condición neurológica. Posteriormente a los pocos meses de la primera intervención se procede al abordaje endoscópico por la vía transnasal transesfenoidal, lográndose la resección del resto tumoral. El paciente luego de esta segunda intervención presenta una hidrocefalia obstructiva como complicación, la cual se resuelve con la colocación de un sistema derivativo ventrículo peritoneal.

30- Sparganosis cerebral en Cuba. Reporte de un caso.

Autores: Dr. Mauricio Fernández Alban, Dr. Iván García Maeso , Dr. Javier Figueredo Méndez, Dr. Alejandro Mesa , Dr. Iván Rodríguez Cortina , Dr. Carlos Alfonso Sabatier , M.Sc C. Rafael Rodríguez.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

La Sparganosis es una enfermedad infecciosa parasitaria rara en humanos causada por la larva de la Spirometra Mansonoides. Comúnmente se manifiesta como un nódulo subcutáneo en las extremidades inferiores, la pared abdominal y torácica, pudiendo localizarse también en ojos, mamas, pulmones e intestinos e infrecuentemente afecta al sistema nervioso. La infestación se produce por la ingestión de aguas contaminadas con Cyclops (hospedero intermediario), ingestión de carne cruda o mal cocinada de serpiente, rana, pájaros, pollos o cerdo, y la aplicación de carne cruda infestada sobre los ojos, mucosas o heridas de la piel. En nuestro centro realizamos en un paciente, con el empleo del marco estereotáxico, la exéresis de una larva viva de Sparganum mansonis que se comportaba como una lesión intraparenquimatosa cerebral.

La mayoría de las infestaciones en humanos se reportan en países de Asia. En nuestro hemisferio se reportan casos en el sur de Estados Unidos, Uruguay, Colombia, Ecuador, Guayana, Belice y Puerto Rico. En Cuba no hay reportes anteriores de localización de esta enfermedad en cerebro.

31- Tumores intrarraquídeos. Resultados quirúrgicos de 6 años.

Autores: Dr. José A. Prince López *, Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Armando Felipe Morán, Dr.

Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. Nelson E. Quintanal Cordero, Dr. Pablo Pérez la O.

Institución: ISMM “Dr. Luis Díaz Soto”

País: Cuba.

Se realizó un estudio prospectivo en el ISMM “Dr. Luis Díaz Soto” desde Octubre del 98 hasta Marzo de 2004, que abarco 35 pacientes estudiados y operados de lesiones tumorales intrarraquídeas; de ellos 23 mujeres y 14 hombres, con una prevalencia de edad entre la quinta y la séptima década de la vida. A estos pacientes se les realizaron estudios radiológicos simples de columna, mielografía, TC helicoidal, RMN y estudios de laboratorio. En las radiografías simples encontramos alteraciones fundamentalmente en las lesiones malignas; la mielografía constituyó un proceder diagnóstico de gran valor cuando no contamos con la RMN. La localización más frecuente de las lesiones tumorales fue en región lumbosacra, no estando acorde con la mayoría de los trabajos publicados. En 22 pacientes se logró una exéresis total y en los restantes parcial o biopsia. Las dificultades encontradas en la resección de estos tumores fueron superadas en su mayoría con el empleo de técnicas microquirúrgicas. Los resultados post-operatorios se evaluaron a través de la escala modificada de Mc Cormick.

32- Tumores cerebrales supra e infratentoriales. Resultados quirúrgicos en el Hospital General Calixto García en los últimos 2 años.

Autores: Dra. María Teresa Solomon Cardona, Dr. Suez Oramas Mingo.

Institución: Hospital General Docente Calixto García Iñiguez.

País: Cuba.

Objetivos: Establecer cuáles fueron los tumores más frecuentes tratados quirúrgicamente en nuestro servicio según Tipo Histológico y localización. Analizar los Resultados Quirúrgicos teniendo en cuenta la Mortalidad Quirúrgica y la Técnica Quirúrgica empleada. **Material y Método:** Se realiza un estudio prospectivo de todos los pacientes operados de lesiones tumorales del SNC en el período de Septiembre del 2004 a Septiembre de 2006 en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Calixto García. Se utilizan los Informes Operatorios de cada caso y

se realiza el seguimiento por 30 días. Se utiliza el Informe de Anatomía Patológica dado en el Dpto. del propio Hospital. Se conformó una Base de Datos para el manejo de los datos teniendo en cuenta varias variables y conformar tablas y gráficos cuidando el rigor científico. **Resultados:** Se realizaron 230 cirugías de lesiones cerebrales en el período que se estudia. La mortalidad quirúrgica para todos los tumores fue del 11.7% (Bruta: 2.6% y Neta: 9.1%). Hubo un bajo índice de reintervenciones y un bajo índice de Infecciones. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos se encuentran al nivel de los resultados de la bibliografía actualizada revisada y comparada.

33- Ependimomas intrarraquídeos Resultados con la microcirugía.

Autores: Dr. Nelson Fuentes Rodríguez, Dr. Norbery Rodríguez de la Paz, Dr. José A. Prince López, Dr. Pablo Pérez La O.

Institución: ISMM Dr. Luis Díaz Soto.

País: Cuba.

En nuestro trabajo presentamos los resultados obtenidos con la intervención micro quirúrgica de 15 pacientes con el diagnóstico de ependimoma intrarraquídeo. Las ventajas de la magnificación óptica son detalladas, también las dificultades que se pueden presentar. En 12 pacientes se logró la resección total (80 %). Se aplicaron las escalas de Karnofki y ASIA para el factor pronóstico.

34- Meningiomas no basales. Nuestra experiencia en 5 años.

Autores: Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz, Dr. Iosmill Morales, Dr. Margarita Sánchez, Dr. Arnaldo Gómez, Lic. Janett Benavides Barbosa, Lic. Antonio Villa, Lic. Ángel Luis Aquino.

Institución: CIREN-CIMEQ.

País: Cuba

Introducción: Los meningiomas constituyen uno de los grupos tumorales más frecuentes del sistema nervioso, con una incidencia que oscila entre un 15 y un 20% de todos los tumores primarios. Se trata de tumores de crecimiento lento, adheridos a la duramadre y en su mayoría de carácter benigno que en su gran mayoría aparecen en localizaciones no

basales. **Objetivos** Realizar una revisión sobre aspectos clínicos, radiológicos, histológicos y de evolución en una serie de pacientes con meningiomas no basales haciendo énfasis en los resultados quirúrgicos y el seguimiento clínico, imagenológico y las modalidades terapéuticas coadyuvantes utilizadas. **Material y métodos.** Revisamos retrospectivamente los pacientes con meningiomas no basales de cualquier variedad histológica intervenidos quirúrgicamente entre el 2001 y la actualidad. Todos los pacientes se diagnosticaron con tomografía computarizada y/o Resonancia Magnética. **Resultados:** La serie consta de 30 pacientes, con predominio femenino y edades que oscilaron entre 35 y 75 años. Las localizaciones mas frecuentes fueron las parasagitales, y convexidad seguido por los pterionales. La resección quirúrgico fue gradada como Simpson I y II en el 90% y Simpson III solo en el 10%. En 2 pacientes se empleó radioterapia coadyuvante, uno con variante en placa y uno con variante maligna. No se presento mortalidad, y solo tuvimos morbilidad transitoria en número reducido de pacientes. Los resultados del seguimiento a largo plazo son muy favorables. **Conclusiones:** La cirugía es la modalidad de tratamiento inicial e ideal en pacientes con meningiomas no basales siendo la resección total el objetivo a lograr incluyendo la dura y el hueso afectado siempre que sea posible, un prececer microquirúrgico garantiza la resección total sin daño neurológico permanente. Nosotros usamos la radioterapia coadyuvante solo en pacientes con variedad maligna.

35- Tumores cerebrales. Nuestra experiencia.

Autores: Dr. Julio Díaz Agramonte, Dr. Ángel Lacerda Gallardo, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Juan Imbert Palmero, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.

Institución: Hospital General Docente “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, Ciego de Ávila.

País: Cuba

Los Tumores Cerebrales constituyen un problema realmente complejo para los profesionales dedicados a su diagnóstico y tratamiento, representando un desafío científico y ético para el neurocirujano. El objetivo de este trabajo es conocer el comportamiento de algunas variables relacionadas con esta patología, para así demostrar el estado de los Tumores Cerebrales

en nuestra Provincia y compararlo con los resultados reportados. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de 52 pacientes atendidos en nuestro centro entre Enero del 2003 y Diciembre del 2005 (Tres años). De los casos estudiados el 46,2 % fueron metastáticos, el 25,1 % Astrocitomas, el 11,5 % Meningiomas, el 5,8 % Glioblastoma Multiforme, el 3,8 % Oligodendrogliomas, así fueron Craneofaringiomas el 1,9%, Ependimomas el 1,9%, Neurinoma del Acústico el 1,9% y Meduloblastoma el 1,9 %. Con la aplicación de la microcirugía y Radioterapia se obtuvo mejor supervivencia. **Conclusiones:** Con la mejoría de los medios diagnósticos se brinda mejor tratamiento a los Tumores Cerebrales, se encontró elevada mortalidad a largo plazo independientemente de la particularidad clínica patológica.

36- Otra opción contra el cáncer del cerebro

Autores: Dr. Julio Cesar Selva Infante, Dra. Tania Cruz Hernández, Lic. Carlos Pupo Palma

Institución: Hospital de Holguín

País: Cuba

Se realiza un estudio descriptivo –prospectivo, siendo nuestro universo el total de pacientes intervenidos neuroquirúrgicamente durante tres años de trabajo (de junio de 2001 a octubre del 2004) en el servicio de Neurocirugía del Hospital “Lucia Iñiguez Landín” de Holguín, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados por cirugía de mínimo acceso por métodos estereotáctico, en los que se realizó Braquiterapia intersticial con Ir 192, siendo nuestro universo 66 pacientes portadores de tumores cancerosos del sistema nervioso central. Se analizaron las siguientes variables: calidad de vida donde al integrar estos resultados el 72.6 % de los pacientes en estadio A y B de la escala de Karnofsky (ver anexos), mejoraron su calidad de vida, 9 (%) de nuestros pacientes escalaron de estadio B a estadio A ; n análisis de la mortalidad según diagnóstico histológico apreciamos que el mayor grupo de pacientes correspondían con el bajo grado 41, a pesar que el Glioblastoma es el mas frecuente; y en el tipo tratamiento empleado donde aplicamos CD+B, nuestros resultados fueron mejores; con solo 2

fallecidos de los 21 incluidos, con resultados evidentes de la protección radiológica durante la practica de la Braquiterapia Intersticial. Mostrando el diseño y construcción de un dispositivo para el corte del alambre de Iridio-192 (único de su tipo en el país). Se promueve la interrelación de la atención primaria y la secundaria a través del médico de familia en pacientes implantados con Iridio-192; y su incorporación a la comunidad, elaborando un texto en formato digital titulado Otra opción contra el cáncer del cerebro; estableciéndose criterios y procedimientos para la práctica de la Braquiterapia Intersticial. Estos resultados fueron comparados con la literatura actualizada y, utilizando el Microsoft Excel, se determinó el por ciento que representan los mismos

37- Abordajes quirúrgicos a tumores de base de cráneo. Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.

Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dra. Tania Cruz Hernández, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dr. Julio C. Selva Infante, Dr. Pablo Vivar Bauza

Institución: Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.

Pais: Cuba

Poster

Se realizó un estudio retrospectivo, de 64 pacientes con diagnóstico de tumores de Base de Cráneo que fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” de la provincia de Holguín en el periodo comprendido entre enero del 2002 a septiembre del 2006. el tipo histológico mas frecuentemente encontrado en nuestra serie fueron los Meningiomas, seguidos del neurinoma y condroma. El grupo de edades mas afectados estuvo entre los 50 a 65 años. Las localizaciones más frecuentes fueron fosa media, fosa anterior y agujero magno. Los abordajes que mas se utilizaron en estos pacientes fueron la frontotemporal-orbito-zigomática, seguida de abordaje supra e infratentorial y kawase. En la mayoría de los casos se logró una recuperación completa y curación; con una mortalidad total de un 6.2%. □

38- Abordaje transoral a los tumores del Clivus y Osodontoideo. Resultados quirúrgicos. Holguín 2002-2006.

Dr. Orestes López Piloto, Dr. Pedro Domínguez Jiménez, Dr. Boris Leyva López, Dr. Carlos Pérez Rodríguez, Dra. Tania M. Cruz Hernández, Dr. Pablo Vivar Bauza.

Institución: Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.

Pais: Cuba

Póster

Se realizó un estudio retrospectivo, tomando como muestra 7 pacientes con lesiones tumorales del clivus y osodontoideo, que fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico “Lucía Iñiguez Landín” de la provincia de Holguín en el periodo comprendido entre enero del 2002 a septiembre del 2006. El grupo de edades comprendido entre los 50 a 60 años fue el más afectado. La localización más frecuente fue a nivel odontoideo, seguido de las lesiones clivales. El abordaje quirúrgico utilizado en todos estos casos fue el transoral. En la gran mayoría de los casos se logró una evolución post-operatoria satisfactoria. No se reportaron fallecidos.

39- Vía combinada Transcraneal- Traseptoefenoidal en los tumores de la región sellar.

Dr. Pedro A Domínguez Jiménez, Dr. Orestes R López Piloto, Dr. Carlos L Pérez. Rodríguez, Dr. Pablo Vivar Bauza, Dr. Boris Leyva López.

Institución: Hospital “Lucía Iñiguez Landín” Holguín.

Pais: Cuba

Póster

Se realizó un estudio retrospectivo de 22 pacientes ingresados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Lucía Iñiguez Landín con el diagnóstico de Tumores selares y paraselares en el período comprendido entre Marzo del 2002 hasta Agosto del 2006, el grupo de edad que más predominó fue el comprendido entre los 40 a 60 años de edad, el sexo masculino fue el más afectado, el abordaje quirúrgico realizado a la mayoría de estos pacientes fue el Transeptoefenoidal combinado con el transcraneal ya fuera a través de una pterional o una frontotemporal-orbito-cigomática. La complicación más frecuente que se presentó en estos casos fue la diabetes insípida. La mayoría de nuestros pacientes se le realizó excéresis completa de la lesión. La mortalidad reportada en nuestro estudio es del 9,0%.

PEDIATRIA Y MISCELANEA

1- Terapia estereotáctica intracavitaria con bleomicina en los craneofaringiomas quísticos recidivantes pediátricos

Autores: Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Luis Alonso Fernández, Dr. Gerardo Lopez Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo.

Institución: Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Hospital CIREN-CIMEQ. .

País: Cuba.

Introducción: Los Craneofaringiomas representan uno de los mayores retos para la Neurocirugía. El tratamiento actual aun es controversial, incluyendo la Braquiterapia Intraquistica con Bleomicina. **Objetivo:** Investigar el efecto antitumoral de la Bleomicina en los Craneofaringiomas Quísticos recurrentes pediátricos y los efectos clínicos y adversos de esta droga. **Pacientes y Método:** Fueron seleccionados 12 pacientes pediátricos entre Febrero 2003 y Febrero 2006 que sufrían de Craneofaringiomas quísticos recidivantes. En edades entre 2 y 14 años de edad (8 femeninos y 4 masculinos). Todos presentaban los siguientes criterios: Diagnosticados como Craneofaringiomas de acuerdo a estudio cito patológico. Lesiones principalmente Quísticas. Pacientes y sus familias de acuerdo en recibir este tratamiento. El protocolo de tratamiento consiste en un tubo de silicona insertado por proceder estereotáctico dentro del Quiste del Craneofaringioma y conectado a un reservorio de Omayá epicraneal. La inserción fue realizada con proceder estereotáctico con sistema Stereoflex guiado por TAC. **Resultados:** Los quistes disminuyeron más de un 80% o desaparecieron completamente en 10 pacientes. 9 pacientes no tuvieron complicaciones severas o secuelas y pudieron regresar a la escuela finalizado el tratamiento. Todos los pacientes presentaron durante los primeros 6 meses una disminución del 80% del volumen del quiste. Las complicaciones mas frecuentes fueron la fiebre y la cefalea. **Conclusión:** La Bleomicina es efectiva inhibiendo el crecimiento de los Craneofaringiomas quísticos cuando es usada como braquiterapia intracavitaria. Es necesario un

estudio de más tiempo para determinar si este efecto es transitorio o mantenido.

2- Craniectomía descompresiva como manejo inicial de la hipertensión endocraneana en el TCE grave en pediatría. Reporte de 5 casos.

Autores: Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Angel J. Lacerda Gallardo, Dra. Amarilys Ortega Morales, Dr. Julio A. Díaz Agramonte, Dr. Gilberto Miranda Rodríguez.

Institución: Hospital General Docente “Roberto Rodríguez” de Morón. Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: La hipertensión endocraneana asociada al TCE grave constituye, junto a otros; un importante factor pronóstico, relacionado con una elevada morbilidad y mortalidad. La craniectomía descompresiva es un antiguo procedimiento quirúrgico descrito por Hipócrates, en la actualidad utilizada en el control de la presión intracraneal en enfermos con TCE grave, recomendado como una medida de segundo nivel de tratamiento por la Brain Trauma Foundation. En el presente se exponen los resultados del uso de este procedimiento como primera medida de control de la PIC en 5 pacientes pediátricos con TCE grave e hipertensión intracraneal asociada. **Método:** Los enfermos se incluyen en un proyecto de investigación en curso, para evaluar los resultados con la craniectomía descompresiva en el control de la PIC en pacientes con TCE grave. Todos los enfermos fueron evaluados al ingreso según la ECG. Los que mostraron Glasgow 3 fueron excluidos. Los resultados se evaluaron según la ERG. La craniectomía realizada fue extensa; superior a 12 cms, de localización Fronto-temporo-parietal, uni o bilateral en dependencia de los requerimientos clínicos y los resultados imaginológicos. En todos los casos se realizó extensión dural con galea. **Resultados:** Los 5 pacientes mostraron signos tomográficos de hipertensión endocraneana, evaluados según la clasificación de Marshal. En todos se comprobó la presencia de edema cerebral severo en el transoperatorio y la evaluación de la PIC en el salón de operaciones se encontraba por encima de 20 mmHg. Tres de los 5 pacientes presentaron valores de la PIC por debajo de 20, en el período post

operatorio, mientras en 2 se presentaron picos de hipertensión intracraneal, en 1 transitorios que resolvieron con otras medidas de control de la PIC y en otro fue persistente, este enfermo falleció a los 6 días de evolución. **Conclusiones:** La craniectomía descompresiva constituye un método eficaz para el control rápido de la PIC en pacientes con TCE grave.

3- Derivación ventrículo-vesícula biliar. Una opción de tratamiento en la Hidrocefalia

Autores: Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Luis Alonso Fernández, Dra. Ana Rosa Martínez Millares.

Institución: Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”.

País: Cuba.

Introducción: En el año 1958, Smith, Moretz y Pritchard, derivaron el LCR a la vesícula biliar en 10 pacientes hidrocefálicos. La principal función de la vesícula biliar en la elaboración de la bilis, es absorber agua y electrolitos inorgánicos por tanto no tiene problemas en la absorción del LCR. La derivación Ventrículo-vesicular es una técnica quirúrgica descrita para el drenaje del LCR dentro de la vesícula biliar, cuando el peritoneo se muestra incompetente como sitio primario para esta función. El procedimiento puede ser realizado con mínimo trauma quirúrgico y muy poca pérdida sanguínea en pacientes seleccionados, en los cuales los sitios habituales no están disponibles. Esta técnica puede ofrecer una vía alternativa para la inserción de una derivación ventricular. **Pacientes y Métodos:** Se realizó el proceder en cuatro pacientes que fueron operados de Hidrocefalia en múltiples ocasiones y en los cuales no fue posible la derivación de LCR al peritoneo por imposibilidad de este para su absorción; ni a las cavidades cardíacas. Se establece en los mismos una derivación Ventrículo-vesícula biliar plenamente funcional. **Resultados:** Los cuatro pacientes evolucionaron sin ninguna complicación y 3 de ellos llevan 5 años de operados sin disfunción de su sistema derivativo. Un paciente presento una malfunción del extremo proximal del sistema derivativo que condujo a su revisión y recolocación sin complicaciones o disfunciones posteriores. **Conclusiones:** Se demostró la eficacia de esta opción de tratamiento, mostrando los pacientes una evolución favorable.

4- Meningocele intrasacro oculto en edades avanzadas de la vida. Presentación de un caso.

Autores: Odalys Hernández León, Juan C. Bermejo Sánchez, Orlando Moreno Núñez, Raúl Pérez Falero

Institución: Hospital General Docente Clínico Quirúrgico “Abel Santamaría Cuadrado”. P. Río.

País: Cuba.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con meningocele intrasacro diagnosticado a una edad avanzada. **Descripción:** Se presenta un paciente de la raza negra y 75 años de edad con historia de dolor lumbar alto de tres meses de evolución, en el cual se diagnostica como hallazgo radiológico en Resonancia Magnética de columna lumbosacra la presencia de un meningocele intrasacro. Se revisa la literatura al respecto. **Intervención:** No se tomó conducta médica con el meningocele intrasacro. El dolor lumbar alto era compatible con un síndrome facetario por cambios degenerativos de las carillas articulares (L1-L2). El paciente mejoró su dolor lumbar con infiltraciones locales. Actualmente está asintomático. **Conclusión:** El meningocele intrasacro es uno de los disrrafismos espinales oculto que puede presentarse en edades avanzadas de la vida; en ocasiones puede ser asintomático y constituir un hallazgo radiológico.

5- Neuroendoscopia pediátrica. Análisis preliminar de los primeros 80 casos.

Autores: Dr. Luis Alonso Fernández, Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Enrique deJongh Cobo.

Institución: Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. C.H

País: Cuba.

Introducción: Las técnicas endoscópicas han sido utilizadas con mayor frecuencia en los últimos años. En Neurocirugía la usamos para el tratamiento de la Hidrocefalia, Biopsia de Tumores Intraventriculares, Quistes Intracraneales y otras lesiones. **Pacientes y Métodos:** Hemos realizado este proceder endoscópico en el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” durante 3 años desde agosto 2003 hasta Agosto 2006, se ha realizado esta Técnica a 80 pacientes pediátricos, entre los 6 días y los 15 años de edad. La Técnica quirúrgica básica fue realizada a

través de un agujero de Trepano frontal, el cual permitió el acceso al sistema ventricular y la realización del proceder en dependencia del diagnóstico.

Resultados: Los pacientes tratados sufrían de Hidrocefalia, Tumores y Quistes Intracraneales principalmente. El proceder endoscópico mas frecuente fue la Ventriculostomía premamilar del Tercer Ventrículo. En los casos tratados se logro realizar el proceder de comunicación y cedió la sintomatología de los pacientes, que fueron seguidos por Tomografía Axial Computada a los 3, 6 y 12 meses. **Conclusiones:** El proceder no produjo complicaciones graves. Se demostró la valía de este método en un Servicio de Neurocirugía Pediátrica con la resolución de las hidrocefalias no comunicantes sin necesidad de sistema derivativo ventrículo-peritoneal.

6- Abordaje neuroendoscópico combinado de los tumores pineales complicado con Hidrocefalia.

Reporte de un caso.

Autores: Dr. Iosmill Morales Pérez, Dra. Margarita Sanchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba

Objetivo : Presentar un caso pediátrico con un tumor pineal complicado con hidrocefalia obstructiva severa, solucionado con abordaje combinado estereotáctico y neuroendoscópico. **Material y Método:** Se realiza revisión de los casos tratados en nuestro servicio con tumores pineales complicados con hidrocefalia obstructiva, se presenta un caso complejo y se describe la técnica quirúrgica minimamente invasiva realizada y sus resultados quirúrgicos. **Resultados:** Paciente femenina de 2 años de edad que debuta con síndrome de hipertensión endocraneana, diagnosticándosele en el 1995 una hidrocefalia obstructiva y un tumor pineal. Se realiza abordaje un abordaje combinado entre la biopsia estereotáctica, braquiterapia intersticial con Ir-192 y ventriculostomía del III ventrículo. Se constató en el seguimiento desaparición del tumor y resolución de la hidrocefalia, sin presentar en el seguimiento signos o síntomas de hipertensión endocraneana.

7- Plagiocefalia parieto-occipital izquierda. Craneoplastia por transposición ósea y morcelación craneal posterior

Autores: Dr. Luis Alonso Fernández, Dra. Tania Leyva Mastrapa, Dr. Dadonil Vila Morales, Ingeniero Pavel Suárez Antelo.

Institución: Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”

País: Cuba.

Introducción: Las irregularidades en la forma del cráneo han sido una materia de interés por centurias. Los pacientes con craneosinostosis que causan deformidades de la cara y del cráneo han sido tratados por varias técnicas quirúrgicas. **Descripción:** Se opera una niña de 10 meses de edad que sufre de Craneosinostosis del tipo Plagiocefalia Parieto-occipital Izquierda por cierre precoz de la sutura Lamdoidea Izquierda. Se realiza la intervención quirúrgica en Marzo 2005 en Servicio de Neurocirugía del Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”. Mundialmente se preconiza realizar este tratamiento a edades más tempranas para que la remodelación sea más acorde al desarrollo del Cráneo. **Intervenciones:** Se realiza una Craneoplastia por transposición ósea y Morcelación craneal posterior.” La paciente se recupera sin complicaciones y se da de alta 1 semana posterior a la intervención Quirúrgica. **Conclusiones:** Se demuestra la validez de esta técnica quirúrgica en el Tratamiento de la Plagiocefalia.

8- Equipos para el aseguramiento del exito en la microneurocirugia

Autores: Lic. Alejandro Moreno Ibarra

Representación de la empresa Carl Zeiss, Auspiciadota del Congreso

9- Resultados de la aplicación del tratamiento endoscópico en patología neuroquirúrgicas en la provincia de Pinar del Río.

Autores: Odalys Hernández León, Juan C. Bermejo Sánchez, Raúl Pérez Falero, Iván Arenas Rodríguez, Sergio Márquez Romero, Reinaldo Pérez de la Cruz, Olga L. Rodríguez Villalonga, Orlando Moreno Núñez.

Institución: Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Abel Santamaría Cuadrado” P. Río.

País: Cuba.

Se realizó una investigación con el objetivo de evaluar la eficacia de la cirugía endoscópica en las patologías neuroquirúrgicas que la requieran y de esta manera conocer los resultados de la introducción de la neuroendoscopia en nuestra provincia. Para ello se llevó a cabo un estudio analítico longitudinal prospectivo y retrospectivo, en pacientes con patologías quirúrgicas asociadas a Hidrocefalias, diagnosticados o remitidos a la consulta de neurocirugía del Hospital Abel Santamaría Cuadrado, durante el período comprendido entre Mayo del 2000- Septiembre del 2006. En total han sido intervenidos por esta vía 38 pacientes, de los cuales el 86.84% presentaron hidrocefalia. Las etiologías más frecuente de las hidrocefalias fueron los tumores (42.42%) y la estenosis acueductal (27.27%). El proceder quirúrgico endoscópico más frecuentemente realizado fue la fenestración premamilar del piso del tercer ventrículo en el 84.21% de los pacientes. Se logró realizar la exéresis total de un quiste coloide del III ventrículo. Hubo dos casos que presentaron sangramiento intraventricular severo (5.26%). El déficit neurológico focal fue la complicación postoperatoria más frecuente 10.52%. La hidrocefalia fue solucionada en el 72.72% de los casos demostrándonos que el tratamiento de la hidrocefalia mediante técnicas endoscópicas suele ser efectivo.

10- Neuroendoscopia en la hidrocefalia complicada. Presentación de un caso

Autores: Dr. Iosmill Morales Pérez, Dra. Margarita Sánchez Padín, Dr. Orlando Cruz González, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Domingo Díaz Delgado, Dr. Gerardo López Flores.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

Objetivo. Presentar un caso de hidrocefalia complicada, que fue intervenido multitud de ocasiones antes de recibir el tratamiento definitivo. **Material y Método.** Se realiza la revisión, de nuestra casuística, seleccionado un paciente con una patología compleja, se describe el proceder quirúrgico usado y los resultados quirúrgicos. **Resultados.** Paciente de 29

años de edad con diagnóstico en 1993 de hidrocefalia obstructiva, se le realiza derivación ventrículo peritoneal, presentando como complicación, infección del sistema y ventriculitis. En un periodo de tiempo de 12 años se realizan 17 revisiones del sistema. Cuando acude a nosotros se realiza fenestración endoscópica de un quiste intraventricular, septostomía y ventriculostomía del III ventrículo, después de lo cual, no ha presentado mas síntomas de aumento de Presión intracraneal. **Conclusiones.** Se demuestra en un caso el valor del abordaje neuroendoscópico en la hidrocefalia obstructiva complicada.

11- Historia de la neurocirugía.

Autores: Dr. Francisco Goyenechea.

Institución: Instituto de Neurología y Neurocirugía CONFERENCIA.

12- Efectos de la PEEP sobre la PIC y la hemodinamia cerebral en pacientes neurocríticos no traumáticos ventilados. Reporte de 5 casos.

Autores: Dra. Daisy Abreu Pérez, Dr. Ángel J. Lacerda Gallardo, Dra. Anelyn Robaina Lujan, Dra. Endry Rodríguez Castro.

Institución: Hospitales Generales de Morón y Ciego de Ávila.

País: Cuba.

Introducción: Un elevado porcentaje de los enfermos neurocríticos desarrollan complicaciones en otros órganos y sistemas de la economía humana, sobre todo en el árbol respiratorio, que en otras condiciones requerirían del uso de la PEEP para el mejoramiento de la oxigenación. El control de la PIC y el mantenimiento de la PPC, son parámetros considerados pronósticos en los resultados de cualquier paciente neurocrítico y estas variables pueden verse influenciadas por el uso de la PEEP, ante la tendencia de reducción de la PAM con esta técnica, por lo que su uso es controversial. **Método:** Se realiza un informe de los primeros 5 casos sometidos a monitorización de la PIC y la PPC, portadores de patologías neurocríticas no traumáticas, en la UCI del hospital “ALI” de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido entre agosto del 2004 y agosto del 2005. La ventilación fue siempre controlada y ciclada por volumen, con presiones permitidas en las

vías aéreas hasta los 35 cms de H₂O. Los valores de PEEP fueron elevados entre 0 y 10 cms de H₂O, con intervalos de ascensos de 5 cms H₂O, observando los valores de PIC y PPC. **Resultados:** El ascenso de los valores de la PEEP por debajo de 10cms H₂O no produjo modificaciones importantes en la PIC y la PPC, hasta 10 cms H₂O mostró tendencia a reducir PIC y mantener los valores de PPC estables, no se produjeron complicaciones con el uso de estas maniobras. **Conclusiones:** Los ascensos moderados de la PEEP por debajo de 10 cms de H₂O, no produjeron alteraciones importantes en la PIC y la PPC.

13- ¿Es la tricotomía necesaria en la práctica neuroquirúrgica habitual? : Experiencia preliminar del Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago-Chile.

Autores: Drs. Francisco Santorcuato Fuentes, Ricardo Rojas Valdivia, Marcelo Castro Guerrero, Vladimir Kraudy Medina, Teobaldo Méndez Ortega, Patricio Muñoz Vargas.

Institución: Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

País: Santiago, Chile

Objetivo: El corte de cabello en la preparación del paciente es frecuentemente usada en la mayoría de los centros neuroquirúrgicos de Chile. Nos propusimos demostrar que los fundamentos que lo avalan son el arraigo cultural, en la creencia de muchos neurocirujanos, que una herida limpia es una herida sin pelos, más que en el rigor científico y la medicina basada en la evidencia. **Materiales y Métodos:** Se realizó un trabajo prospectivo a contar del mes de Enero del 2006. Se dividió el Servicio en dos equipos, uno realizó tricotomía a todos los pacientes y el otro protocolizó una técnica sin tricotomía. Sólo se trabajó en cirugías electivas. Fueron incluidos en este trabajo los primeros 25 pacientes de cada grupo, todos con un seguimiento mayor a dos meses. **Resultado:** El grupo con tricotomía no presentó infecciones en herida operatoria. En el grupo sin tricotomía se infectó una herida operatoria (el paciente habría presentado un incidente con contaminación del campo quirúrgico en el pabellón). **Conclusión:** Debido a lo reducido de la muestra (infección n=1 y n=0), no es estadísticamente

significativo el mayor riesgo de infección, sin embargo la calidad en el postoperatorio para el paciente y la aceptación al tratamiento quirúrgico fueron evidentemente superiores. Describimos la técnica protocolizada sin tricotomía, sus ventajas y desventajas.

14- Tratamiento neuroendoscópico en la ventriculomegalia de larga evolución del adulto. Presentación de un caso.

Autores: Ramsés Fernández Melo, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Orlando Cruz García, Dr. Miguel Puig Fernandez, Dr. Iosmill Morales, Dra. Margarita Sanchez, Lic. Janett Benavides Barbosa.

Institución: CIMEQ-CIREN.

País: Cuba.

Introducción: Se ha denominado ventriculomegalia de larga evolución en el adulto a un padecimiento que se manifiesta en la edad adulta con algunos manifestaciones de hidrocefalia obstructiva, asociados a datos clínicos que hacen suponer una larga evolución. Con períodos en los que la hidrocefalia se descompensa, causando incremento de la dilatación ventricular y del deterioro cognitivo, presenta grandes dificultades para su diagnóstico y tratamiento. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 27 años de edad, escolaridad técnico medio, que hace 5 años comienza con aumento de tamaño del perímetro cefálico y progresivamente con dificultad en la marcha, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Se confirma en el exámen físico una cuadriparesia espástica, macrocrania significativa y bradipsiquia. En la Resonancia Magnética se constata la presencia de hidrocefalia triventricular extrema por estenosis acueductal, un coeficiente intelectual muy bajo en estudios neuropsicológicos y defecto campimétrico con aumento de la mancha ciega. Se realiza fenestración endoscópica del suelo del tercer ventrículo utilizando un sistema rígido Karl Storz. La evolución fue favorable y a los 3 meses de la cirugía se constata una mejoría evidente en la marcha con disminución del tono muscular y mejoría en el control de esfínteres. **Conclusiones:** El uso de sistemas derivados tradicionales se asocia con formación de hematomas subdurales en el 100% de los pacientes e incluso con válvulas programables existe marcada

morbilidad, es por ello que la ventriculostomía premamilar es en la actualidad el procedimiento de elección. Se presenta un paciente en el cual se utilizó este método, lográndose con el mismo una mejoría considerable tanto clínica como imagenológica sin presentarse complicación alguna.

15- Estudio del uso de antimicrobiano en el paciente neuroquirúrgico en la unidad de cuidados intensivos del CIMEQ del 2000 al 2005.

Autores: Dra. Marbella Iglesias González, Dr. Luís Orlando Molina, Dr. Emi Hernández, Dr. Rodolfo Martínez.

Institución: CIMEQ.

País: Cuba.

Se analizan todos los pacientes con patologías neuroquirúrgicas incluyendo los traumatismos craneoencefálicos que ingresaron en nuestro servicio en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2005, que a su vez presentaron cuadros de bacteriemias con hemocultivos positivos, permitiéndonos documentar una infección en algunos casos y en otros una sepsis con su máxima expresión el shock séptico. Se realizaron antibiogramas y valoramos la resistencia de estos gérmenes a los antibióticos de uso frecuente en la unidad. Se hace un análisis de las políticas actuales de profilaxis y tratamiento en pacientes neuroquirúrgicos.

16- Aneurismas intracraneales en la infancia.

Autores: Dra. Martha C. Ríos Castillo, Dr. Luis Manuel Elizondo Barriel, Dra. Melba Ávila Estevez, Dr. Reynel Junco Martínez, Dra. Mariela Infante Pérez.

Institución: Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez."

País: Cuba.

Los aneurismas intracraneales son raros en la población pediátrica, representando sólo del 2 al 3% de todos los aneurismas diagnosticados; se distinguen de los adultos en el género, topografía, enfermedades sistémicas asociadas y posiblemente en la causa. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar el comportamiento de los aneurismas intracraneales en los niños, así como los resultados del tratamiento quirúrgico. Realizamos un estudio descriptivo

retrospectivo en pacientes menores de 16 años, diagnosticados y tratados en nuestro centro, en el periodo comprendido entre noviembre de 1991 y agosto del 2006. Nuestra muestra quedó conformada por 9 pacientes, la edad promedio fue de 9.3 años, predominó el sexo masculino en el 87.5%. La cefalea vascular fue el antecedente que predominó en el 37.5%, la hemorragia subaracnoidea fue la forma más común de presentación en el 62.5%, el diagnóstico positivo de la hemorragia se realizó por TAC y el etiológico se realizó por panangiografía cerebral en el 66,6%. El 87.5% de nuestra serie correspondió a aneurismas de la circulación anterior, sólo un 12.5% en la circulación posterior. 2 pacientes fallecieron por complicaciones atribuibles a la hemorragia, los 7 restantes fueron operados practicándosele a 5 presillamiento del cuello aneurismático, a uno reforzamiento y al otro atrapamiento. Dentro de las complicaciones prequirúrgicas predominó en el 22.2% el resangramiento y de las postquirúrgicas el vasoespasmo en el 22.2%. La mortalidad quirúrgica fue de 11.1%.

17- Controversias de la neuroendoscopia a manos libres y con apoyo estereotáctico.

Autor: Dr. Julio Cesar Selva Infante, Dr. Boris Leyva Vega

Institución: Hospital provincial de Holguín.

País: Cuba.

18- Hemorragia intraventricular. Manejo neuroquirúrgico en la provincia Granma

Autores: Dr. Víctor M Perez Blanco, Dra. Gisela De La Caridad Pérez Abal.

Institución: Hospital "CELIA SANCHEZ MANDULEY" País: Cuba.

País: Cuba

La hemorragia intraventricular constituye un problema de salud avalado por su alta incidencia en el neonato prematuro y bajo peso al nacer así como por las grandes secuelas asociadas a la misma. Se exponen elementos etiopatogénicos, clínicos y radiológicos, siendo posible una reducción de la mortalidad cuando se impuso un manejo neuroquirúrgico oportuno.

19- Malformación arteriovenosa intraventricular como causa de hidrocefalia

Autores: Dr. José Montejo Montejo, Dr. Fredy Guillermo Gutiérrez Muñoz

Institución: Hospital Pediátrico “Eduardo Agramonte Piña” Camagüey

País: Cuba.

Objetivo: Describir el tratamiento de una malformación arteriovenosa compleja intraventricular de rara presentación en la edad pediátrica causante de hidrocefalia. **Descripción:** Presentamos una paciente de 5 años de edad, femenina, con historia de salud anterior, que presentó síndrome de hipertensión endocraneana sin signos de focalización con antecedentes de cefalea interpretándose este cuadro clínico como cefalea vascular en la infancia, desde los 2 años de edad. Se realizó tomografía axial computarizada mostrando lesión hiperdensa que ocupa cuerno occipital del ventrículo lateral izquierdo y tercer ventrículo, con dilatación asimétrica de ambos ventrículos laterales. Se demostró en estudios tomográficos contrastados la presencia de malformación arteriovenosa del territorio de la arteria coroidea posterior. **Intervención:** Se realizó tratamiento quirúrgico, mediante una derivación ventrículo-peritoneal colocando el catéter ventricular en el cuerno occipital del ventrículo lateral derecho, resolviendo la hidrocefalia biventricular sin provocar sangramiento intraventricular. **Conclusión:** El tratamiento definitivo de esta lesión compleja es aún controversial.

20- Tratamiento endoscópico en la hidrocefalia.

Autor: Dr. Álvaro Córdova.

País: Uruguay

CONFERENCIA

21- Ventriculostomía látero-cuadrigeminal endoscópica. Una alternativa de tratamiento para la hidrocefalia no comunicante.

Autores: Dr. Enrique de Jongh, Dra. Felicia Montes de Oca, Dr. Justo González, Dr. Omar López, Dr. Néstor Pulido

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

País: Cuba

Objetivos: El tratamiento endoscópico de la hidrocefalia no comunicante ha consistido en: Tercer ventriculostomía (TVE), septostomía, Monroplastia, acueductoplastia, fenestración del receso suprapineal y comunicaciones en la hidrocefalia tabicada. Desarrollamos una sencilla técnica endoscópica con objetivo similar a una antiguamente descrita “a cielo abierto” para derivar el líquido céfalo-raquídeo (LCR) del sistema ventricular lateral a la cisterna cuadrigeminal. Esta técnica es especialmente útil en la hidrocefalia biventricular por lesiones de la mitad anterior del III ventrículo en las que no se puede derivar a la cisterna interpeduncular.

Material y método: Se intervinieron 3 pacientes con lesiones en la mitad anterior del tercer ventrículo con hidrocefalia biventricular. Esto hacía imposible realizar ventriculostomía premamilar. Fenestramos mediante neuroendoscopia la cara interna de la encrucijada ventricular hasta visualizar la cisterna cuadrigeminal.

Resultados: La hidrocefalia fue solucionada en 2 de los pacientes sin ningún tipo de complicación. En todos se expuso la cisterna cuadrigeminal visualizándose estructuras arteriales y venosas. Se observó el bamboleo típico de las paredes del orificio provocado por la equiparación de la presión de LCR entre cisternas y ventrículos. **Conclusiones:** La ventriculostomía látero-cuadrigeminal es una técnica rápida y fácil de realizar mediante neuroendoscopia desde el mismo agujero de trépano frontal que se utiliza para la TVE. Garantiza la circulación desde el sistema ventricular al cisternal. Debemos aumentar la casuística para ampliar el estudio de la técnica y sus resultados.

22- Neuroendoscopia en el tratamiento de la hidrocefalia y lesiones intracraneales.

Autores: Dr. Enrique de Jongh, Dra. Felicia Montes de Oca, Dr. Justo González, Dr. Omar López, Dr. Luis Alonso, Dr. Ramiro Pereira

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

País: Cuba

Objetivos: La neuroendoscopia ha demostrado ser una técnica mínimamente invasiva cada vez más empleada en Neurocirugía. Las principales aplicaciones han sido en la hidrocefalia obstructiva, y en el diagnóstico y tratamiento de quistes y tumores

intracraneales. Otras patologías siguen agregándose a las ya tratadas mediante estas técnicas. **Material y método:** Fueron intervenidos 171 pacientes durante 10 años. Se utilizaron diferentes neuroendoscopios, así como broncoscopios y artroscopios como solución alternativa. Los procedimientos realizados fueron: tercer ventriculostomía, septostomía, monroplastia y asistencia a la colocación ventricular del catéter en la hidrocefalia; biopsia, exéresis total o parcial en tumores y quistes; derivación quística a cavidades intracraneales o al peritoneo; y evacuación de hematomas intraventriculares. **Resultados:** La tercer ventriculostomía fue efectiva en 90 pacientes de 120 (75%). Se realizaron 23 septostomías, 4 monroplastias, 45 tomas de biopsia, 6 exéresis parciales de lesión, 11 exéresis totales en tumores (10 quistes coloides y 1 subependimoma intraventricular), 19 evacuaciones de quistes a ventrículos o cisternas, 3 asistencias endoscópicas a colocación de catéter intraventricular, 1 derivación quiste-peritoneal, 15 evacuaciones de hematomas intraventriculares. **Conclusiones:** La neuroendoscopia es el tratamiento de primera línea para la hidrocefalia no comunicante monoventricular, biventricular y triventricular de cualquier etiología y edad. Las lesiones intracraneales tumorales y quísticas pueden ser indicación de un variado tratamiento neuroendoscópico. Los hematomas intraventriculares pueden ser evacuados total o parcialmente mediante esta técnica.

23- Cirugía transeptoefenoidal a las patologías de la región selar en Camagüey.

Autores: Dr. Miguel Domínguez Nápoles. Dr. Julio César Martín Pardo.

Institución: Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey.

País: Cuba.

Se realizó una investigación en sistema y servicio de salud con todos los pacientes atendidos por el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Doménech" que presentaron una patología selar y se les realizó cirugía mediante un abordaje transeptoefenoidal desde el año 2004 hasta el año 2006. El principal objetivo de este estudio fue precisar el comportamiento general de estas patologías. Se aplicó, como fuente primaria de información, una

encuesta confeccionada por el autor según la bibliografía revisada y los criterios e interés del servicio de Neurocirugía. Los datos así obtenidos se procesaron según métodos de estadística descriptiva e inferencial, distribución de frecuencia y test de distribución de proporciones según sistema SPSS para Windows y los datos se expusieron mediante tablas y gráficos. Predomina el sexo femenino y el grupo de edad entre 26 y 45 años, la cefalea fue el síntoma más frecuente, acompañado de la galactorrea y la amenorrea. Hubo un predominio de los macroadenomas y fueron diagnosticados en su gran mayoría con la tomografía axial computarizada, el abordaje que se usó fue el sublabial transeptoefenoidal y la complicación más frecuente fue la fístula de líquido cefalorraquídeo. La mortalidad en general fue baja.

24- Cirugía endonasal endoscópica en adenomas hipofisarios. Opción del futuro.

Autores: DrC. Omar López Arbolay, Dr. Justo González González, Dr. Nedel Valdez Lorenzo.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

País: Cuba.

Introducción: El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha tenido un impacto favorable en la neurocirugía. En estos momentos se realizan técnicas microscópicas y endoscópicas. Recientemente el abordaje endonasal endoscópico ha irrumpido como una opción en desarrollo, que pudiera llegar a predominar en un futuro próximo. **Objetivo:** Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes con adenomas de la hipófisis operados por el abordaje endonasal endoscópico. **Material y Método:** Se realizó una investigación controlada y prospectiva, de 60 pacientes seleccionados según criterios de inclusión y a los cuales se les practicó el abordaje endonasal endoscópico como método de tratamiento quirúrgico, entre enero del año 2003 y el mismo mes de 2006, en el servicio de Neurocirugía del Hospital «Hermanos Ameijeiras». **Resultados:** Se operaron 34 pacientes con macroadenomas y 15 con microadenomas hipofisarios; 27 fueron adenomas secretores (14 GH, 11 ACTH y 2 PRL) y 22 fueron no secretores. Se logró la resección total en el 82,4% de las lesiones tumorales. Las complicaciones se ob-

servaron en el 19,6% de los pacientes. **Conclusiones:** Se concluye que los resultados obtenidos con el abordaje endonasal endoscópico lo hacen lo suficientemente seguro como para justificar su realización y a la vez verlo como la opción de futuro para aquellos adenomas hipofisarios con criterio quirúrgico.

25- Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región selar. Ensayo clínico.

Autores: DrC. Omar López Arbolay, Dr. Justo González González, Dr. Nedel Valdez Lorenzo.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

País: Cuba.

Introducción: El abordaje endonasal transesfenoidal endoscópico (ETE) es una opción en desarrollo.

Objetivos: Introducir el abordaje endonasal transesfenoidal endoscópico (ETE) para afecciones selares y evaluar su eficacia y seguridad.

Material y Método: Se realizó un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y a doble ciegos. La fase I no fue necesaria por la experiencia internacional acumulada. La fase II fue un estudio cohorte de 10 pacientes que se les realizó el abordaje ETE. La fase III fue aleatorizada y a doble ciegos en la que se ofreció el abordaje ETE o el abordaje TTM como métodos de tratamiento. La fase IV fue la de seguimiento.

Resultados: En la fase II se intervinieron 10 pacientes por el abordaje ETE, seis macroadenomas y cuatro fistulas de líquido cefalorraquídeo (l.c.r). En cinco se logró exéresis total del tumor y las fistulas desaparecieron en 2 pacientes. En la fase III se intervinieron 41 pacientes, 21 por el abordaje TTM y 20 por el ETE. La fase IV arrojó resección total en el 71,4% de los operados por el abordaje TTM y en el 70 % de los operados por el abordaje ETE. Las complicaciones fueron: 1 paciente con daño visual y 1 con meningoencefalitis operados por el abordaje TTM, la Diabetes Insípida se presentó en 11 pacientes, 6 operados por abordaje TTM y 5 por el ETE. **Conclusiones:** Se introdujo el abordaje ETE en nuestro medio a través de un estudio clase I, con menor morbilidad, menor estadía y la consiguiente repercusión sobre los costos hospitalarios.

26- Abordajes transesfenoidales: Primera opción para lesiones de región selar con criterio quirúrgico.

Autores: DrC. Omar López Arbolay, Dr. Justo L. González González, Dr. Nedel Valdés Lorenzo.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

País: Cuba.

Introducción: En la región selar asientan diversas lesiones; las tumorales son las más comunes. Entre ellas, los adenomas hipofisarios constituyen el tercer tipo de tumor primario más frecuente en el sistema nervioso central. Los abordajes quirúrgicos empleados para su solución son transcraneales y transesfenoidales. **Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos con los abordajes transesfenoidales durante los últimos 10 años así como perfeccionar y desarrollar los abordajes transesfenoidales para el tratamiento de pacientes con lesiones de la región selar.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y lineal a través de variables como abordaje, tipos de lesión, características imagenológicas y endocrinológicas, evolución postoperatoria, mortalidad y complicaciones. **Resultados:** Se realizaron 347 operaciones, 285 adenomas (180 funcionantes y 105 no funcionantes), 27 aracnoidocelos, 13 fistulas de líquido cefalorraquídeo y otras 22 lesiones tumorales. Los adenomas no funcionantes fueron 103 macroadenomas y 2 microadenomas y los funcionantes 117 macroadenomas y 63 microadenomas. El control fue siempre superior en los microadenomas. Se resolvieron 53,8 % de las fistulas. En pacientes con silla turca vacía, mejoró el defecto campimétrico en 69,2 % y se resolvió la fistula en 71,4. La evaluación por imágenes en el postoperatorio del resto de las lesiones arrojó que de 11 craneofaringiomas, en 8 logramos exéresis total y en 3 parcial. El resto de las lesiones se resecaron totalmente. La morbilidad operatoria fue 14,4 % en la serie; la mortalidad fue 0,58 %.

Conclusiones: Los resultados en este estudio avalan los abordajes transesfenoidales, como métodos más útiles y confiables para tratar lesiones selares.

27- Abordaje transnasal endoscópico para las lesiones de la hipófisis.

Autores: Dr. Asley Obregón Marín, Dra. Ivón González Valcárcel, Dr. Adolfo Hidalgo, Dr. Esteban Roig Fabré.

Institución: Hospital Docente “General Calixto García”

País: Cuba.

Existen varias vías de abordaje a la glándula hipófisis en la región selar. Los criterios para utilizarlas han variado en la actualidad y se comienza a demostrar que muchas lesiones son abordables por vías que utilizan un acceso mínimo, evitando la apertura craneal, minimizando así el riesgo de lesión encefálica. Así, los abordajes a la región selar, cada vez son más selectivos, buscándose mínima lesión a los tejidos, menor duración del proceder quirúrgico y mejor recuperación. Objetivo: presentar los resultados de la exéresis transnasal vía endoscópica de las lesiones hipofisiarias en el servicio de Neurocirugía del Hospital “General Calixto García”, en Coordinación con el Servicio de Otorrinolaringología. Material y métodos: se han intervenido 25 pacientes con patología hipofisiaria (micro, meso y macroadenomas de hipófisis), utilizando el Abordaje Transnasal Endoscópico (endoscopios rígidos de 0 y 30 grados respectivamente). Se muestran los resultados y ventajas de esta vía. Complicaciones: Diabetes insípida transitoria 5 casos, fístula nasal de LCR 1 caso, neumoencefalo 1 caso.

28-Cirugía guiada con anillo una solución alternativa a la neuronavegación.

Dra. Margarita Sánchez, Dr. Gerardo López Flores, Dr. Ramsés Fernández Melo, Dr. Orlando Cruz, Dr. Iosmill Morales, Dr. Rafael Rodríguez, Dr. Maylen Carballo, Dra. Bárbara Estupiñán.

Institución. CIMEQ-CIREN.

País. Cuba

ENFERMERÍA

1- Atención de enfermería ante pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, en nuestro servicio.

Autores: Enf. Danaisy Galvez Cárdenas, Enf. Oneida Jay Kindelán, Enf. Esther C. De la Torre Gamboa, Enf. Graciela Pedroso Oviedo,

Institución: Hospital Universitario “Gral. Calixto García”.

País: Cuba

El personal de enfermería debe asumir que un paciente con TCE es grave, cuando al llegar al servicio de neurocirugía, presenta una evaluación de 8 ó menos en la Escala Glasgow para Coma (EGC). Generalmente estos pacientes deben ser ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, si no requieren una operación de emergencia durante la primera hora después del ingreso; pero a veces son ingresados en el postoperatorio del servicio, que en la práctica funciona como una unidad de cuidados intermedios. Por ese motivo, nuestro personal de enfermería debe estar entrenado para asumir la atención adecuada de estos pacientes. En este tipo de paciente tan grave y complicado, el papel del personal de enfermería no puede ser pasivo; la falta de acciones imprescindibles en esos primeros minutos, puede ser un factor muy negativo para el pronóstico vital y funcional de estos lesionados.

2- Epiduroscopía y espalda fallida.

Autores: Dr. Pedro Pablo Benítez Núñez, Lic Yordanka González Guerra, Lic. Angel Luis Aquino, Lic Haymee Rodríguez.

Institución: CIMEQ

País: Cuba

El síndrome de cirugía de Espalda Fallida (fbss) constituye un verdadero reto para aquellos que nos dedicamos al estudio y tratamiento de los síndromes dolorosos complejos, convirtiéndose hoy en un verdadero problema de salud mundial. En nuestro Clínica del Dolor el fbbss constituye el 20% de los pacientes tratados por sacrolumbalgia. Hacer el diagnóstico de la verdadera causa del dolor es extremadamente difícil sobre todo en nuestras

circunstancias, donde el gadolinio tiene precios prohibitivos para la mayoría de nuestro pacientes. La Epduroscopia, método mínimamente invasivo nos permite hacer el diagnóstico visualizando todas las estructuras en el espacio peridural de una manera real y bajo visión directa afrontar nuestros hallazgos. Decidimos entonces utilizar este proceder en 30 pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Cirugía de Espalda Fallida. El objetivo de la presente mesa redonda, es dar a conocer las principales indicaciones de este proceder, los cuidados de enfermería, la técnica y los resultados de nuestra investigación.

3- Dispositivos alternativos en la vía aérea del paciente.

Autores: Mikel Calzadilla Valido, Odalis García Laurencio, Dr. Omar López Cruz

Institución: CIMEQ

País: Cuba

El trabajo trata sobre el empleo de dispositivos novedosos como la máscara laringea LMA Classic, LMA Fastrach y LMA Proseal que permiten asistir la vía aérea. Veremos su manejo así como su algoritmo. También trataremos su cuidado en la aplicación y su esterilización para tener una máscara laringea de mayor durabilidad.

4- Rol del enfermero instrumentista en la cirugía de los Meningiomas.

Autores: Lic. Antonio D. Villa Juárez, Lic. Ángel Luis Aquino, Lic. Jorge Luis Herrera.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba

Los meningiomas son tumores benignos de crecimiento lento, extraaxiales, no infiltrantes que proceden de la transformación de las células aracnoideas de las meninges, especialmente de las vellosidades aracnoideas, adhiriéndose a la duramadre, pueden ser intracraneales o espinales. La incidencia es de 6 x 100000 habitantes, suponen el 15-20 de todos los tumores intracraneales.

La incidencia aumenta con la edad y son excepcionales por debajo de los 20 años, y si aparecen suelen ser más agresivos. El pico de frecuencia está en los 50-60 años. Actualmente existen nuevos abordajes quirúrgicos de base de cráneo, para reseca esas

lesiones, con tiempos quirúrgicos prolongados y extremo agotamiento del cirujano, requiriendo una asistencia exquisita y puntual del enfermero instrumentista, facilitando la secuencia de cada uno de los pasos del proceder. Nuestro trabajo se centro en valorar el rol del enfermero instrumentista durante el acto quirúrgico en la cirugía de los meningiomas. Se revisó la literatura para conocer las características particulares del enfermero instrumentista en el quirófano durante todo el proceder. Se presentan los resultados de la experiencia en el CIREN, en relación con la participación del instrumentista en las cirugías de 110 Meningiomas, realizadas en nuestra institución. Se seleccionaron las principales actividades que realizan el instrumentista antes, durante y después del proceder. Debido a la complejidad, la presencia del enfermero instrumentista constituye un factor indispensable para el correcto desarrollo y culminación del proceder. La cirugía como tratamiento coadyuvante es útil en la reducción de masas tumorales prequirúrgicas y en las recidivas.

5- De las infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Neurocirugía. del Centro Internacional de Restauración Neurológica.

Autores: Lic. Delaray García Domínguez, Lic. Janett Benavides Barbosa, Lic. Yaima Quintero Fundora, Enf. Esp. Orlando Bravo Hernández.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba

El CIREN es un centro dedicado a brindar atención asistencial docente e investigativa. Tales circunstancias nos indican que los pacientes atendidos allí tienen un alto riesgo de adquirir Infecciones intra hospitalarias. La infección intra hospitalaria es aquella que se presenta después de la primeras 48-72 horas de estancia en el hospital y que no estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso, pero debemos tener presente que la anterior definición tiene sus limitaciones pues algunas infecciones nosocomiales pueden presentarse previas a este lapso de tiempo, particularmente cuando se asocian a procesos invasivos; por otra parte en periodo de incubación de una infección adquirida en la comunidad podría ser más prolongado a las 72 horas, es decir la definición se basa además. En otros principios donde se incluyen

por ejemplo la infección que aparece tras el alta, o la adquirida por el recién nacido como resultado del paso por el canal del parto. Lo cierto es que las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud a nivel mundial. Se concluye identificando las principales infecciones, localizadas en tracto urinario y tracto respiratorio bajo; entre los gérmenes aislados encontramos el *stafilococcus áureos*, *echericha coli*, *acinetobacter*, *stafilococcus coagulasa negativo* y se determinó como principales factores de riesgo el catéter urinario, la inmunodeficiencia, la estadía preoperatorio mayor de 48 horas y las maniobras invasivas, por lo que se recomienda que el personal de enfermería contribuya a seguir cumpliendo las precauciones universales enfatizando en el lavado de manos, continuar la capacitación y adiestramiento de los trabajadores del servicio, además realizar investigaciones que evalúen el impacto de las medidas implementadas.

6- Cuidados integrales de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de Epilepsia.

Integrantes: Lic. Janett Benavides Barbosa, Lic. Delaray García Domínguez, Lic. Ariagna Díaz González, Lic. Ivet González Paez, Lic. Liuba Rodríguez Quesada.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central caracterizada por la repetición de dos o más crisis epilépticas no provocadas por una causa inmediatamente identificable y una crisis epiléptica es la manifestación clínica de una alteración del funcionamiento neuronal autolimitada. Dependiendo del área cerebral afectada la crisis tiene manifestaciones diversas (motoras, sensitivas, psíquicas, etc.). Las crisis se originan por muy diversos mecanismos tras los cuales suele haber un exceso de excitación neuronal o un defecto de inhibición. Todos los pacientes con convulsiones que no se controlan después de un esquema de tratamiento adecuado con drogas anticonvulsivantes, guiado por un neurólogo experto, luego de 2-3 años de tratamiento se debe considerar para tratamiento quirúrgico. No existen reglas estrictas para definir el número de convulsiones que se consideran como refractarias a tratamiento,

teniendo en cuenta las características laborales, sociales y capacidad de rehabilitación. Se considera actualmente que los pacientes para evaluación quirúrgica son aquellos en los cuales las crisis restringen significativamente el potencial laboral, social, educacional y que el paciente haya fallado con la terapia medicamentosa. Se entiende por cirugía de la epilepsia toda intervención neuroquirúrgica cuyo objetivo primordial sea curar ó aliviar la epilepsia, independientemente de que se trate de cirugía de resección, de desconexión ó de estimulación, y de que exista sustrato lesional de base ó no. El tratamiento quirúrgico de la epilepsia constituye en la actualidad una modalidad terapéutica efectiva y segura. Mediante este trabajo se da a conocer los principales diagnósticos, expectativas y acciones de enfermería tanto en el pre y postoperatorio donde el personal de enfermería juega un papel importante en la recuperación de estos pacientes logrando así la pronta incorporación a la sociedad.

7- Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica desde la perspectiva del PAE

Autores: Lic Misleidys Ronquillo Páez, Lic Yorkenia de Piña García

Institución: Hospital Universitario Manuel A Domenech. Camaguey.

País: Cuba

Introducción: La Enfermedad Cerebrovascular ocupa actualmente el tercer lugar entre las causas más frecuentes de muerte en Cuba. En el Hospital Universitario Manuel A Domenech de Camaguey ésta constituye una de las principales patologías que requieren ingreso y por lo tanto necesitan de la planificación del proceso de atención de enfermería para lo cual es indispensable de antemano conocer la situación de esta pathema en cada institución por lo que se desarrolla esta investigación con el objetivo de caracterizar la enfermedad cerebrovascular isquémica en relación con algunas variables demográficas, la morbilidad y la mortalidad. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo de todos los casos hospitalizados en el Hospital Universitario Manuel A Doménech desde marzo del 2003 hasta marzo del 2004. Se confeccionó una encuesta según

criterios de los autores que fue llenada a partir de los expedientes clínicos de los pacientes. Se utilizaron distribuciones de frecuencias y test de hipótesis de proporción. **Resultados:** El 72,5% de los pacientes presentaron edades superiores a 60 años. El 75,5% de los enfermos pertenecían a la raza blanca. En el 75% de los casos se encontró cardiopatía isquémica asociada. La mortalidad general fue del 25,4%. **Conclusiones:** La enfermedad cerebrovascular isquémica tiene una alta prevalencia en la tercera edad y el sexo masculino, siendo frecuente la asociación con la cardiopatía isquémica lo cual contribuye a elevar la mortalidad en estos casos.

8- Técnicas manuales de la Medicina Tradicional y Natural en el paciente hemipléjico para su rehabilitación

Autores: Lic. Miriam Borrayo Martínez, Lic. Virginia Díaz Gil, Enf. Marisol González Palomino, Dra. Joaquina Gómez

Institución: Hospital Naval Militar Luis Díaz Soto
País: Cuba

La hemiplejía es un trastorno neuromuscular común observado en el departamento de Neurocirugía y de Medicina Física y rehabilitación. Estos pacientes son atendidos por perder en mayor o menor grado la potencia motora, la sensación profunda y superficial, control vasomotor de la vejiga y los intestinos, así como la función sexual.. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo de 18 pacientes ingresados desde Julio a Diciembre 2004, dividiendo la muestra en dos grupos de forma aleatorizada. A un grupo se le realizó el tratamiento hasta esos momentos establecido y al otro se le añadió al tratamiento rehabilitador habitual, el masaje Tuina. Se obtuvieron resultados más satisfactorios en los pacientes en los cuales se les combinó los dos tratamientos.

9- Hernia Discal Lumbar, Manejo Neuroquirúrgico Por El Personal De Enfermería

Autores: Lic. Alberto Galiano, Lic. Gisela Aval Peña, Dr. Víctor Manuel Pérez Blanco

Institución:
País: Cuba

10-Enfermería quirúrgica en la discopatía lumbar

Autores: Enf Esp.Zoila Hdez, Lic Miguel Eduardo Bosch, Lic Sara Moreira Chirino, Lic. Tania Bobadilla Ortega., Dr. Willian D' Jongh.

Institución:
País: Cuba

12- Bioseguridad en las salas de operaciones

Autores: Lic. Ángel Luis Aquino Ávila, Lic. Julio Cesar Delgado.

Institución: CIMEQ-CIREN
País: Cuba

La bioseguridad, va a ser el conjunto de medidas preventivas, destinadas fundamentalmente a mantener el control de factores de riesgos laborales, provenientes esto de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente. Mediante el siguiente trabajo se dan a conocer dichas normas de bioseguridad, como manera de reflexión y concientización para el personal de enfermería involucrado, a fin de lograr un ambiente de trabajo ordenado, seguro y que conduzca simultáneamente a mejorar la calidad, reducir los sobrecostos y alcanzar los óptimos niveles de funcionalidad confiable en estas áreas.

13- Resultados del tratamiento quirúrgico de tumores cerebrales mediante cirugía estereotáctica. Intervenciones de enfermería

Autores: Lic. Miriam Borrayo Martínez, Lic. Teresa La Rosa Chibás , Lic. Delvis Rodríguez Cuelez, Dr. Nelson Quintanal Cordero

Institución: Hospital Militar Luis Díaz Soto
País: Cuba

Introducción: Las técnicas microquirúrgicas para la resección de lesiones intracraneales se limitan donde las referencias anatómicas no existen o no pueden usarse como guía para la disección de lesiones localizadas profundamente o en áreas elocuentes más superficiales. La guía estereotáctica por imágenes de Tomografía Axial Computadorizada, Resonancia Magnética y Angiografía por Sustracción Digital ofrece una definición volumétrica y geométrica precisa de

las lesiones intracraneales. **Objetivos:** Conocer los resultados de la aplicación en nuestro centro de la Cirugía estereotáxica. Describir la metodología general para la realización de la misma y establecer el valor de los cuidados de enfermería. Identificar las complicaciones más frecuentes. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo y lineal durante el período de mayo del 2003 a Diciembre del 2005 a 12 pacientes portadores de tumores intracraneales (7 mujeres y 5 varones) se les realizaron 8 intervenciones de resección estereotáxica aplicando técnicas microquirúrgicas guiadas por imagen y asistidas por ordenador y 4 biopsias estereotáxicas. **Resultados:** La biopsia estereotáxica resultó un método de diagnóstico fácil y seguro, logrando el diagnóstico positivo en el 100% de los casos. La craneotomía dirigida y la resección guiada de las lesiones cerebrales facilitaron la exéresis precisa de las lesiones cerebrales, mientras se minimizó la exposición y el daño al tejido cerebral circundante.

No tuvimos complicaciones relacionadas con el proceder. Los cuidados de enfermería resultaron de mucho valor, fundamentalmente en la fase de preparación tanto física como psicológica del paciente, en la primera etapa de la realización de dicha técnica, así como en el postoperatorio.

14- Cirugía estereotáctica y enfermería

Autores: Lic. Angel Luis Aquino Avila, Lic. Antonio Villa.

Institución: CIMEQ-CIREN

País: Cuba

El siguiente trabajo, ofrece una visión general de los cuidados pre y tranoperatorios desarrollados por el personal de enfermería dentro de nuestra institución, así como la expectividad alcanzada para lograr de esta manera reducir el tiempo quirúrgico, el estrés causado a nuestros enfermos así como el riesgo de infección.

INSTRUCCIONES AL AUTOR

PRESENTACION DE ORIGINALES: Se presentarán mecanografiados en papel blanco, a 2 espacios, sin tachaduras ni arreglos manuscritos.

PRIMERA PAGINA: Contendrá: institución donde se realizó el trabajo, Título (que ha de ser conciso pero informativo) autor(es) (no excederán de 4), crédito(s) científico(s), docente(s), técnico(s) del (los) autor(res).

SEGUNDA PAGINA: Se incluirá el resumen (Inglés y Español), que será una exposición sintética y precisa, elaborado con oraciones cortas y en un solo párrafo.

TERCERA PAGINA: Se iniciará el trabajo, el cual debe comenzar con una introducción, que consistirá en una descripción del estado del conocimiento en el campo, seguida de una descripción o intención del trabajo. Los métodos deben contener suficientes detalles técnicos y referencias acerca de técnicas como para que puedan ser repetidos en otros laboratorios. Continúan las secciones resultados, discusión y conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: Se presentará en hoja aparte y según el orden de acotación en el texto. Se evitarán las bibliografías extensas; sólo se pondrán las citas relacionadas directamente con el trabajo en cuestión. No se incluirán comunicaciones personales ni trabajos no publicados; éstos se mencionarán en el texto (entre paréntesis). El ordenamiento de las citas bibliográficas será el siguiente: apellido(,) iniciales de nombres(.:), título del trabajo(.), nombre abreviado de la publicación según el Index Medicus, volumen, número(:), primera y última página(,) y

año de aparición. Los libros deberán figurar con: apellido(,) iniciales de nombres(.:), título(.), tomo(.) ciudad, editorial, año y página(s).

TABLAS, MODELOS y ANEXOS: Se presentarán en hojas apartes, numerados consecutivamente con números arábigos y deberán estar citados en el texto.

FIGURAS: Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales tendrán numeración arábiga consecutiva y pueden ser enviadas en disquettes de computadoras como ficheros .TIFF. Las fotografías se presentarán en papel de brillo con suficiente nitidez y contraste, y un ancho máximo de 6,5" ; deben remitirse en un sobre separado. Cada figura llevará en el reverso, escrito muy suavemente con lápiz, el número que le corresponde y una flecha que indique la parte superior. Todas deben estar citadas en el texto. Los pies de las figuras se mecanografiarán en página aparte. El total de figuras no deberá exceder de 6. No se aceptan ilustraciones ni fotos en colores.

Los trabajos que no se ajusten a estas instrucciones serán devueltos a sus autores; los aceptados, se procesarán según las normas establecidas por la Editorial

Los originales serán enviados a:

Revista Investigaciones Médicoquirúrgicas
Calle 216 e/ 13 y 15 Siboney Playa
Aptado Postal 6096, C. Habana, Cuba
Fax: (53-7) 273-9086
e.mail: editorial@cimeq.sld.cu

SUSCRIBASE A:

*Investigaciones
Médicoquirúrgicas*

SUSCRIPCIÓN ANUAL (3 NUMEROS): 25.00 CUC
(1 NUMERO): 10.00 CUC

Dirijase a:

Revista Investigaciones Médicoquirúrgicas
CIMEQ
Calle 216esq 13 Siboney, Playa C. Habana,
Cuba
Fax: (53-7) 273-9086
E.mail: editorial@cimeq.sld.cu

Nombre y Apellidos

Name:

(block letter, please)

Dirección

Address:

Estado _____ Código Postal: _____

País:

Country: _____

Forma de Pago:

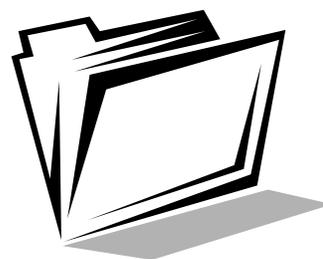
Cheque por valor de _____

Giro Postal N° _____

Cuenta Bancaria N° _____

Calendario de Eventos 2007

SOLICITELO:



CELAMED

CENTRO LATINOAMERICANO DE EVENTOS MEDICOS

*Todo lo necesario para garantizar
un servicio de la más alta calidad*

*Complejo de salones con capacidad
para 760 personas con facilidades
técnicas y logísticas, servicios de
interpretación y moderna tecnología
audiovisual.*

*Además, el Centro Latinoamericano
de Eventos Médicos posee aledaño a su
sede un centro campestre de descanso
y recreación con capacidad para 800
comensales llamado "La Jicara" con
Ranchón, Parrillada, Bar y dos
Piscinas donde los participantes a
nuestros eventos solos o acompañados
no podrán sustraerse al encanto que lo
circunda.*

Calle 216 e/ 11 y 13 , Siboney Playa Ciudad de la Habana, Cuba
Telef.(53=7) 271-9600, Fax: (53-7) 273-9086 E.Mail: celamed@infomed.sld.cu

**ADQUIERA LOS SIGUIENTES LIBROS
DE LA EDITORIAL CIMEQ
EN EL BURO DE INFORMACION**

