

## Revisión de revistas

**J. Neurosurg. Julio - Agosto. 2006. J. Neurol, Neurosurg. Psychiatry, Junio. 2006.**

### Tumores

#### **Diagnostic performance of MR imaging in brain tumor classification. Julià-Sapé, M., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 6-14.**

Es un trabajo multicéntrico, protagonizado por la Universidad Autónoma de Barcelona y centros hospitalarios asociados, en el cual se intenta comparar el diagnóstico probable obtenido de la RM y el diagnóstico anatomopatológico, en un grupo de 393 pacientes. Mientras que el tipo de tumor, glial o meníngeo, era bastante específico, otros supuestos eran más inseguros por la frecuencia de falsos positivos o falsos negativos. El trabajo se resiente del uso múltiple de términos utilizados en el diagnóstico en ambos campos, tanto en el de la imagen como en el histopatológico. En estos últimos, el problema puede radicar en el punto donde se ha tomado la biopsia en un glioma. También es un inconveniente el hecho de ser un estudio retrospectivo. La aportación de la espectroscopía puede aumentar la sensibilidad del diagnóstico por imagen. No obstante, de las estimaciones diagnósticas reseñadas se puede sacar provecho en casos de los cuales el riesgo de la biopsia pueda ser alto o bien en los pacientes que no acepten someterse a la misma o en quienes la biopsia previa haya sido negativa. La edad avanzada, el mal estado general o localización en zonas elocuentes, pueden ser ejemplos de riesgo significativo.

#### **Resection and contrast enhancement in anaplastic astrocytomas. Keles, G.E., et al. 2006; 105: 34-40.**

Varios factores influyen en el pronóstico de los astrocitomas anaplásicos, tales como la edad, el estado funcional (Karnofsky), o el tratamiento con radioterapia y quimioterapia entre otros. Los autores hacen un estudio retrospectivo de un grupo de 102 pacientes, en los cuales centran la atención en el realce con contraste y en la imagen de hiperintensidad en T2. Descartan los tumores mixtos, con algún componente de oligodendroglioma y los glioblastomas multiformes. Sólo incluyen los astrocitomas anaplásicos puros.

El realce se basa en la ruptura de la barrera hematoencefálica y su aparición suele ser un indicador de malignidad. Sin embargo, la extensión de la zona de realce no se ajusta a la zona infiltrada por células tumorales, que se acopla mejor a la zona de hiperseñal

de la imagen en T2.

Los autores excluyen a pacientes con un estado funcional inferior a 70. Hacen un estudio volumétrico de la zona que se realiza con contraste y de la zona de hiperseñal en T2. Una vez sometidos a la intervención, en la cual tienen en cuenta la elocuencia de la zona operatoria, realizan nuevos estudios con RM para ver el volumen de tumor que no se ha extirpado, teniendo en cuenta la zona realizada y el volumen de la zona de hiperseñal en T2. El volumen de tejido tumoral residual en el postoperatorio influye en la aparición de signos de recidiva y en el periodo de supervivencia. Sin embargo, el factor que más influye en el pronóstico es el volumen residual de la zona de hiperseñal postoperatoria en T2. Esto indica que la radicalidad en la escisión de volumen tumoral influye en el pronóstico, en especial si se establece como guía la zona de hiperseñal en T2, con prioridad sobre la zona residual que se realiza con el contraste en el postoperatorio inmediato. El volumen residual influye en el periodo de supervivencia. Incluso el volumen de la zona de hiperseñal en T2 no es fidedigno, ya que mediante espectroscopía se ha demostrado la existencia de células tumorales hasta casi tres centímetros por fuera de la periferia de la zona de hiperseñal en T2.

#### **Dural involvement in primary extradural meningiomas of the cranial vault. Bassiouni, H., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 51-59.**

En el trabajo se revisan los meningiomas de origen óseo, en relación con la extensión del tumor a la duramadre. Estudian quince casos, desde 1992 a 2004. Los pacientes presentaban un bulto subcutáneo indoloro. Salvo en tres casos, durante la operación se observó que la duramadre estaba afectada. El estudio histopatológico mostró invasión dural en 14 casos. Pese al aspecto intraoperatorio, recomiendan extirpar la duramadre subyacente al tumor, para evitar recidivas.

#### **Meningothelial meningiomas. Lee J.H, et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 60-64.**

Dentro del grupo de meningiomas benignos, la clasificación de la WHO incluye varios grados. La impresión es que se trata de un grupo homogéneo. Sin embargo, este grupo de la Cleveland Clinic ha observado que casi todos los meningiomas del tipo meningotelial están situados en un rectángulo que comprende el

surco olfatorio, la región periselar, la punta de los peñascos, el clivus y el raquis.

La aparición de meningiomas depende de factores genéticos y ambientales. En el estudio genético y molecular se pueden detectar la presencia de genes agresivos o de receptores, (de progesterona por ejemplo o la expresión de metaloproteinasas) que pueden modificar el pronóstico y las perspectivas de tratamiento. Los tumores incluidos en este rectángulo presentan la mayor dificultad en el tratamiento, debido a su profundidad. Por lo tanto, el mejor conocimiento de sus características genéticas y moleculares va a permitir un enfoque terapéutico especial.

**Progesterona and estrogen receptors: opposing prognostic indicators in meningiomas. Pravdenkova, S., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 163-173.**

Es bien conocida la influencia de las hormonas sexuales femeninas en el desarrollo de los meningiomas. El predominio de estos tumores en mujeres, la influencia del embarazo y su asociación con los carcinomas de mamas son hechos contrastados. En este estudio de la Universidad de Arkansas se señala que la presencia de receptores de progesterona es un signo pronóstico favorable, frente a los meningiomas que poseen receptores de estrógenos o aquel grupo que no presenta receptores de hormonas femeninas. La ausencia de receptores de progesterona coincide con la presencia de alteraciones en varios cromosomas y propicia la recidiva y otros caracteres de agresividad. Por esta razón, concluyen que es conveniente hacer este tipo de estudios, especialmente en mujeres, para determinar el pronóstico en la evolución del tumor.

**Vascular complications of vestibular schwannomas surgery: a comparison of the suboccipital retrosigmoid and translabyrinthine approaches. Sade, B., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 200-204.**

Las lesiones vasculares en la cirugía del ángulo pontocerebeloso supone el mayor grado de mortalidad y morbilidad en esta clase de pacientes. Sin embargo, apenas se pone el acento en las mismas, aunque se estima que ocurren en un 7% de los pacientes con schwannomas. Los autores estudian la influencia de la vía de acceso quirúrgico y comparan la vía retrosigmoidea y la translaberíntica. Revisan un grupo de 391 pacientes, la mayoría operados por vía retrosigmoidea, en posición de banco de parque. Excluyen los schwannomas de pequeño tamaño, operados por vía mixta. Observaron 11 pacientes con complicaciones vasculares, (2,7%), la mayoría de tipo hemorrágico, que fueron causa de dos muertes.

No observan diferencias entre el número de complicaciones aparecidas cuando se opera por la vía habitual retrosigmoidea o cuando se hace por vía translaberíntica.

**Quality of life after surgery for large vestibular schwannomas. Nicoular, K., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 205-212.**

Por lo general, las publicaciones habituales respecto al pronóstico de este tipo de tumores, suelen centrarse en la presencia

de signos objetivos, sobre todo en la parálisis facial. Sin embargo, el enfoque del paciente es distinto, a la hora de valorar la calidad de vida secundaria al tratamiento quirúrgico. Las respuestas al cuestionario QOL-36, junto con el examen neurológico refleja la influencia del déficit neurológico en la vida de los pacientes, especialmente en mujeres jóvenes. La conclusión es que se debe informar a los pacientes de estos problemas, recurriendo, si es preciso, a la intervención de psicólogos, sobre todo cuando se trate de tumores de gran tamaño, en los cuales cabe esperar una lesión importante del nervio facial. En el momento actual, la radioterapia fraccionada puede ofrecerse como un tratamiento alternativo, según este grupo suizo.

**Gamma-knife surgery for metastatic brainstem tumors. Po Yen, S., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 213-219.**

El grupo de la Universidad de Virginia recoge el resultado del tratamiento de 53 pacientes con metástasis en tronco cerebral desde 1989 hasta 2005. Concluyen que la aplicación de la radiocirugía prolonga la vida de los pacientes un año de media, (aunque hay algún caso de más de cuatro años) y que la muerte antes del año suele deberse a la evolución del propio tumor o de metástasis en otras partes del organismo.

**Gamma-knife surgery-induced meningioma. Report of two cases. Sheehan, J., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 325-329.**

En este mismo Centro de Charlottesville descubren la presencia de 2 meningiomas incidentales, en la revisión que hacen de más de mil pacientes tratados en dicha Clínica a lo largo de doce años. Los autores revisan la literatura y, pese a su escasa incidencia, recomiendan un seguimiento de varios años para detectar la presencia de tumores secundarios al tratamiento con radiocirugía.

**Primary cerebellopontine craneopharyngioma in a patient with Gardner syndrome. Aquilina, K., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 330-333.**

El craneofaringioma es un tumor que se encuentra de manera excepcional fuera de la región de la silla turca. En este caso, se observó un tumor de este tipo, de aspecto quístico, con un nódulo, en un varón de 31 años, que presentaba, además, tumores subcutáneos en el cráneo y pólipos en el colon. El hermano del paciente tenía una poliposis de colon y tumores subcutáneos en cara y tronco. Se podía considerar como una poliposis familiar (síndrome de Gardner).

**Anatomical analysis of transoral surgical approaches to the clivus. Balasingam, V., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 301-308.**

Se trata de un estudio realizado en cadáveres, para observar qué vía de acceso ofrece el mejor campo operatorio. Comparan la vía transoral simple, la misma vía con hendidura del paladar, la osteotomía Le-Fort I y la vía media labioglosomadibulotomía. Observan que las dos últimas entre las citadas proporcionan un

buen campo en la unión cráneo-cervical, pero peor acceso para intervenciones en el clivus. La vía transoral, con incisión del paladar, es el procedimiento con menos complicaciones y permite un buen acceso al clivus.

## Traumatismos

### **Subdural hygromas and external hydrocephalus. Woo-Huh, P., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 65-70.**

Los términos utilizados para denominar la colección de líquido en la convexidad de los hemisferios son diversos y pueden conducir a la confusión. La diferenciación entre la "hidrocefalia externa" y el simple higroma puede ser importante. Los autores tratan de aclarar ambas entidades, con fines prácticos.

Basan su estudio en una serie de 20 pacientes, de edades diversas, que presentan una colección subdural en la TAC. Miden el índice ventricular, (cuernos frontales), en relación con la distancia bicortical, en el mismo plano. (No utilizan la referencia de la cortical interna). Se hizo un trépano en aquellos casos en que la anchura de la colección líquida era mayor de 15 mm, después de un tiempo de evolución superior a las cuatro semanas. Midieron la presión del espacio subdural, antes de hacer una incisión en la duramadre. Dicha presión era variable; oscilaba entre los 3 y los 27.5 cms de agua. Todos los pacientes cuyas presiones de la colección subdural superaba los 15 cm de agua (también en un niño de 2 años de edad, con una presión de 12 cm de agua), desarrollaron una hidrocefalia. Todos los pacientes cuyas medidas del ventrículo frontal indicaban un aumento de su diámetro, también presentaron un cuadro de hidrocefalia, después de la evacuación de la colección subdural. Esto obliga a no colocar válvulas de manera indiscriminada, sino vigilar la aparición de la misma, después de la evacuación del higroma, para hacer una derivación ventrículo peritoneal en estos casos solamente.

Los autores discuten el concepto anatómico de espacio subdural. También se refieren al hematoma o higroma subdural del niño, que se manifiesta con una macrocefalia que tiene una etiología distinta, bien sea traumática o infecciosa, o bien debida a hipertensión venosa o a origen desconocido o idiopático. Subrayan la evolución del higroma, que puede resolverse espontáneamente en un plazo de tres meses, en la mitad de los casos.

### **Severe head injury and the risk of early-death. Boto, G.R., Gómez, P.A., de la Cruz, J., and Lobato, R.D. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2006; June, 1.**

Los neurocirujanos nos enfrentamos con frecuencia a las preguntas del pronóstico inmediato de los pacientes en estado muy grave, en especial en hemorragias intracraneales y en los traumatismos craneoencefálicos.

Los autores revisan una casuística numerosa, de 895 pacientes con TCE en estado grave, para detectar los factores que hacen prever un desenlace fatal. Las variables independientes que influyen en una muerte casi inmediata (menos de 48 horas) fueron los siguientes: presencia de un hematoma no evacuado, lesión

axonal difusa de tipo II y III, flaccidez de miembros, midriasis arreactiva bilateral, respuesta de descerebración, shock y edad superior a los 65 años. Estos datos clínicos y radiológicos permitieron hacer un pronóstico ominoso en el 93 % de los pacientes.

## Vascular

### **Evaluation, management, and long-term follow up of vein of Galen malformations. Gupta, A.K., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 26-33.**

En el trabajo se exponen los resultados del tratamiento de este tipo de malformaciones vasculares en un hospital de la India. Han estudiado 25 casos, a lo largo de 20 años. Los pacientes presentaban aumento del tamaño de la cabeza en los niños menores de dos años y cefalea en niños o jóvenes de edades superiores. Quince pacientes se trataron con terapia endovascular con resultado satisfactorio. Su presentación clínica puede diferir del cuadro clásico descrito en países más desarrollados.

### **Matrix coils for aneurysm embolization. Murayama, Y., Viñuela, F., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 192-199.**

Se trata de un tipo de "coils" de platino recubiertos con un material biodegradable, que permite una mayor trombosis del saco aneurismático, con aumento de tejido conjuntivo y una estimulación del crecimiento de la íntima en el cuello. Esto aumenta la resistencia al impulso del flujo cerebral en la luz del saco y disminuye el riesgo de recanalización.

Han tratado 112 pacientes con este método. Los resultados parecen algo mejores que los obtenidos con "coils" no recubiertos. Los problemas técnicos en la implantación en la luz del saco son similares. La variedad de la rigidez de estos "coils" bioactivos permite elegir los más apropiados para cada caso; no obstante, cabe esperar un mayor perfeccionamiento que disminuya el riesgo intervencionista y la efectividad en la repleción del saco a largo plazo.

## Varios

### **Ventriculoperitoneal shunt for refractory perilymphatic fistula. Scott Lollis, S., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 1-5.**

La fistula consiste en la salida de perilinfa desde el oído interno al oído medio, por ruptura de la ventana redonda u oval. Puede presentarse con vértigos, pérdida de audición, acúfenos, cefalea y otalgia. Si no se resuelve la sordera puede ser definitiva. El origen puede ser iatrogénico o postraumático. El tratamiento habitual es la exploración del oído medio y taponamiento del defecto con esponjostán o con tejido autólogo. En algunos casos, este tratamiento no resuelve el problema. Basándose en la observación de uno de los autores del aumento de la presión del l.c.r. en alguno de estos pacientes, colocaron una válvula de derivación ventrículo peritoneal en siete pacientes en los cuales había fracasado el método tradicional. Incluso en tres pacientes en que la presión de l.c.r. era normal se observó una mejoría de los

síntomas, que se explicaría por la influencia de la disminución de la presión del l.c.r. en la presión perilinfática, al insertar la válvula y provocar una hipotensión intracraneal.

**Surgical shunt infection: significant reduction when using intraventricular and systemic antibiotic agents. Ragel, B.T., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 242-247.**

La incidencia de infecciones oscila entre un 5 y un 15% en pacientes tratados con válvulas de derivación ventrículo-peritoneal. Revisan una casuística de 524 pacientes, con 802 implantaciones de válvulas. Hacen tres grupos: el grupo I con pacientes tratados con antibióticos por vía parenteral y 4ms de gentamicina intraventricular; el grupo II está formado por pacientes a quienes se inyectaron 4 mgr de gentamicina y 10 mgr de vancomicina en el ventrículo y el grupo III, que sólo recibieron antibióticos por vía parenteral, pero sin inyectar nada en los ventrículos. La tasa de infección disminuyó sensiblemente en el grupo tratado con gentamicina y vancomina intraventricular: 0'4%, frente al 6% aproximadamente con los otros métodos.

**Reputed excisión in treating epilepsy. Use of SPECT coregistered to magnetic resonance imaging. Wetjen, N.M., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 71-76.**

El 30% de los pacientes operados suelen continuar con crisis, que no siempre responden a la medicación o la estimulación del vago. Cuando ha fallado la cirugía, el estudio con SPECT asociado a la resonancia magnética ha permitido localizar el foco epiléptico residual, responsable del fracaso quirúrgico. Sin embargo, un número importante de pacientes continuaron con crisis después de la reintervención.

## Dolor

**Neurostimulation for chronic noncancer pain. Coffey, R.J., et al. J. Neurosurg. 2006; 105: 175-189.**

Los autores hacen una revisión de numerosos trabajos que tratan del alivio del dolor crónico, desde los estimuladores externos hasta terapias dirigidas a la médula espinal, sustancia periacueductal, tálamo y corteza motora. Es un tema complejo por la influencia de factores sociales, además de los propiamente orgánicos. En general, observan que hay pocos datos que apoyen resultados con evidencia científica, debido a defectos en la selección aleatoria de enfermos, doble ciego, pacientes con estimulación simulada, examen de resultado por personas neutrales, estudios retrospectivos y estudios de resultados a largo plazo.

En un editorial escrito por Burchiel sobre el tema, se transcribe un párrafo de White y Sweet en el prólogo de su libro "Pain and the Neurosurgeon". Las complicaciones aparecidas con el paso del tiempo requieren una valoración cuidadosa del paciente antes de aconsejarle el mejor camino a seguir. Recuerda una frase de Yogi Berra después de leer cuidadosamente algunos trabajos científicos publicados: "The results don't say what they say it

says". Pese a que no todo en la vida requiere evidencia científica, el sometimiento a unas reglas de investigación clínica daría mayor grado de fiabilidad a lo publicado.

**Neurocirugía Pediátrica. (J. Neurosurg. Suppl Pediatrics)**

**Pediatric injuries in all-terrain vehicles accidents. Mangano, F.T., et al. J. Neurosurg. (Suppl. Pediatrics). 2006; 105: 2-5.**

Este tipo de vehículos todo-terreno parecen más inestables que el resto. El riesgo de sufrir una lesión neurológica era mayor en este tipo de accidentes. No influía, de forma significativa, el uso de casco. Recomiendan que se extremen las medidas de seguridad de estos vehículos y se eduque a padres y niños sobre medidas de seguridad.

En un editorial del mismo número, Rutka comenta este trabajo y se adhiere a las recomendaciones para que se perfeccionen los mecanismos de seguridad de este tipo de vehículos.

**Postoperative cognitive outcome for plagiocephaly. Mathijssen, I., et al. J. Neurosurg. (Suppl. Pediatrics). 2006; 105: 16-20.**

Este tipo de disostosis se asocia a hipertensión intracraneal; sólo observan dicho cuadro en el 16% de un total de 220 niños, que forman el grupo objeto de estudio prospectivo. No encuentran diferencias, en lo que al coeficiente intelectual se refiere, entre el grupo de niños operados antes de cumplir un año y otro grupo que han sido intervenidos en una edad superior. La indicación quirúrgica tiene unas razones fundamentalmente cosméticas.

**Long-term aesthetic results of frontoorbital correction for frontal plagiocephaly. Hilling, D.E., et al. J. Neurosurg. (Suppl. Pediatrics). 2006; 105: 21-25.**

Los autores basan sus observaciones en fotografías sucesivas de los pacientes, en las cuales se puntúa la forma de la frente, de la órbita y la depresión temporal, con cero, uno o dos puntos según la gravedad de la malformación residual. Los mejores resultados estéticos se observan cuando los pacientes se operan entre los seis y quince meses de edad. La depresión del temporal es el principal foco de deformidad, por lo cual requiere una atención especial durante la cirugía.

**Ultrasonography during posterior fossa decompression in children with Chiari I malformation. J. Neurosurg. (Suppl. Pediatrics). 2006; 105: 26-32.**

Hay dos opiniones respecto a la simple descompresión ósea en los casos de Chiari I o bien añadir la incisión de la duramadre, con un injerto subsiguiente. Hay más complicaciones cuando se abre la duramadre y la estancia hospitalaria es más larga. Sin embargo, el número de reintervenciones es mayor cuando el cirujano se limita a la pura descompresión ósea. Los autores se rigen por un estudio con ecografía para determinar el flujo de l.c.r. en el foramen magno, después de realizar la descompresión ósea. Si se observa que no hay buena comunicación abren la duramadre

e, incluso, coagulan las amígdalas cerebelosas que impiden una comunicación franca; también recurren a la colocación de un tubito en el IV ventrículo que asegure una buena comunicación. Si advierten que el estudio con ecógrafo muestra una buena comunicación y no hay efecto hidráulico de las amígdalas, se limitan a la descompresión ósea, sin abrir la duramadre.

**Congenital occipito-cervical instability in children with Down syndrome. Browd, S., et al. J. Neurosurg. 2006; 105:50-54.**

Los autores describen los hallazgos anatómicos de la articulación occipito-atloidea, estudiados mediante TAC. Observan que la concavidad del atlas, donde contacta con el cóndilo occipital, está aplanada en los pacientes con síndrome de Down, lo cual facilita la luxación en dicha articulación con el riesgo de lesiones neurológicas. La luxación límite en estudios dinámicos la establecen en 8 mm, en estos casos, aunque admiten que puedan presentarse cuadros neurológicos con desplazamientos menores. Estos criterios pueden orientar a las indicaciones de fusión de ambas estructuras anatómicas.

**Lumbosacral angle indicating a tethered spinal cord. Tubbs, R.S., et al. J. Neurosurg. (Supp. Pediatrics). 2006; 105: 62-64.**

Se estudian, de forma retrospectiva, 50 pacientes operados de mielomeningocele. Los autores habían observado un aumento del ángulo lumbosacro, coincidiendo con el comienzo de síntomas compatibles con un anclaje de la médula. El ángulo lumbosacro lo determinan mediante dos líneas: la primera se consigue mediante una perpendicular a una línea tangente al cuerpo vertebral de L3. La segunda línea se traza mediante una perpendicular a una línea tangente al borde anterior de la primera y segunda vértebra sacra. El ángulo lumbosacro normal mide unos 40°. En los casos donde aparecen síntomas de espina bífida oculta, el ángulo es mayor, de hasta 70°. Aunque los autores no invocan la medida de este ángulo como único elemento diagnóstico, su medida puede inducir a la sospecha de un anclaje medular en pacientes con un lipomielomeningocele.

**Posterior fossa volume in children with Chiari. Sgouros, S., et al. J. Neurosurg. Pediatrics. 2006; 105: 2.**

La finalidad de este estudio ha sido verificar si el volumen de la fosa posterior en niños con Chiari I era distinto a otros niños sin dicha malformación. Establecen un índice entre el volumen del cráneo y el de la fosa posterior. Realizan el estudio en 42 niños con esta malformación, de los cuales el 60% tenía siringomielia. Los resultados se compararon con los observados en 51 niños normales, que sirvieron de control. En sus conclusiones destacan que aquellos niños con Chiari I no se diferenciaban del grupo normal; sin embargo, si el Chiari I se acompañaba de siringomielia, el volumen de la fosa posterior era significativamente menor.

**Syringomyelia associated with intradural arachnoid cysts. Langston, T., et al. J. Neurosurg. Pediatrics. 2006; 105: 2.**

Se presenta un grupo de ocho pacientes con siringomielia y

un quiste aracnoideo en fosa posterior, con edades comprendidas entre los 35 y 81 años, que referían un cuadro clínico trastornado en la marcha y dolor en el brazo, como síntomas principales. Se supone que el quiste da lugar a trastornos en la circulación del l.c.r. Al extirpar el quiste y recuperarse una circulación adecuada en el foramen magno, las cavidades medulares disminuyen de tamaño, con mejoría neurológica.

**Late rapid deterioration after endoscopic third ventriculostomy. J. Neurosurg. Pediatrics. 2006; 105: 118-126.**

Las complicaciones más frecuentes en la ventriculostomía son la lesión vascular o hipotalámica. El deterioro brusco una complicación rara, pero letal en muchos casos, después de una ventriculostomía del III ventrículo. Puede presentarse después de bastante tiempo, desde varias semanas hasta casi 8 años. La causa parece ser la oclusión del orificio abierto, de lo cual deben estar advertidos los pacientes y familiares.

**Superior outcome in children compared with adults after microsurgical resection of brain arteriovenous malformations. Sánchez-Mejía, R., et al. J. Neurosurg. Pediatrics. 2006; 105: 82-87.**

En igualdad de condiciones, en lo que se refiere al cuadro clínico, localización de la malformación y técnica de tratamiento, el resultado es mejor en los niños que en los adultos. Esto hace pensar que la plasticidad cerebral ofrece más posibilidades a edad temprana que en la edad adulta.

**Surgical management of arteriovenous malformations in children. Bristol, R.E., et al. J. Neurosurg. Pediatrics. 2. 2006.**

Los niños son más propensos que los adultos a sufrir hemorragias a partir de malformaciones arteriovenosas, (63%). Sólo el 13% tuvo crisis comiciales como síntoma inicial y el resto se descubrió de forma casual. También son más frecuentes nuevas hemorragias después del tratamiento. Los autores se inclinan por el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos y recomiendan la embolización previa en los grados II a V. Los pacientes en grado IV y V, que no han tenido hemorragia, deben tratarse de forma conservadora, con vigilancia frecuente.

**Effect of selective dorsal rhizotomy in the treatment of children with cerebral palsy. Engsborg, J.R., et al. J. Neurosurg. Sup. Pediatrics 2006; 105: 8-15.**

Se compara el resultado de tratamiento de dos grupos de niños con parálisis cerebral. Uno de los grupos es sometido a una rizotomía dorsal parcial desde L1 a S2, seguido de tratamiento con fisioterapia. El segundo grupo se trata con fisioterapia exclusivamente, sin cirugía. Los resultados son mejores en los niños tratados con rizotomía dorsal.

**Raquis. J. Neurosurg. Spine 5. 2006**

**Cervical injuries in spondylitis deformans. Einsiedel, T., et al.**

**J. Neurosur. Spine, 5. 35-45.**

La columna vertebral de los pacientes con espondilitis anquilopoyética está muy expuesta a lesiones, incluso con traumatismos pequeños, que pueden pasar desapercibidos, ya que el cuadro puede reducirse a dolor local moderado, pero que tiene el riesgo de producir lesiones neurológicas secundarias. Por lo tanto, se recomienda hacer estudios complementarios con TAC y RM en los casos en que haya una simple sospecha. El tratamiento quirúrgico es prioritario, frente al tratamiento conservador, sea con una minerva o con un halo. La laminectomía simple debe considerarse como excepcional. Los autores se inclinan por la descompresión, con una fijación con placas y con tornillos en el acceso anterior y, asimismo, en la fijación posterior con tornillos. La fusión, anterior y posterior, puede hacerse en el mismo acto quirúrgico o bien en dos sesiones, en función del estado general del paciente, quien, con frecuencia, tiene otros cuadros patológicos asociados. Consideran insuficiente la estabilización por vía anterior, aunque reconocen que su experiencia, basada en 37 casos, puede complementarse con series más amplias y con un periodo de seguimiento más largo.

**Antibiotic-polymethylmethacrylate strut: an option for treating cervical pyogenic spondylitis. Chen, J.F., et al. J. Neurosurg. Spine 5. 2006; 105: 90-95.**

Los antibióticos mezclados con metal-metilmetacrilato pueden impregnar los tejidos locales y prevenir el riesgo de infecciones, e incluso, contribuir a la curación de una osteítis. En este caso, la colocación de un taco de metil-metacrilato impregnado de vancomicina en polvo resolvió el problema de la estabilidad cervical y el de la infección en una osteítis cervical, con recuperación del déficit neurológico.

**Complications of halo fixation in the elderly. Horn, E.M., et al. J. Neurosurg. Spine 5. 2006; 46-49.**

Se trata de una revisión de pacientes mayores de 70 años, que

necesitaron una inmovilización de columna cervical con un halo. De un grupo de 53 pacientes, hubo complicaciones en 22 de ellos. En diez estaban relacionadas con los tornillos, disfagia en seis y dificultades respiratorias en cuatro. De ocho fallecimientos, dos no tuvieron ninguna relación con el halo. En los otros seis, el halo pudo tener cierta relación, teniendo en cuenta la enfermedad sistémica previa que sufría el enfermo.

**Comparison of anterolateral and posterior approaches in the management of thoracolumbar burst fractures. Hitchon, P.W., et al. J. Neurosurg. Spine, 5. 2006; 117-125.**

El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos de estallido vertebral, cuando se asocian a déficit neurológico, dolor e inestabilidad. Discuten qué vía de acceso es mejor: la fijación posterior transpedicular o el abordaje anterolateral retroperitoneal. Encuentran más posibilidades de eliminar fragmentos óseos y corregir una deformidad angular si utilizan la vía lateral. La fijación debe incluir un cuerpo vertebral por encima y otro por debajo de la vértebra fracturada. En la vía posterior se suelen fijar dos vértebras por debajo y dos por encima de la vértebra lesionada. No obstante, faltan guías clínicas para que demuestren las ventajas de uno u otro método.

**Multiple myeloma of the cervical spine: treatment strategies for pain and spinal instability. Rao G, et al. J. Neurosurg. Spine 5. 2006; 140-145.**

El mieloma vertebral es sensible a la radioterapia. Las consecuencias de estas lesiones vertebrales son el dolor, la compresión medular y la inestabilidad. Los autores revisan 35 enfermos con mieloma cervical, parte de los cuales se someten a radioterapia, incluso en casos con inestabilidad. Consideran que es un tratamiento paliativo efectivo. Los estudios radiológicos de control muestran una detención en el crecimiento del tumor e incluso signos de osteogénesis en algunos casos.

M. Poza  
Murcia