

Abordaje al tercer ventrículo

El acceso quirúrgico al III Ventrículo siempre ha constituido un punto de gran dificultad para el neurocirujano, no por falta de rutas hacia este y/o destreza quirúrgica, sino por la alta morbi-mortalidad que su acceso siempre ha implicado, asociado principalmente a la mencionada disfunción hipotalámica que la manipulación de sus paredes laterales puede desencadenar.

Situación que permaneció sin mayores cambios, hasta la aparición del trabajo publicado en la revista Surgical Neurology de 1988 por el Dr. Albert Rhoton Jr., y colaboradores, donde describía una hendidura anatómica en el piso de los Ventrículos Laterales proponiéndola como vía de acceso natural al III Ventrículo y que suponía una disminución significativa en la morbi-mortalidad.

El abordaje al tercer ventrículo no se puede realizar sin atravesar o manipular estructuras neuronales, por lo que cada abordaje tiene ciertas indicaciones, limitaciones, y riesgos.

Abordajes a lesiones situadas en la porción anterior del tercer ventrículo:

1. transcortical: como el abordaje atraviesa el ventrículo lateral, sólo es posible efectuarlo cuando hay hidrocefalia; es de utilidad sobre todo si el tumor invade alguno de los ventrículos laterales desde el tercer ventrículo. El riesgo de que el paciente sufra convulsiones es 5% (es mayor que el que deviene del acceso transcalloso).

2. [transcalloso](#): puede ser preferible si no hay hidrocefalia

3. subfrontal: permite utilizar cuatro accesos distintos

[Abordaje subquiasmático](#)

[Abordaje óptico-carotídeo](#)

[Abordaje translámina terminalis](#)

[Abordaje transfrontal transesfenoidal](#)

[Abordaje transesfenoidal](#)

4. [Abordaje subtemporal](#): limitada por la interposición de las estructuras neurales y vasculares en esta angulación.

5. estereotáctico: puede ser de utilidad para aspirar quistes coloideos

Principios generales de la resección tumoral

Durante el abordaje, es fundamental conservar las venas profundas, incluso si eso significa estirarlas hasta el punto de correr el riesgo de romperlas.

Es de utilidad colocar una sutura a través de la cápsula tumoral para que actúe como cuerda de tracción.

En primer lugar, es necesario efectuar una resección endocapsular; la técnica consiste en aspirar el contenido en primer lugar y luego abrir la cápsula para reducir la masa del tumor. Después, es posible colapsar y disecar la cápsula de las estructuras adyacentes. Si las adherencias capsulares no

ceden, la causa más probable es que todavía sea incompleta la resección intracapsular.

Se debe interpretar que los vasos pegados a la superficie del tumor pertenecen a la irrigación normal del cerebro, por lo que deben ser disecados de la cápsula una vez que se haya eliminado toda la masa tumoral.

Abordaje transcortical a los ventrículos laterales y al tercero

Si el paciente no presenta hidrocefalia, resulta difícil navegar por el sistema ventricular. Por lo tanto, cuando los ventrículos son normales, es más fácil acceder al tercer ventrículo y a la región del agujero de Monro por una vía transcallosa.

1. tumores del atrio del ventrículo lateral
2. tumores del techo del tercer ventrículo
3. tumores del tercer ventrículo que invaden uno de los ventrículos laterales

Accesos

1. parietal posterior
2. circunvolución temporal media: es de utilidad cuando el asta temporal del ventrículo lateral está dilatada debido a hidrocefalia causada por el tumor; se accede a través del cuerno temporal
3. acceso por la circunvolución frontal media: se hace una incisión de 4 cm paralela al eje de la circunvolución frontal media, por encima y delante del centro del lenguaje de expresión (área de Broca) y por delante de la corteza motora (prácticamente es el mismo lugar que se utiliza para la ventriculostomía frontal).

Abordaje transcoroideo

From:
<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:
https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=abordaje_al_tercer_ventriculo

Last update: **2025/03/10 14:54**

