

Abordaje endoscópico endonasal ampliado

Indicaciones

Abordaje para el tratamiento de lesiones en [silla turca](#), región [paraselar](#), [región supraselar](#), clivales y de la [unión craneovertebral](#), realizada mediante [endoscopia](#).

Exige un conocimiento anatómico adecuado y habilidades endoscópicas para su realización que se pueden obtener mediante la práctica en los cadáveres (Ramos y col., 2011), además de una evaluación preoperatoria exquisita que se puede obtener mediante estudio de imágenes de RM 3D FIESTA (Xie y col., 2011).

Por ejemplo es de vital importancia entender el curso del nervio motor ocular externo (Barges-Coll y col., 2010), para lo cual la monitorización neurofisiológica intraoperatoria es capaz de identificar el riesgo inminente a las estructuras neurovasculares para evitar déficits neurológicos permanentes (Thirumala y col., 2011).

Es una alternativa válida mínimamente invasiva para el tratamiento de cordomas clivales (Dehdashti y col., 2008).

La resección endoscópica transnasal de meningiomas de la base craneal anterior es factible en casos seleccionados. Las tasas de resección son adecuadas, aunque el seguimiento de las series publicadas es demasiado corto (media 21 meses) para llegar a conclusiones definitivas sobre la eficacia a largo plazo. La fístula de líquido cefalorraquídeo es una complicación frecuente, aunque no parece estar asociada con una morbilidad adicional a excepción de la necesidad de reintervención (Van Gompel y col., 2011).

Los schwannomas no vestibulares en base de cráneo representan un reto debido a su localización anatómica, pero es posible (Shin y col., 2011).

También se ha aplicado en esteseoneuroblastomas (Gallia y col., 2011), angiofibroma nasofaríngeo (Mattei y col., 2011), quiste óseo aneurismático (Salmasi y col., 2011).

A pesar de la juventud de los abordajes endonasales expandidos a la base craneal, la literatura científica publicada hasta la fecha avala la seguridad y la eficacia de estos procedimientos. Incluso han demostrado ser superiores a los abordajes transcraneales en un grupo seleccionado pero amplio de pacientes con diferentes patologías de base craneal, tanto tumoral como estructural. Deben plantearse estudios de mayor evidencia para establecer de forma definitiva estas posibles diferencias.

Vías

Las lesiones infratemporales de la base del cráneo, se puede lograr a través de un antrostomía meatal medial, maxilectomía medial complementada con una septotostomía o maxilotomía anteromedial (vía de Denker) (Prosser y col., 2011).

La ampliación lateral de la vía transcondilar y del tubérculo transyugular para el tercio inferior del clivus proporciona un corredor quirúrgico único a la superficie ventrolateral de la unión ponto-cervicomedular (Morera y col., 2010).

Se debe evaluar críticamente la efectividad y el uso apropiado de la técnica y hacer un estrecho seguimiento de la evolución de los casos según vayan aumentando en los años venideros.

Bibliografía

Barges-Coll, J. et al., 2010. Avoiding injury to the abducens nerve during expanded endonasal endoscopic surgery: anatomic and clinical case studies. *Neurosurgery*, 67(1), págs.144-154; discussion 154.

Dehdashti, A.R. et al., 2008. Expanded endoscopic endonasal approach for treatment of clival chordomas: early results in 12 patients. *Neurosurgery*, 63(2), págs.299-307; discussion 307-309.

Gallia, G.L. et al., 2011. Endonasal endoscopic resection of esthesioneuroblastoma: the Johns Hopkins Hospital experience and review of the literature. *Neurosurgical Review*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21655908>

Mattei, T.A., Nogueira, G.F. & Ramina, R., 2011. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma with intracranial extension. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 145(3), págs.498-504.

Morera, V.A. et al., 2010. «Far-medial» expanded endonasal approach to the inferior third of the clivus: the transcondylar and transjugular tubercle approaches. *Neurosurgery*, 66(6 Suppl Operative), págs.211-219; discussion 219-220.

Prosser, J.D. et al., 2011. Quantitative analysis of endoscopic endonasal approaches to the infratemporal fossa. *The Laryngoscope*, 121(8), págs.1601-1605.

Ramos, H.F. et al., 2011. Endoscopic anatomy of the approaches to the sellar area and planum sphenoidale. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 69(2A), págs.232-236.

Salmasi, V. et al., 2011. Expanded endonasal endoscopic approach for resection of a large skull base aneurysmal bone cyst in a pediatric patient with extensive cranial fibrous dysplasia. *Child's Nervous System: ChNS: Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 27(4), págs.649-656.

Shin, S.S. et al., 2011. Expanded Endoscopic Endonasal Approach for Non-Vestibular Schwannomas. *Neurosurgery*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21673609>

Thirumala, P.D. et al., 2011. Somatosensory Evoked Potential Monitoring During Endoscopic Endonasal Approach to Skull Base Surgery: Analysis of Observed Changes. *Neurosurgery*, 69 Operative Neurosurgery, 1, págs.ons64-ons76.

Van Gompel, J.J. et al., 2011. Expanded endonasal endoscopic resection of anterior fossa meningiomas: report of 13 cases and meta-analysis of the literature. *Neurosurgical Focus*, 30(5), pág.E15.

Xie, T. et al., 2011. 3D-FIESTA MR images are useful in the evaluation of the endoscopic expanded endonasal approach for midline skull-base lesions. *Acta Neurochirurgica*, 153(1), págs.12-18.

From:

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

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=abordaje_endonasal_endoscopico_ampliado

Last update: **2025/05/13 02:07**

