

CIRUGÍA HIPOFISARIA: TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Pedro Antonio Riesgo Suárez. Médico Adjunto. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.
Carmen Fajardo Montañana. Jefe de Servicio. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción

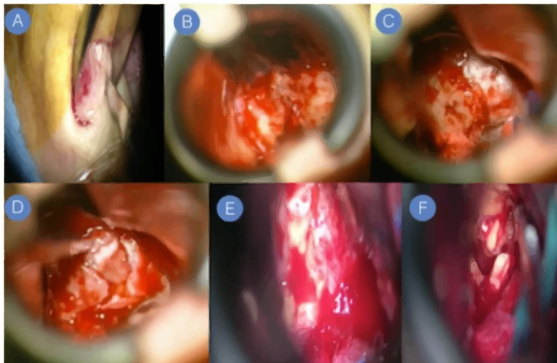
El abordaje transesfenoidal de las lesiones hipofisarias es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico, teniendo el abordaje transcraneal un papel muy limitado (casos excepcionales en los que el abordaje transcraneal pueda estar contraindicado o en tumores con gran extensión intracraneal)

Diagnóstico

Las técnicas microquirúrgica y endoscópica no difieren en lo relacionado con la vía de abordaje (transesfenoidal en ambos casos), sino en el sistema de visualización utilizado:

Microquirúrgica

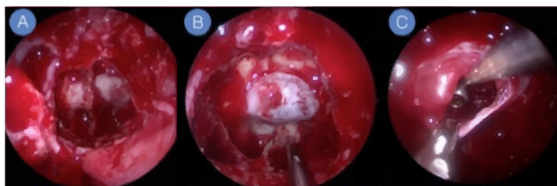
- **Visión tridimensional** real con ópticas de gran calidad
- **Limitación:** la línea de visión es estrictamente recta a través de un corredor relativamente estrecho
- **Ventaja:** Campo de visión libre y continuo, no interferido por sangrados (facilita control de hemorragias intraoperatorias)



- A) Incisión de mucosa nasal sobre la cara anterior del tabique.
B) Exposición del rostrum del esfenoides con apertura parcial entre ostia del seno.
C) Suelo de la silla tras resección de tabiques del seno y extirpación de la mucosa.
D) Exposición del plano dural y apertura de la duramadre.
E) Macroadenoma de 12 mm de diámetro localizado en la vertiente derecha de la glándula.
F) Lecho tumoral tras extirpación selectiva del adenoma con preservación del tejido glandular hipofisario.

Endoscópica

- **Ventaja:** Ampliación del campo de visión, posibilitando “ver al otro lado de la esquina”, lo que lo convierte en ideal para la cirugía sobre los tumores más extensos e invasivos.

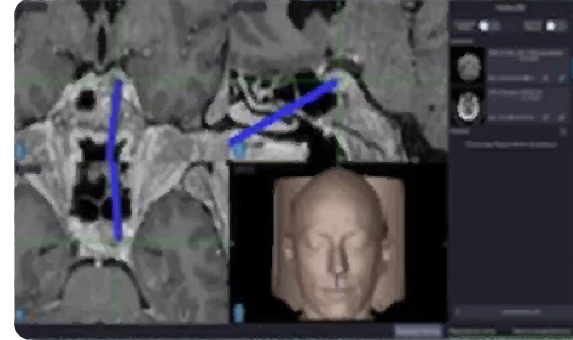


- A) Visión de la cavidad del seno esfenoidal con resección parcial de septos y exposición de relieves óptico-carotídeos.
B) Exposición del plano dural tras extirpación.
C) Apertura dural y resección tumoral mediante aspiración y curetaje.

En la actualidad, no hay una evidencia suficiente para permitir considerar a una de ellas como superior, aunque cada vez está más extendido el uso de la endoscópica.

Enfoque terapéutico

Ayudas de imagen intraoperatorias



Neuronavegación

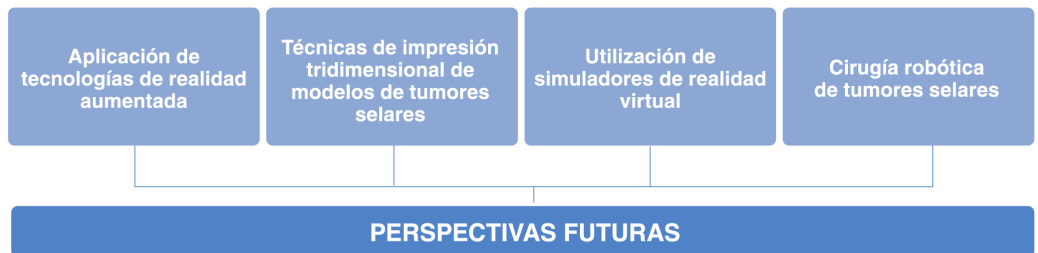
- Basados en la tomografía computarizada o resonancia magnética informan en tiempo real acerca de la posición y los movimientos que se realizan con el instrumental quirúrgico durante el transcurso del procedimiento
- **No se ha podido demostrar su utilidad en términos de mejora de los resultados de morbilidad o mortalidad ni de los resultados endocrinológicos, por lo que no existe evidencia para recomendar su uso de forma generalizada**

Resonancia magnética intraoperatoria

Su función es detectar restos tumorales potencialmente extirpables tras haber alcanzado un grado de resección considerado máximo por el cirujano utilizando técnicas convencionales. Se ha descrito un porcentaje significativo de falsos positivos y negativos, por lo que no se recomienda para la toma de decisiones quirúrgicas.

Ayudas en la identificación de tejido tumoral (tecnología prometedora, en investigación)

- Fluorescencia por verde de indocianina
- Fluorescencia por 5-ALA
- Fluorescencia por OTL38
- Fluoresceína



No olvides...

1. El abordaje transesfenoidal de las lesiones hipofisarias es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico, donde es clave la experiencia del equipo quirúrgico para obtener buenos resultados
2. Los abordajes transcraneales tienen un papel muy limitado
3. Las ayudas de imagen intraoperatoria y de identificación de tejido tumoral podrían facilitar la técnica quirúrgica