

XXIII

Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica

Julio de 2013

Ixtapa



Sociedad Mexicana de
Cirugía Neurológica A.C.

Miami No. 47 Col. Nápoles México DF CP. 03810
Tels. 01 (55) 5543-0013 5543-7666 y 5536-9363

www.smcn.org.mx

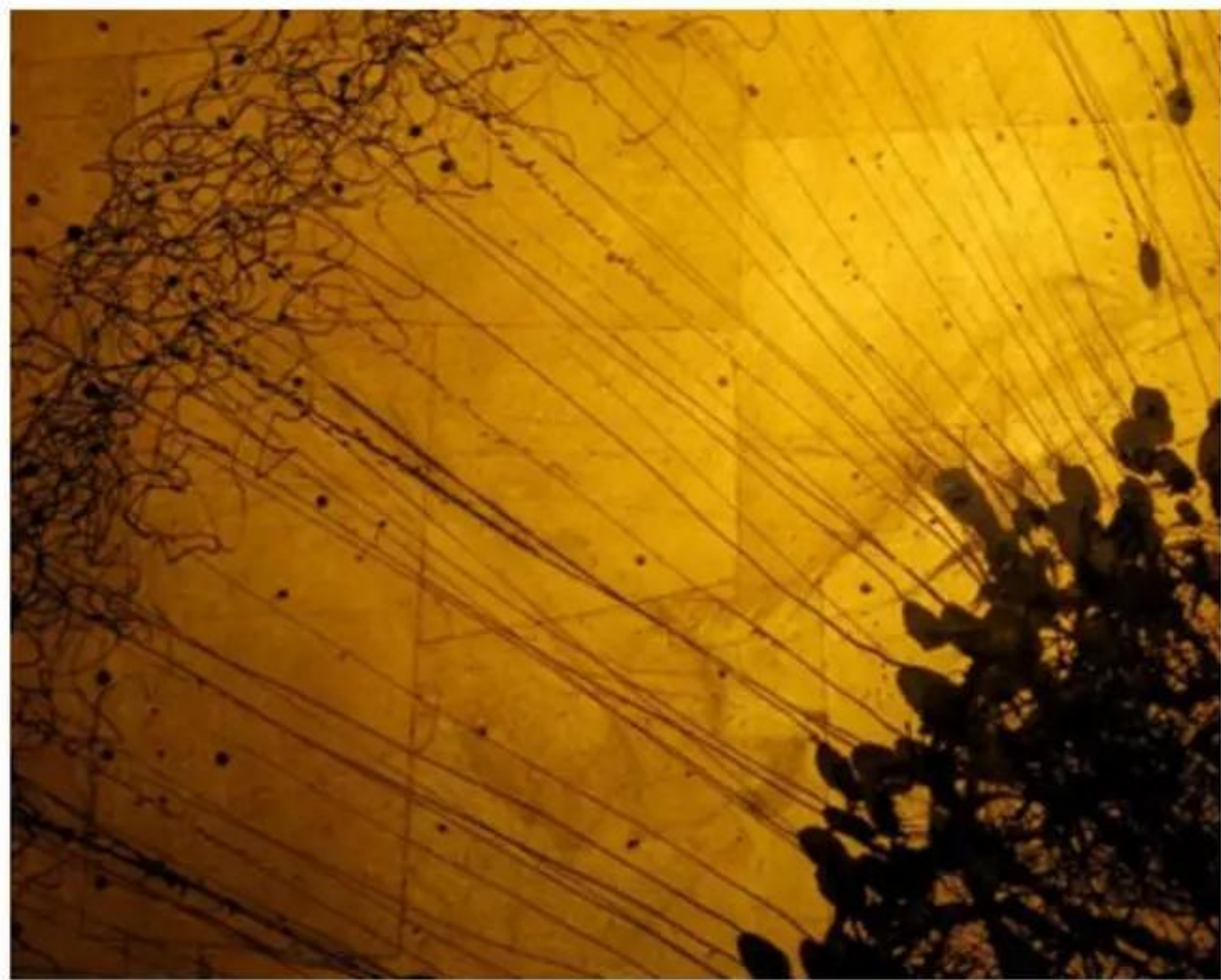
Neurocirugía

Vol. 3 Numero 11 Año 4 (2012)

7404

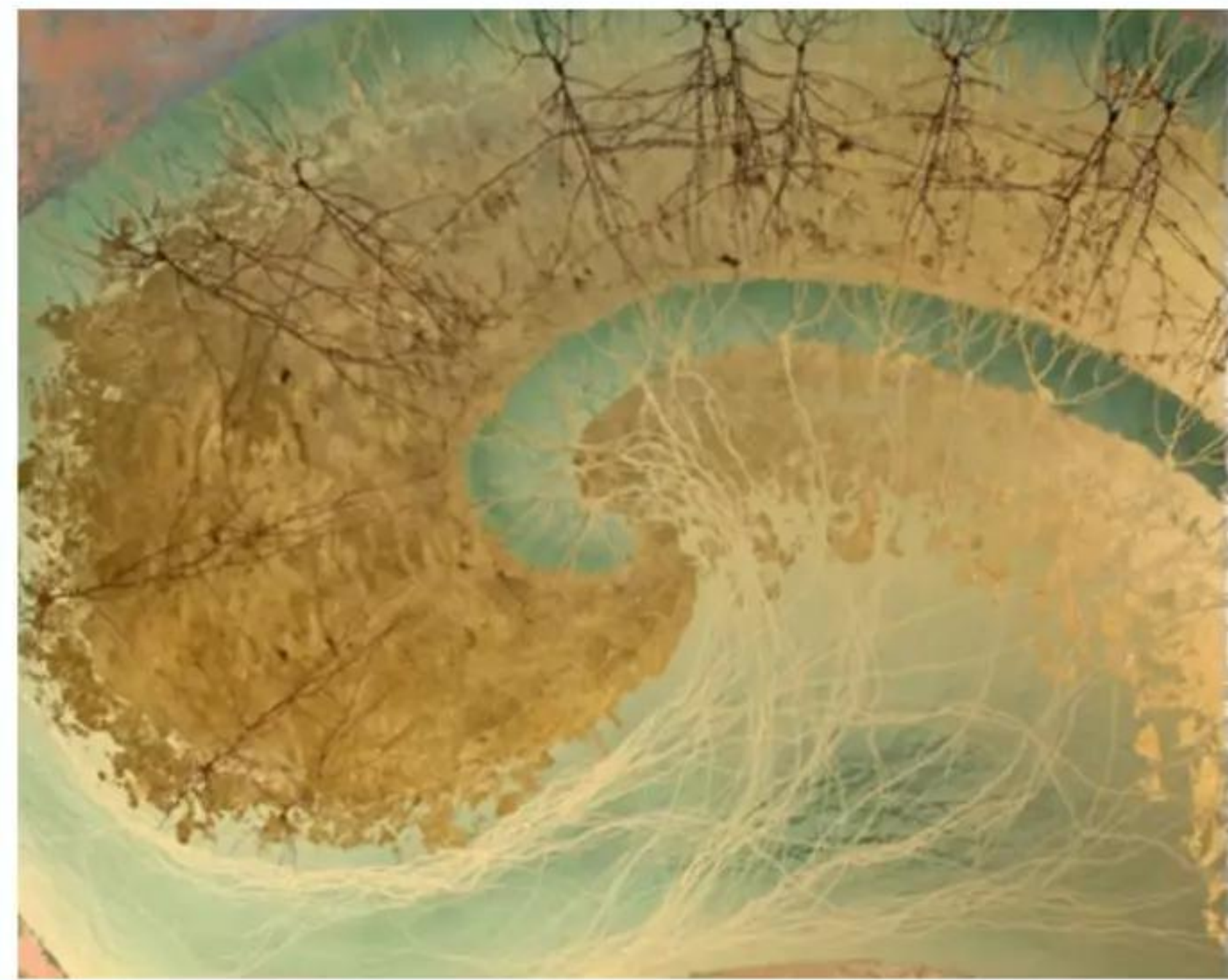


BOLETIN INFORMATIVO OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGÍA NEUROLOGICA A.C.



Acercamiento al hipocampo

Hipocampo



Greg Dunn. Artista plástico y neurocientífico. Oleo y fibras vegetales.



**Más de medio siglo
de confianza**

- Angio Resonancia
- R.M. funcional
- Espectroscopía
- R.M. de MAMA
- T.A.C. Multicorte



3615-8058 con 10 líneas Justo sierra No. 2227/2231, Col. Ladrón de Guevara Guadalajara Jal. 44600

Emergencias: 1136 8631 /Cel.044333 597 0974 Cel.044333 158 9226

www.banuelosradiologos.com.mx

índice



Editorial

ALFONSO MARHX BRACHO

Pág. 2

El arte, el hombre y la medicina

Pág. 5



Editorial

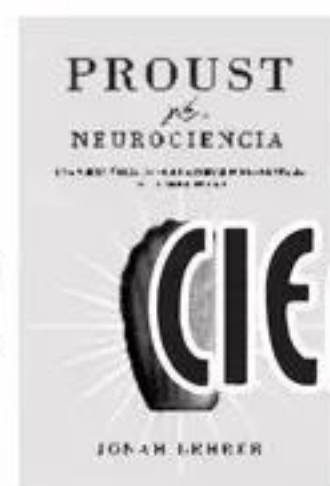
Estimados socios
Apreciables colegas
Señoras y Señores.

Cerebro y Violencia

ARTICULO/ENTREVISTA

Dr. Rodrigo Ramos-Zúñiga.

Pág. 19

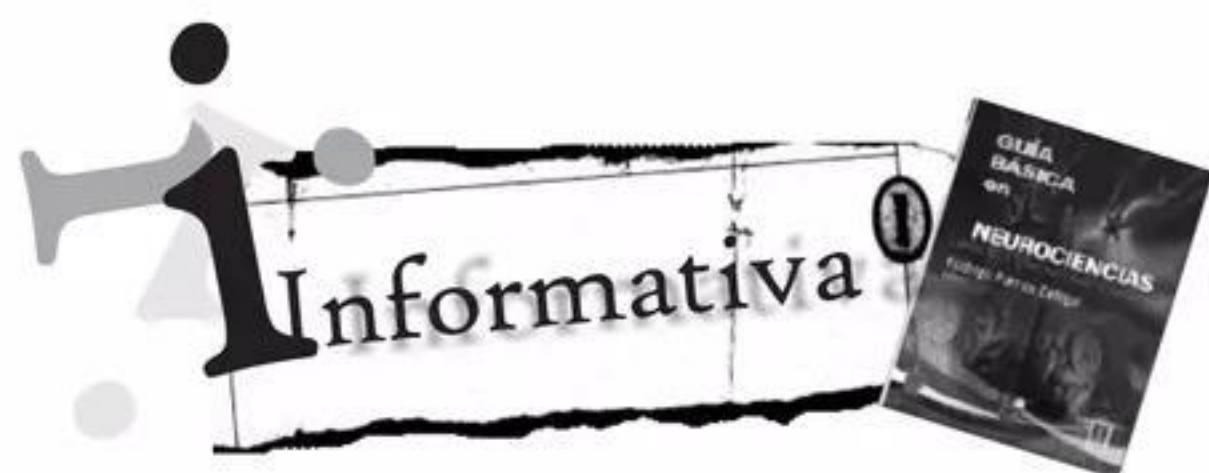


CIENCIA Y ARTE

Pág. 22

EVENTOS
ACADEMICOS
Y NOTICIAS

Pág. 27



Pág. 24

Neuro-
Notas:

Pág. 15

ACTUALIZACIÓN
BIBLIOGRÁFICA
REVISIÓN DE ARTÍCULOS Y
BIBLIOGRAFÍA CLÁSICA

Pág. 9

Correspondencia

Pág. 28

IN MEMORIAM
Dr. Juan Ignacio Olive y Urrutia

Pág. 26

Quiero agradecer a la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica, el que permita llevar por dos años la encomienda de representarles, a través de este honroso cargo.

En 1954 un grupo de médicos visionarios influidos por ese gran mexicano que fue el Dr. Manuel Velasco Suárez, iniciaron las actividades de esta Sociedad, la cual ha ido creciendo de manera exponencial, hasta conformar una de las más serias, responsables y activas de nuestro país.

Su trabajo y el de muchos otros que nos antecedieron queda plasmado en todos los congresos que hasta el XXI pasado han demostrado su línea científica y su actividad gremial.

Hoy la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica, realiza su cambio de mesa directiva, con fuerza renovadora y trabajo intenso. como lo hubiesen querido los que físicamente no están con nosotros, Humberto Mateos Gómez, Sergio Gómez LLata, Juan Ignacio Olivé Urrutia.

Hoy nuevamente un grupo de socios se encamina a llevar las riendas de la sociedad con un trabajo serio, siempre atingente, que sea demostrado con la brillantez que da el accionar humilde, certero y expedito.

Para tal efecto me acompaña un grupo de prestigiados neurocirujanos, que al mencionarlos ustedes reconocieron como hábiles cirujanos, estupendos científicos y a la vez amigos afables, llenos de actividad e interés por nuestra sociedad.



Este es un momento especial, por que me permite recordar a los socios de nuevo ingreso, a los que quieren ingresar a nuestra sociedad y los médicos residentes de neurocirugía, que la Sociedad mexicana de cirugía Neurológica les ofrece mucho, sesiones, congresos, revistas nacionales e internacionales, pero acaso les ofrece algo que pudiera parecer intangible, pero que al mismo tiempo es tan sólido que vale la pena corroborarlo, me refiero al sentido de Pertenencia, - la palabra indica que el joven neurocirujano es reconocido por sus pares no importando la edad o el sitio de trabajo, le ofrece un lugar en donde exponer su trabajo diario, sus inquietudes con la libertad científica que amerita.

A todos ellos les reitero que la Sociedad mexicana de Cirugía Neurológica esta lista para recibirles , para que continúen con la dinámica que se inició hace 57 años.

En estos próximos dos años quiero informarles que la sociedad mexicana estará en diversas partes de la república, como lo podrán observar en nuestro programa de actividades, la mesa directiva estará donde nuestros socios están trabajando, donde nuestros socios siguiendo las normas adecuadas de aval científico se encuentren realizando congresos o reuniones que beneficien la congregación de la Sociedad.

En esos lugares, seguramente estará la sociedad.

Es menester informar que nuestro congreso esta en Marcha, su lema nos invita a buscar los diversos promotores de la actividad científica de vanguardia, para ellos estamos trabajando desde hace mas de 1 año, a fin de que el XXII Congreso Nacional en Ixtapa Zihuatanejo, sea un gran éxito científico; nuestro Invitado de Honor es justamente un fino exponente de la actividad científica mexicana: El Dr. Francisco Velasco Campos.

Para efecto de realizar un programa científico dedicado, incluyente, innovador, ha aceptado ser el Presidente del Comité Científico el Dr. Tenoch Herrada Pineda, que junto con nuestra mesa directiva buscará estas metas para nuestro evento.

Nuestro lema de congreso busca también otros temas al que el ser humano no está ajeno, la actividad científico-comercial, que para nuestro desarrollo técnico es indispensable, agradezco como siempre la ayuda tan estimable de nuestros amigos, de las diversas casa comerciales y empresas farmacológicas activas en nuestro país, la camaradería, la familia, la inter-relación científica, todo ello se engloba en nuestro lema: XXII Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica QUO VADIS NEUROCIRUGIA.

Exhorto a todos nuestros socios, en todos los estados de la república a trabajar, y decidir libremente, he puesto en nuestro programa dos correos electrónicos en donde podrán escribirnos y comentar sus inquietudes, les invito a enviar los temas de interés para que el XII Congreso mexicano de Cirugía Neurológica cumpla con las expectativas de los socios, así también informo que estaremos muy pendientes de las sesiones de Lunes para residentes, su reunión mensual es para nosotros muy importante, la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica busca siempre actualizarse y una de nuestras metas es la de realizar la mayoría de los tramites que a ella se refieren, por vía electrónica, estaremos de manera gradual efectuando este cambio para que cartas informativas, boletines y avisos de sesión sean enviadas en forma electrónica, la SMCN no puede quedarse atrás en la búsqueda de un trabajo mas ecológico, con menor consumo de papel.

Nuestros órganos oficiales nacional e internacional, Archivos de neurociencias y World Neurosurgery, serán promovidos para quienes estén interesados en tenerlos de manera física y electrónica, así como el muy gustado boletín Neurocirugía Hoy que de manera muy eficaz edita el Dr. Rodrigo Ramos Zuñiga, documento que será enviado como siempre cada mes.

En nuestra casa, la sede la SMCN, deberemos resolver asuntos pendientes en su remodelación y situación, atacaremos estos puntos directamente, a fin de que nuestra casa siga siendo por mucho tiempo mas NUESTRA CASA, la casa de todos

Para Nuestro equipo de trabajo: las Señoritas Nayeli Méndez Barcenas, Fabiola Mena Barcenas, Gloria López de la Cerda son siempre respetadas por su trabajo honesto, formal e intenso, agradeceremos que continúe así

Quiero terminar diciendo que estamos en marcha y espero que podamos demostrarlo-

ALFONSO MARHX BRACHO
PRESIDENTE.



El arte, el hombre y la medicina.

El arte cuando se relaciona con nuestro quehacer como médicos, es necesario.

Nos abre la mente y el espíritu para maravillarnos, modestamente, ante la clase e inventiva de grandes personajes que con los medios que disponían hace ya mucho tiempo, daban muestra de su innato talento.

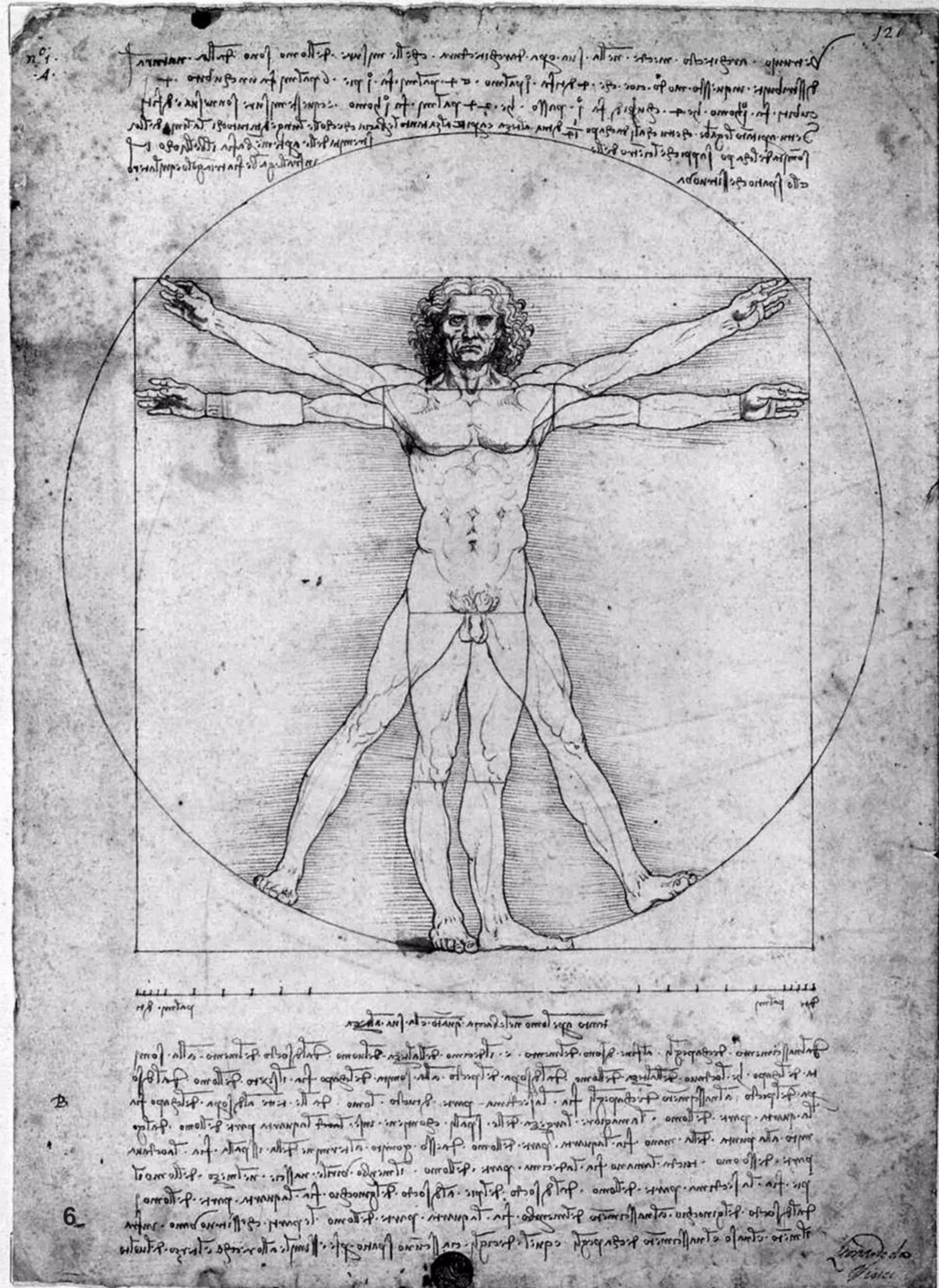
En su *Studio* (Real Academia de Venecia), también conocido como **El hombre de Vitrubio**, Leonardo da Vinci realiza una visión del hombre como centro del Universo al quedar inscrito en un círculo y un cuadrado. El cuadrado es la base de lo clásico: el módulo del cuadrado se emplea en toda la arquitectura clásica, el uso del ángulo de 90º y la simetría son bases grecolatinas de la arquitectura. En él se realiza un estudio anatómico buscando la proporcionalidad del cuerpo humano, el canon clásico o ideal de belleza.

Sigue los estudios del arquitecto Vitrubio (*Marcus Vitruvius Pollio*) arquitecto romano del siglo I a.c. a quien Julio Cesar encarga la construcción de máquinas de guerra. En época de Augusto escribió los diez tomos de su obra *De architectura*, que trata de la construcción hidráulica, de cuadrantes solares, de mecánica y de sus aplicaciones en arquitectura civil e ingeniería militar. Vitrubio tuvo escasa influencia en su época pero no así en el renacimiento ya que fue el punto de partida de sus intentos y la justificación de sus teorías.

Su obra fue publicada en Roma en 1486 realizándose numerosas ediciones como la de Fra Giocondo en 1511, Venecia o la de Cesare Cesarino en 1521, Milán, dedicada a Francisco I. Parece indudable que Leonardo se inspiró en el arquitecto romano.

Las Proporciones del Hombre de Vitrubio:

"Vitrubio el arquitecto, dice en su obra sobre arquitectura que la naturaleza distribuye las medidas del cuerpo humano como sigue: que 4 dedos hacen 1 palma, y 4 palmas hacen 1 pie, 6 palmas hacen 1 codo, 4 codos hacen la altura del hombre. Y 4 codos hacen 1 paso, y que 24 palmas hacen un hombre; y estas medidas son las que él usaba en sus edilicios. Si



Leonardo da Vinci

separas la piernas lo suficiente como para que tu altura disminuya 1/14 y estiras y subes los hombros hasta que los dedos estén al nivel del borde superior de tu cabeza, has de saber que el centro geométrico de tus extremidades separadas estará situado en tu ombligo y que el espacio entre las piernas será un triángulo equilátero. La longitud de los brazos extendidos de un hombre es igual a su altura. Desde el nacimiento del pelo hasta la punta de la barbilla es la décima parte de la altura de un hombre; desde la punta de la barbilla a la parte superior de la cabeza es un octavo de su estatura; desde la parte superior del pecho al extremo de su cabeza será un sexto de un hombre. Desde la parte superior del pecho al nacimiento del pelo será la séptima parte del hombre completo. Desde los pezones a la parte de arriba de la cabeza será la cuarta parte del hombre. La anchura mayor de los hombros contiene en sí misma la cuarta parte de un hombre. Desde el codo a la punta de la mano será la quinta parte del hombre; y desde el codo al ángulo de la axila será la octava parte del hombre. La mano completa será la décima parte del hombre; el comienzo de los genitales marca la mitad del hombre. El pie es la séptima parte del hombre. Desde la planta del pie hasta debajo de la rodilla será la cuarta parte del hombre. Desde debajo de la rodilla al comienzo de los genitales será la cuarta parte del hombre. La distancia desde la parte inferior de la barbilla a la nariz y desde el nacimiento del pelo a las cejas es, en cada caso, la misma, y, como la oreja, una tercera parte del rostro».

La anterior es la traducción completa del texto que acompaña al Hombre de Vitrubio de Leonardo da Vinci. En realidad es una traducción de las palabras de Vitrubio pues el dibujo de Leonardo fue originalmente una ilustración para un libro sobre las obras de Vitrubio. El Hombre de Vitrubio es probablemente una de las imágenes más famosas y reconocibles de Leonardo. *(En El Código Da Vinci es también la obra de Da Vinci favorita de Sophie Neveu y es asimismo la postura en la que su abuelo, Jacques Saunière, colocó su cuerpo antes de morir).*

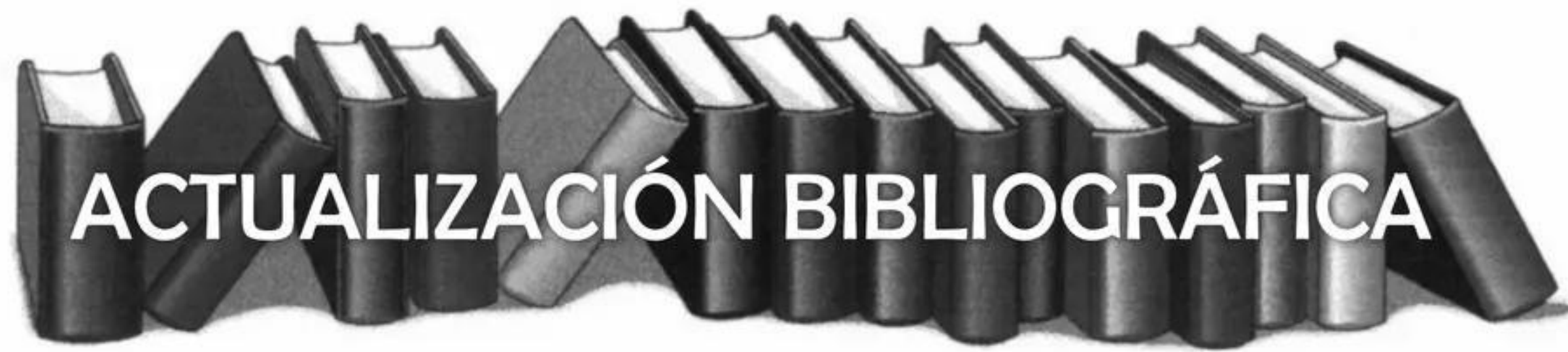
Carteles con la imagen del hombre con dos pares de brazos extendidos y dos pares de piernas también extendidas han adornado muchas paredes durante al menos un par de generaciones. Vitrubio fue un escritor, ingeniero y arquitecto romano de finales del siglo 1 a. de C. y principios del siglo 1 de nuestra era. Su único libro existente, De Architectura, contiene diez enormes capítulos enciclopédicos en los cuales trata distintos aspectos de la planificación, ingeniería y arquitectura de la ciudad romana, pero también

una sección acerca de las proporciones humanas. Su redescubrimiento y su renovado auge durante el Renacimiento alimentaron el crecimiento del clasicismo durante aquel periodo, e incluso en los posteriores.

La composición del Hombre de Vitrubio, tal y como fue ilustrada por Leonardo da Vinci, se basa por entero en el tratado del propio Vitrubio citado anteriormente sobre las dimensiones del cuerpo humano, que ha probado ser en buena parte conector. El énfasis se pone, al construir la composición, en la racionalización de la geometría, por medio de la aplicación de números enteros pequeños.

Quise resaltar ésta viñeta, ya que el hombre de Vitrubio es un claro ejemplo del enfoque globalizador de Leonardo que se desarrolló muy rápidamente durante la segunda mitad de la década de 1480. Trataba de vincular la arquitectura y el cuerpo humano, un aspecto de su interpretación de la naturaleza y del lugar de la humanidad en el “plan global de las cosas”. En este dibujo representa las proporciones que podían establecerse en el cuerpo humano (por ejemplo, la proporción áurea). Para Leonardo, el hombre era el modelo del universo y lo más importante era vincular lo que descubría en el interior del cuerpo humano con lo que observaba en la naturaleza.

Dr. Leónidas Quintana Marín
Presidente Honorario
Federación Latino Americana de Sociedades de Neurocirugía



ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

REVISION DE ARTÍCULOS

Craniectomía descompresiva en infarto de ACM.

Johnson RD, Maartens NF, Teddy PJ. Decompressive craniectomy for malignant middle cerebral artery infarction: Evidence and controversies. Journal of Clinical Neuroscience 18 (2011) 1018-1022.

Dulka Manawadu, Ahmed Quateen, J. Max Findlay. Hemicraniectomy for massive middle cerebral infarction: a review. Canadian Journal of Neurological Sciences, 2008; 35(5):544-550
<http://cjns.metapress.com/content/f729763754n44256/fulltext.pdf>

Edad: Los estudios (DESTINY, DECIMAL, HAMLET), solo incluyeron pacientes de 18-60 años. Se ha considerado que los pacientes mayores de 60 años no son candidatos de primera intención en los criterios por dos razones: 1) La atrofia cortical brinda un espacio compensatorio para controlar la presión intracranial. 2) Tienen mayor índice de complicaciones.

Tiempo: Los estudios demuestran que cuando se realiza la cirugía antes de las 48 hrs, los resultados son mejores comparados con el tratamiento médico. Posterior a las 48 Hrs. Los estudios (Hamlet) demuestran que se reduce la mortalidad, pero no existe diferencia en el impacto de los resultados clínicos (escala de Rankin).

Dominancia: La dominancia suponía que al alterar el lenguaje y ciertas funciones cognitivas tenía un pronóstico más incierto y pobre. Sin embargo la perspectiva de los pacientes es distinta, ya que ellos consideran que la hemiplegia es peor que la afasia. Hoy se considera que la dominancia no es una contraindicación para considerar la craniectomía descompresiva.

Criterios:

- 60 años o menor.
- Déficit secundario a infarto ACM (sin infarto de ACA o Posterior).
- Deterioro progresivo del estado de conciencia.
- Infarto mayor del 50% del territorio de ACM (TAC).
- Infarto mayor de 145 cm³ (RMN / Difusión).
- Cirugía antes de las 48 Hrs. de inicio de los síntomas.
- Monitoreo por equipo entrenado.

¿Cabecear en el fut-bol es peligroso?

Estudios recientes publicados en neurosurgery por Spiotta y colaboradores del traumatic neuromechanics consortium, (Cleveland) analizaron la biomecánica del impacto y han considerado que el impacto de esta energía sobre la cabeza del jugador, puede representar en el curso del tiempo un daño sub-umbral (sub-conmoción repetida), tipificado como trauma cerebral moderado. Se abre la posibilidad de que se presenten cambios y deterioro cognitivo con el tiempo, por lo que se plantea estar atentos en l seguimiento de estos jugadores para tener mayor información acerca de los desenlaces en la función cognitiva a largo plazo.



La fuerza del impacto entre el balón y la cabeza del jugador es directamente relacionada con la masa del balón y la duración del impacto (aceleración). Esta fuerza de impacto causa una importante deformación del balón, energía que es absorbida por la cabeza y es medida a través de un transductor, en video de alta velocidad (Withnall y cols)

Spiotta A, Heading in soccer. Dangerous play? Neurosurgery 70:1-11, 2012.

Ligas de Interés:

3-D model of temporal bone

<http://www.masseyeandear.org/research/ent/eaton-peabody/epl-imaging-resources/3-d-model-of-human-temporal-bone/>

http://www.aanos.org/chrmn_crnr_physician_retain_compassion.htm

<http://www.youtube.com/watch?v=VRr9JJfupuo&feature=related>

<http://www.videoscop.com/videos/neurosurgical-alternatives-endoscopic-approaches-and-open-surgerymp4-bytid-kEceSTQG12U.html>

The 7th Annual Interntional Neurosurgery Conference
<http://www.surgicalneurology.org/conf7>



BIBLIOGRAFÍA CLASICA

Microtechniques in Neurological Surgery

THEODORE KURZE, M.D.

The contemporary neurosurgical operating room, with its impressive, but cluttered, array of ice mattresses, perfusion pumps, cryotherapy systems, physiological monitors, compressed air tanks, electric power tools, headlights, plastic modeling kits, G-suits, suction pumps, cautery and stereotactic devices, understandably, is an environment with little receptiveness for a new gadget.

*Breathes there a neurosurgeon with so narrow waistband
Who never to himself hath said, "Where am I going to stand?"*

The proceedings of this Congress illustrate that competence in gadgeteering is no substitute for surgical skill. On the other hand, it has been a characteristic of neurological surgeons to pioneer and probe the frontiers of their own limitations. Therefore, I would like to discuss certain aspects of microsurgical technique which may justify its practical value in operative neurosurgery.

What can a surgical microscope do? It is able to magnify 4 to 25 times with undistorted depth perception and to provide an intensity of target illumination in the depth of a narrow field strong enough to obtain color motion pictures (3200 to 5000 footcandles). Average target light intensity with overhead lighting in neurosurgical fields is 800 footcandles (8). Ideal operative field lighting should be no less than 1500 to 2000 footcandles (8).

This work was supported by the Interdepartment Cancer Committee and from General Research Funds of the University of Southern California.



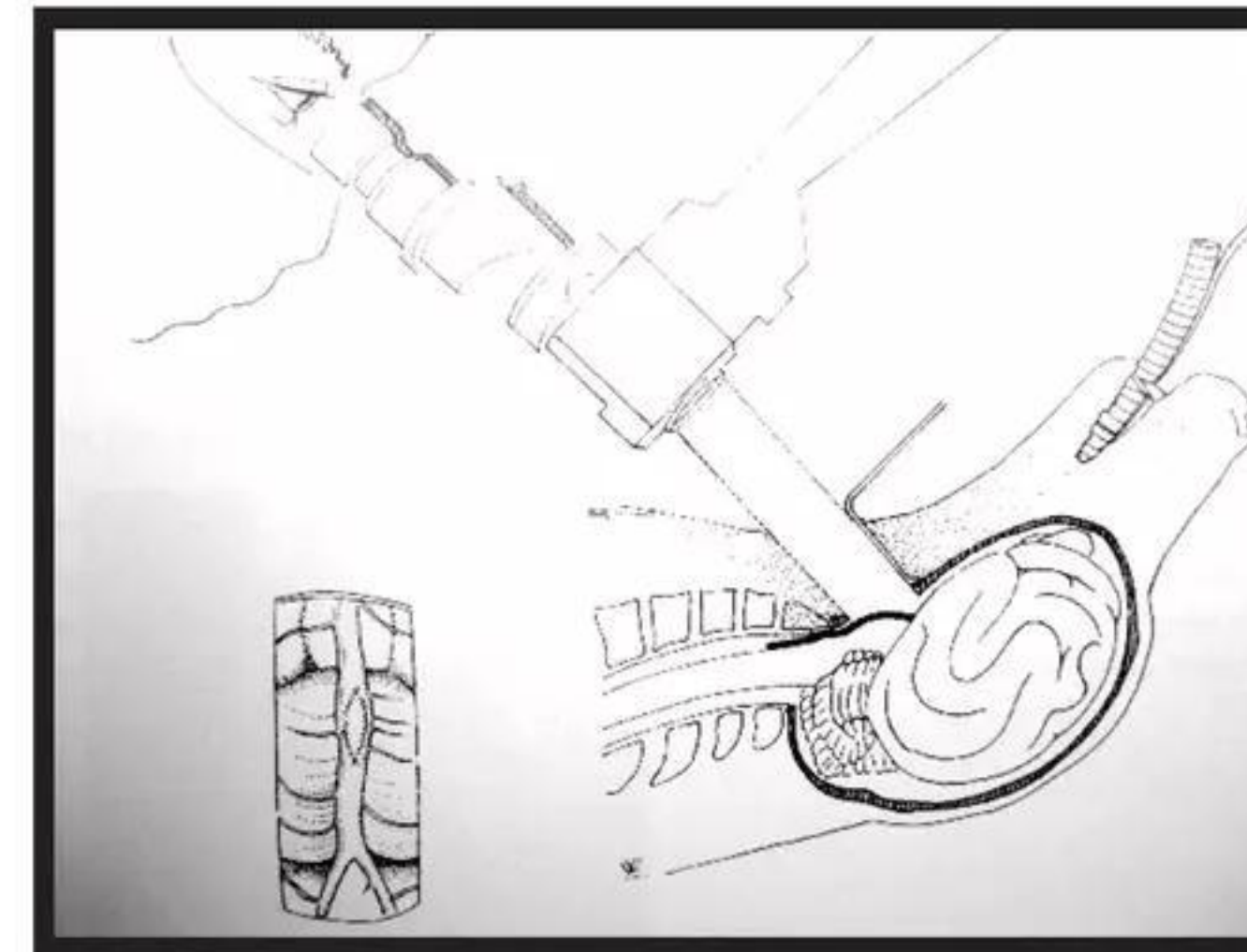
J, Neurosurg; 19: 1033-1037, 1962

Experimental Small Vessel Surgery in the Dog Including Patching and Grafting of Cerebral Vessels and the Formation of Functional Extra-intracranial Shunts

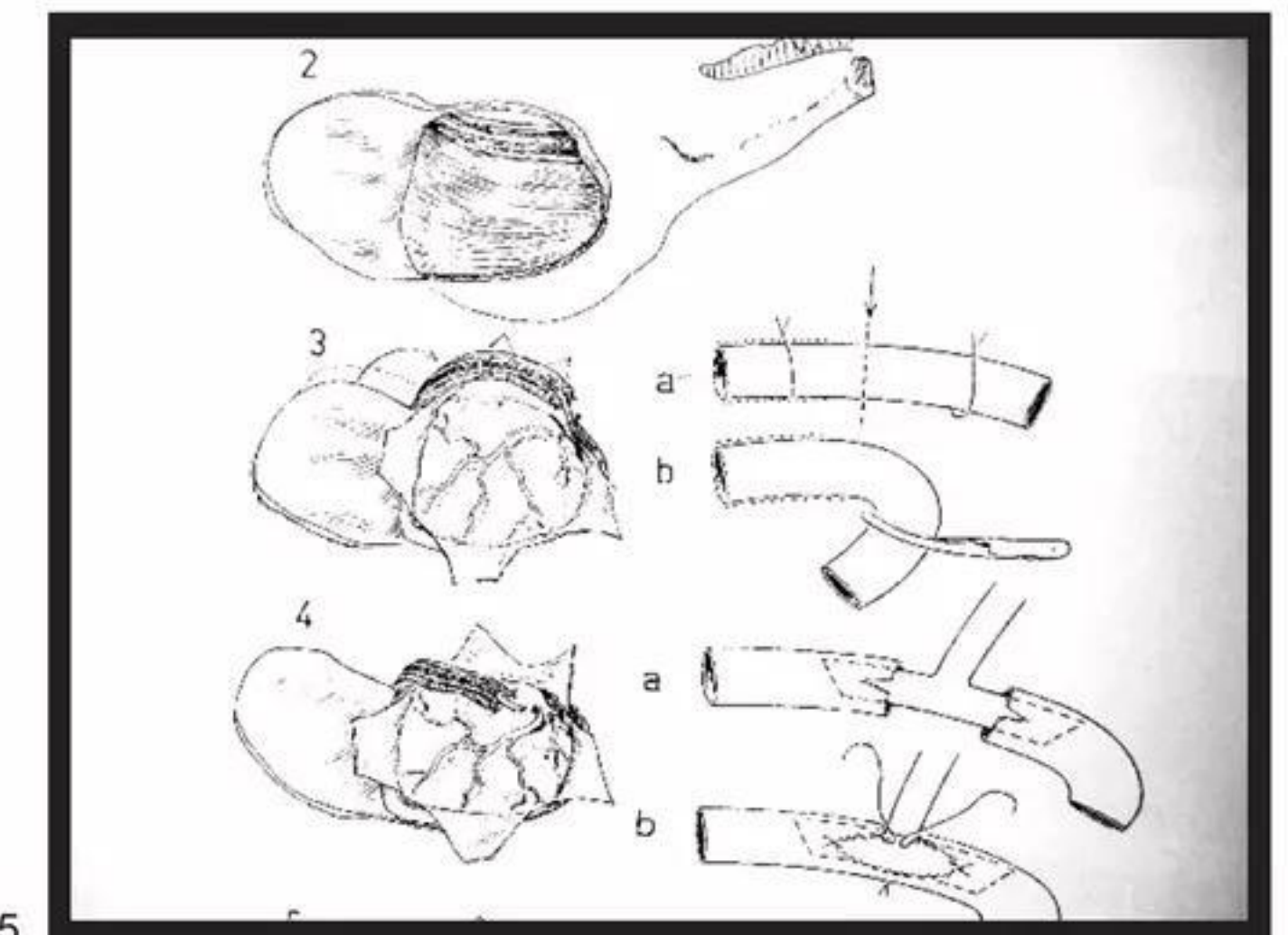
M. G. YAŞARGIL*, Zürich, Switzerland

Results following operative procedures on vessels less than 1–2,5 millimeters in outside diameter have not been as encouraging as those upon larger vessels. The fact that most of the intracranial blood vessels in the human are of this size makes successful surgery upon them of great importance to neurosurgeons.

*Neurosurgical Department, University of Zurich (Chairman Prof. H. KRAYENBÜLL). The presented experimental work was carried out in the Laboratories of the Neurosurgical Department, University of Vermont, Burlington, Vermont, USA (Chairman Prof. Peardon R.M. DONAGHY). This study was supported by a Hartford Research Grant.



1965

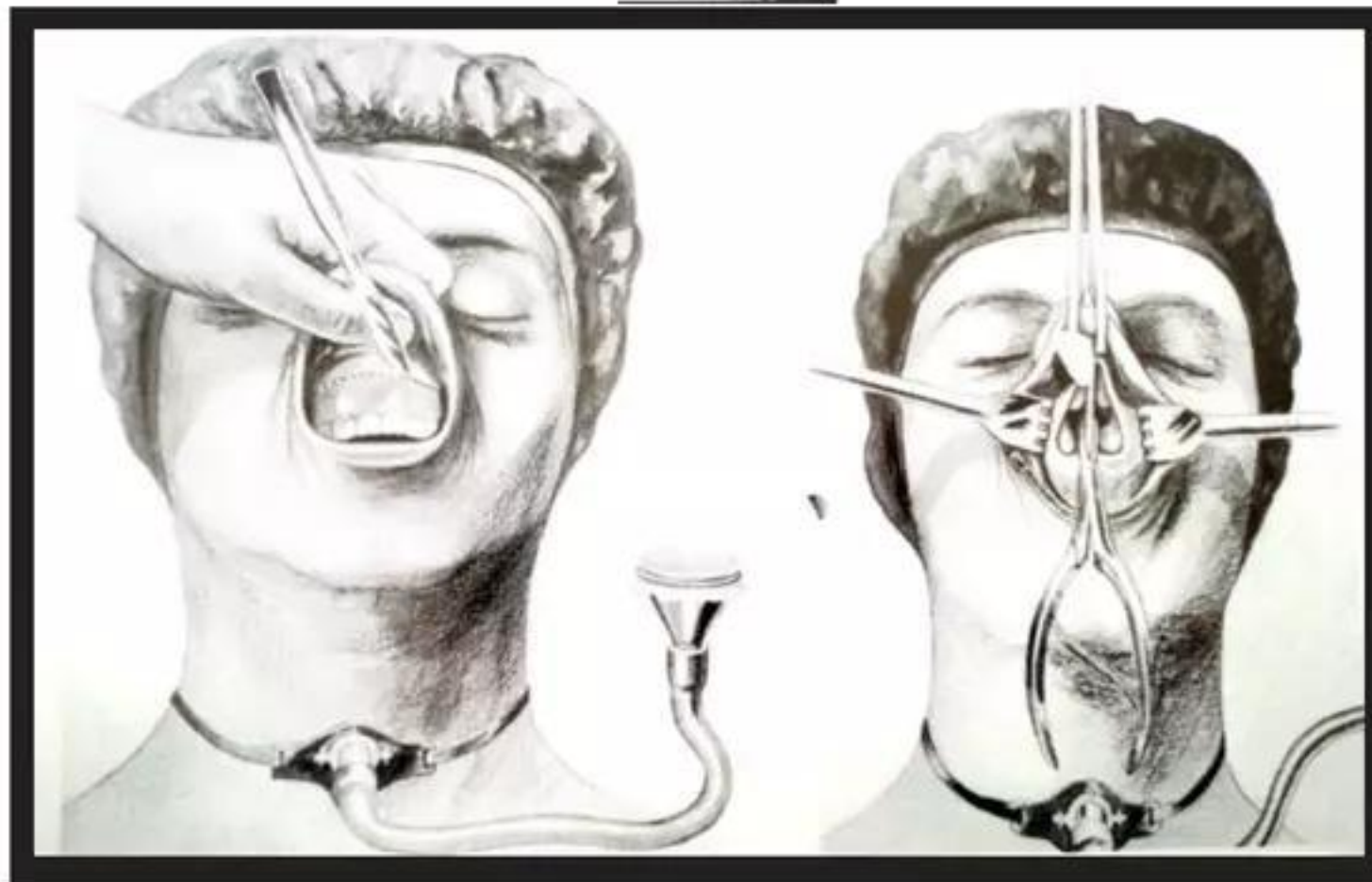


1965

REMARKS ON THE OPERATIVE TREATMENT OF TUMORS OF THE HYPOPHYSIS.

WITH THE REPORT OF TWO CASES OPERATED ON BY AN ORO-NASAL METHOD.

BY A. E. HALSTEAD, M.D.,
CHICAGO.



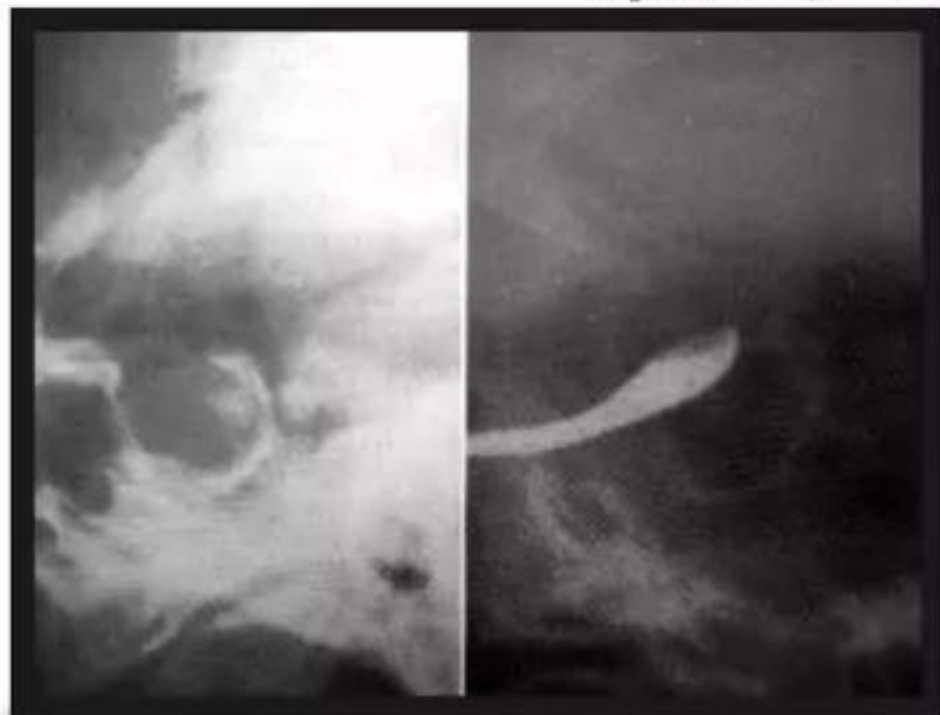
Descripción del abordaje sublabial.

Mayo de 1910.

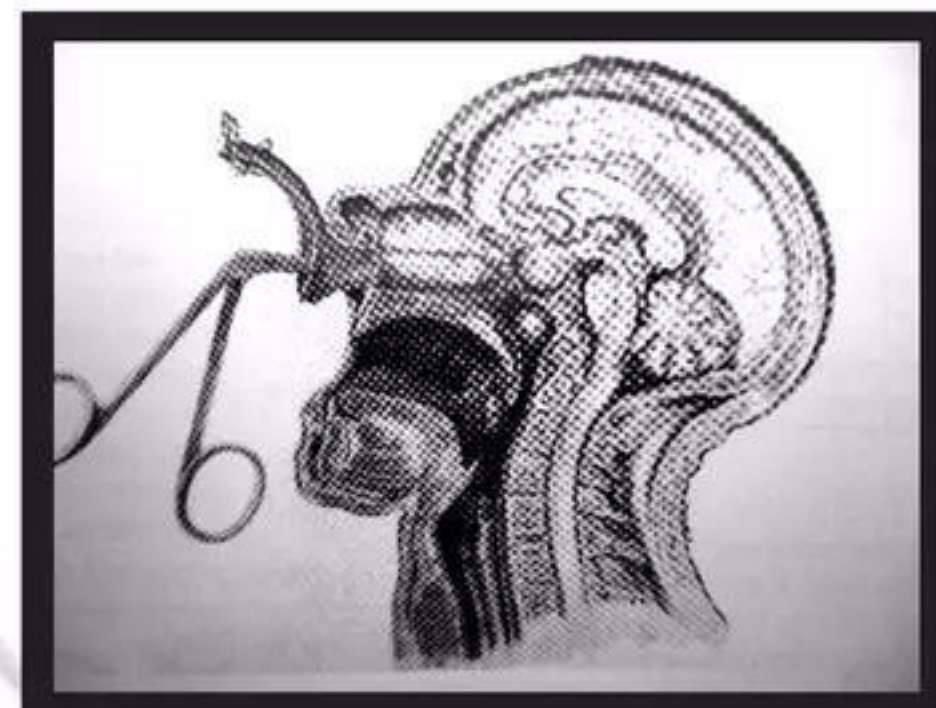
Trans-sphenoidal Surgery of Pituitary Fossa Tumors with Televised Radiofluoroscopic Control*

J. HARDY, F.R.C.S.(C.) AND S. M. WIGSER, M.D.

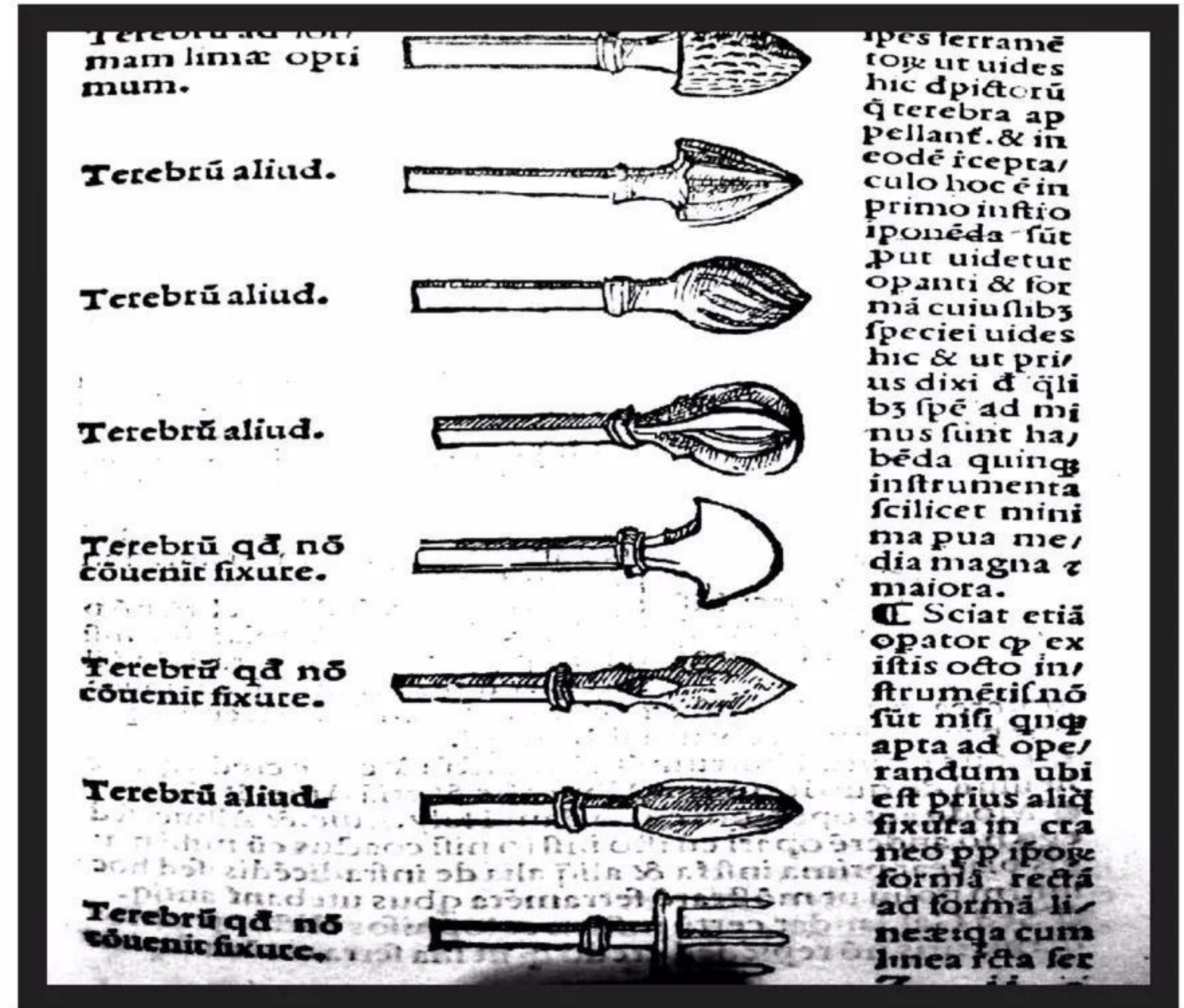
Department of Neurosurgery, Notre-Dame Hospital, Montreal, Canada



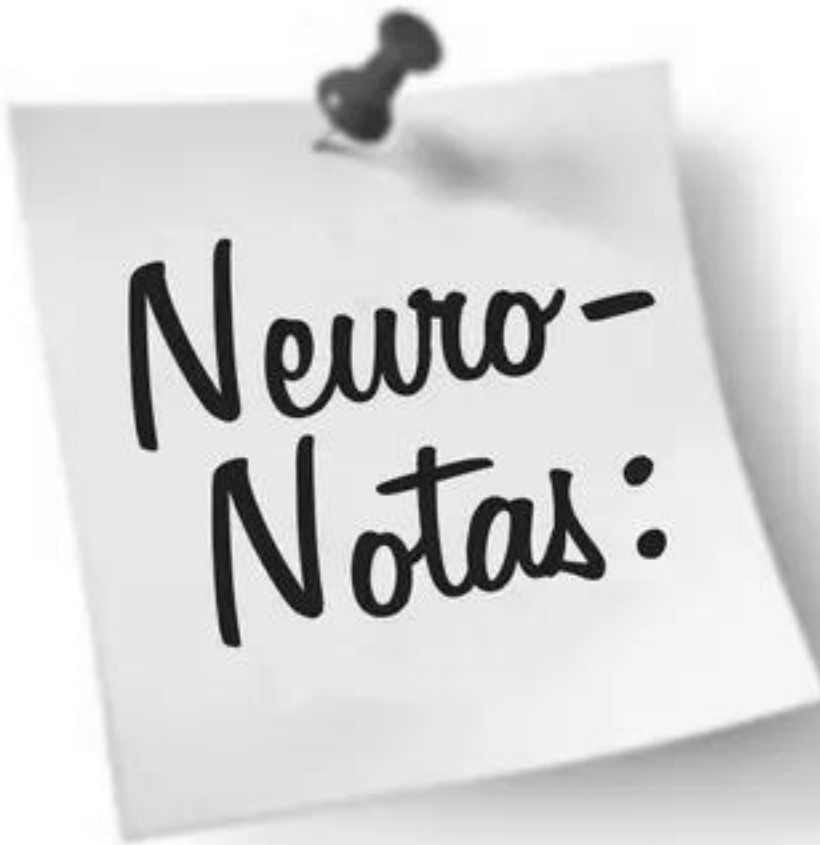
17 de Mayo de 1965.



Instrumentos para tratar fracturas de cráneo.
Jacopo Berengario Da Carpi. Bologna, 1518.
Hieronymus de Benedictis.



Citado de E. S. Flamm. AANS. 2001



Neuro-
Notas:

Quiste Aracnoideo

PREOPERATORIO

Planeación operatoria

- Revisión de imágenes
 - RM +/- contraste para evaluar el quiste y descartar patología adicional.
 - TAC también es adecuada.
 - Localizaciones comunes: cisura de Silvio o fosa media, supraselar, o fosa posterior (ángulo pontocerebeloso).
- Opciones operatorias:
 - Fenestración del quiste intraventricular y/o espacio subaracnoideo.
 - Ventajas: evitar una derivación externa y el posible desarrollo de su dependencia.
 - Desventajas: operación más extensa.; la fenestración puede fallar.
 - Derivación (usualmente a peritoneo)
 - Ventajas: Una operación menos extensa que la fenestración
 - Desventajas: la derivación con un sistema trae riesgo de infección y malfuncionamiento; un posible desarrollo de una dependencia de cortocircuito; la pared del quiste puede colapsar alrededor de la derivación, el catéter de derivación puede causar daño cuando el cerebro se desplaza después del colapso del quiste.

INTRAOPERATORIO

Fenestración

- La posición del paciente depende la localización del quiste.
- Incisión: depende de la ubicación
- La craneotomía se prevé lo suficientemente grande como para acceder a las paredes del quiste y los ventrículos.
- Craneotomía realizada.
- Se entra a la duramadre con hoja no. 11 después se afronta con seda 4.0.
- Apertura de la duramadre extendida con unas tijeras para proporcionar la exposición necesaria.
- Se disminuye la salida de sangre levantando la duramadre y utilizando cotonoides.
- Si el quiste es superficial, entrar bruscamente (preparar al anestesiólogo por posibles cambios en los signos vitales con modificaciones cerebrales y de líquidos).
- No hay necesidad de reseca la pared del quiste aracnoideo extensivamente, pero fenestrar ampliamente al ventrículo o la cisterna basal es importante.
- El endoscopio es útil en algunos casos, en cuyo caso el abordaje es viable a través de key hole según la localización y con fenestración endoscópica.
- Cerrar herméticamente la duramadre con suturas 4.0.
- Cierre estándar de craneotomía.

Derivación

- Considerar la estereotaxia para los quistes profundos y pequeños.
- El posicionamiento y la incisión dependerá de la localización.
- El sitio de entrada es planeado cerca del quiste sin intervenir la corteza funcional.
- Si el quiste es visible entrar se aborda directamente, es recomendada la exploración endoscópica de forma primaria o endoscopia .
- Sin válvula o una válvula de baja o muy baja presión es usada porque el quiste está bajo baja presión.
- El paso de la derivación distal como para una derivación ventriculoperitoneal.

Connolly E. S., McKhann G. M., Huang J., Choudhri T. F. Arachnoid Cyst. Fundamentals of Operative Techniques in Neurosurgery. New York. Thieme; 2002



Lipoma Intramedular

Indicaciones:

- Tumor intramedular primario de la medula espinal
- Recurrente o residual (es decir, después de la resección de un lipomielomeningocele) lipoma de la médula espinal.

PREOPERATORIO

Planeación operatoria

- Revisión de imágenes (RM): aumento de patrones, syrinx o edema.
- Definir el alcance rostral y caudal de la lesión.
- Tomar en cuenta la ubicación dentro de la medula: lipomas asociados con mielomeningoceles ocurren preferentemente en la región lumbar.
- Revisión del curso clínico del paciente para determinar la cronicidad de los síntomas neurológicos, así como la pertinente historia preoperatoria:
 - Cuando se encuentran de manera aislada, los lipomas suelen ser benignos comportamiento.
 - Para los pacientes con reparación previa de lipomielomeningocele, es importante determinar que tipo de defecto anatómico fue reparado (dorsal, caudal o de transición)
 - Para los pacientes con antecedente de lipomielomeningocele, la presencia de hidrocefalia se debe descartar y la función del intestino y la vejiga deben ser evaluados formalmente.

Resección del tumor

- La duramadre se abre en la línea media y con tendencia lateral al músculo.
- El microscopio es posicionado en el campo.
- La medula es inspeccionada para detectar cualquier signo evidente de lesión.
 - Los lipomas deben ser evidentes inmediatamente por debajo de la piamadre dorsal.
 - La ecografía puede ser utilizada para confirmar la ubicación de syrinx asociada.

- Una incisión longitudinal en la piamadre sobre la extensión de la lesión es suficiente para la exposición. No es necesaria la mielotomía.
- Cualquier syrinx asociado, quiste o hematoma debe ser drenado.
- Después de identificar todo el aspecto dorsal de la masa, coloca las suturas de tracción pial para proporcionar una tracción superior y lateral.
- La extensión y método de la resección puede variar, dependiendo de la patología.
 - Lipomas puede ser considerados como lesiones yuxtamedulares.
- El diagnóstico es confirmado con la revisión intraoperatoria por neuropatología.
 - Después de remover la lesión, el sitio de la resección es inspeccionado en busca de hemorragias.
 - La hemostasia de la resección es metódicamente lograda con cauterio bipolar, o materiales hemostáticos.
 - Las suturas de tracción pial son removidas.
 - La duramadre es cerrada, principalmente con una sutura continua en forma hermética; algunos expertos recomiendan el uso de un parche de injerto de duramadre para prevenir la inmovilización.
 - Vigilar las técnicas de cierre debe enfatizarse, porque la salida de líquido cefalorraquídeo es una de las principales complicaciones posoperatorias.

COMPLICACIONES

Intraoperatorias:

- Daño a la estructura normal de la Médula causado por tracción agresiva.
- Drenaje incompleto de la siringe, quiste o hematoma.
- Resección incompleta del lipoma.

Postoperatorias:

- Fuga de LCR
- Infección de la herida
- Nuevo déficit neurológico
- Inmovilización de la médula espinal.

Connolly E. S., McKhann G. M., Huang J., Choudhri T. F. Intramedullary Lipoma. Fundamentals of Operative Techniques in Neurosurgery. New York. Thieme; 2002

Cerebro y Violencia

Dr. Rodrigo Ramos-Zúñiga.

¿Cuántas discusiones y deliberaciones deberemos atender, para lograr acercarnos al menos a la comprensión más cercana de la violencia?

Más allá de los números, los discursos retóricos y oportunistas, de las notas rojas, existen elementos de fondo que muy contadas veces se analizan. Si bien este escenario de análisis ha sido visitado por antropólogos, criminólogos, políticos, religiosos, filósofos, sociólogos y otros; cada cual con su propia teoría y perspectiva, el impacto que estas reflexiones tienen es escaso, no aporta para la toma de decisiones para la sociedad y no trasciende más allá de una postura.

La conducta violenta no es un fenómeno coyuntural circunstancial, que se pueda ligar a un fenómeno en particular, ya que históricamente ha sido parte de la conducta humana en el curso de su evolución. La violencia tiene muchas caras y hoy en día también impacta a toda la sociedad porque la línea que separa a víctimas y victimarios se ha tornado tanto frágil como tenue. Finalmente todos somos víctimas, y nadie tiene salvoconducto para la inmunidad.

Por si fuese poco, podemos agregar una perspectiva más, no en el ánimo de hacer más compleja la discusión, sino de lograr contribuir a esa comprensión al fenómeno.

Para el caso, analizamos el discernimiento científico inscrito en muchos estudios y tratados de la neurobiología, que como ciencia tampoco es ajena a la necesidad de abordar un estudio más profundo para encontrar explicaciones y eventualmente soluciones a este complejo fenómeno que lacera a la sociedad.

¿Que es lo que hace que reaccionemos con violencia? ¿En que nos hemos convertido como individuos y como sociedad? ¿Cuando dejamos en el abandono el respeto más elemental por los otros y por nosotros mismos?

Estas preguntas también se han convertido en retos científicos. Los estudios más recientes nos indican que no se trata de un evento espontáneo sino una reacción evolutiva del cerebro, que nos hace responder de esta forma ante una serie de intervenciones manufacturadas en parte por los genes y rediseñadas por el ambiente en diferentes etapas de la vida. Pero de todas las etapas guarda particular relevancia lo que ocurre en la etapa postnatal, particularmente en la infancia; lo que demarcará las futuras reacciones del individuo ante condiciones adversas del entorno.

En animales recién nacidos que carecen de lamidos maternos, donde hay desapego, abandono afectivo, abuso y violencia; se traduce en una generación de crías aisladas, retraídas y con pocas habilidades cerebrales para resolver sus problemas. En la sociedad, esta orfandad de patria y de patria en todas sus connotaciones, genera violencia.

Una porción en particular del cerebro

llamada amígdala, da cuenta del fenómeno del miedo. Este concurre como un mecanismo protector ante condiciones hostiles. Pero también puede perpetuarse en el individuo en la medida en que estas condiciones de agresión persisten. El límite de la tolerancia se traduce en una frontera en la que se pierde el miedo, se modifican los circuitos neuronales y la euforia desenfrenada, primitiva e irracional busca superarlo.

Hoy por hoy es bien sabido, que los sujetos abusados en alguna etapa de su vida pueden adoptar conductas suicidas en su futuro. Pero también los abusados pueden convertirse en abusadores. Se trata de una reacción que tiene vías y circuitos disfuncionales en el cerebro que se han reconocido plenamente y se encuentran asociados con influencias constantes de zozobra ambiental que generan un estado de alarma y ansiedad a la que no logramos habituarnos con facilidad. Fenómeno se traduce potencialmente en conductas disruptivas y de despersonalización. Esta construcción teórica ha sido estudiada y fundamentada por los científicos básicos, y configura una transferencia fidedigna de lo que ocurre en el entorno social. Lo identificamos a través de la historia, en la que una sociedad abusada en distintos momentos de su evolución, con desequilibrios constantes y ausencia de equidad, conforma sociedades reactivas y violentas. De esta forma hemos conocido sociedades autodestructivas, al grado de la extinción. Sociedades que desaparecieron y no dejaron rastro alguno como si hubiese

ocurrido un suicidio colectivo programado. Así, otras sociedades que han hecho del abuso su *modus vivendi* dan lugar a rutas alternativas de salida alucinatoria de la realidad álgida. Una de ellas es la manipulación del cerebro con distinto tipo de sustancias y su conducta adictiva consecuente (Las socialmente aceptadas como alcohol y nicotina y las no aceptadas), que complementan una fórmula altamente explosiva.

La corrupción, el tráfico de influencias y los conflictos de interés, forman parte de una conducta violenta que a fuego lento y en una guerra de baja intensidad agrede a la sociedad, y genera de forma adicional otra faceta de la misma red de complicidades, para conformar gradualmente una reacción en cadena detonante, con consecuencias poco predecibles.

Esta historia tiene un colmo que recicla la violencia y la valida, en la cual el cerebro se encuentra implícito. Está manifiesto en la típica respuesta condicionada descrita por Pavlov en la que el solo toque de una campana activaba mecanismos salivatorios y secretorios por el efecto iluso de recibir alimento. Así se traduce la respuesta condicionada para la toma de decisiones por la sociedad ante un estímulo, en un mecanismo de habituación que ha definido muchos de los procesos que rigen en su conjunto a muchos grupos sociales. Nos tocan la campana y empezamos a salivar.... pero la comida nunca llega. Una repercusión inherente se percibe en la falta de rumbo y la enorme frustración social que representan los liderazgos desvirtuados y caudillismos dictatoriales de facto y

violentos de oficio. La amnesia social lo hace más complejo cuando lo olvida y se revive como el "síndrome de Estocolmo": La sociedad se enamora de quien la mantiene secuestrada. Se incorpora la agresión en la lista de los afectos, se asume la violencia como parte del *status quo*, y en cada proceso social como el electoral se recicla el flirteo, para montar una nueva puesta en escena de una historia de maltrato doméstico. Las causas sociales que buscan reivindicarse en la historia a través de la violencia tienen un mayor peso de legitimación en su presencia *per se* discutible, cuando buscaban el respeto a los derechos, la liberación de la esclavitud (*Denme la libertad o denme la muerte*), la búsqueda de la democracia y la cancelación de las dictaduras; pero lo que no tiene nombre ni opción de legitimarse es la violencia como método de supremacía, la violencia por la violencia, y el placer despiadado de infringir dolor a la sociedad, a los semejantes, a la naturaleza y a nuestro propio entorno. Es cuando la violencia se convierte en una enfermedad, configurada en la psicopatología y en la manifiesta ausencia de control inhibitorio; enfermedad con un pronóstico muy reservado.

Una de las muchas versiones cronoevolutivas de la violencia que nos demuestra esta conducta primitiva, es la que se enuncia en un texto inscrito en el alcázar de Toledo (España), que sigue siendo vigente, contemporáneo y certero. Pareciera que el poeta Núñez de Arce, autor de *las guerras y el hombre*, conociera parte de nuestra propia historia.

Cito textualmente:

**Roto el respeto, la obediencia rota,
de Dios y de la ley perdido el freno,
vas manchando entre lágrimas y cieno,
y un aire de tempestad tu rostro azota**

Aún nos resta una tarea enorme en la educación formal, para recuperar el respeto perdido. Pero aún más en la tarea conductual, en el ejemplo, en la congruencia entre el pensamiento y las acciones; que representan el aprendizaje de mayor impacto para conformar un cerebro educado que no conciba a la violencia como estrategia de sobrevivencia.

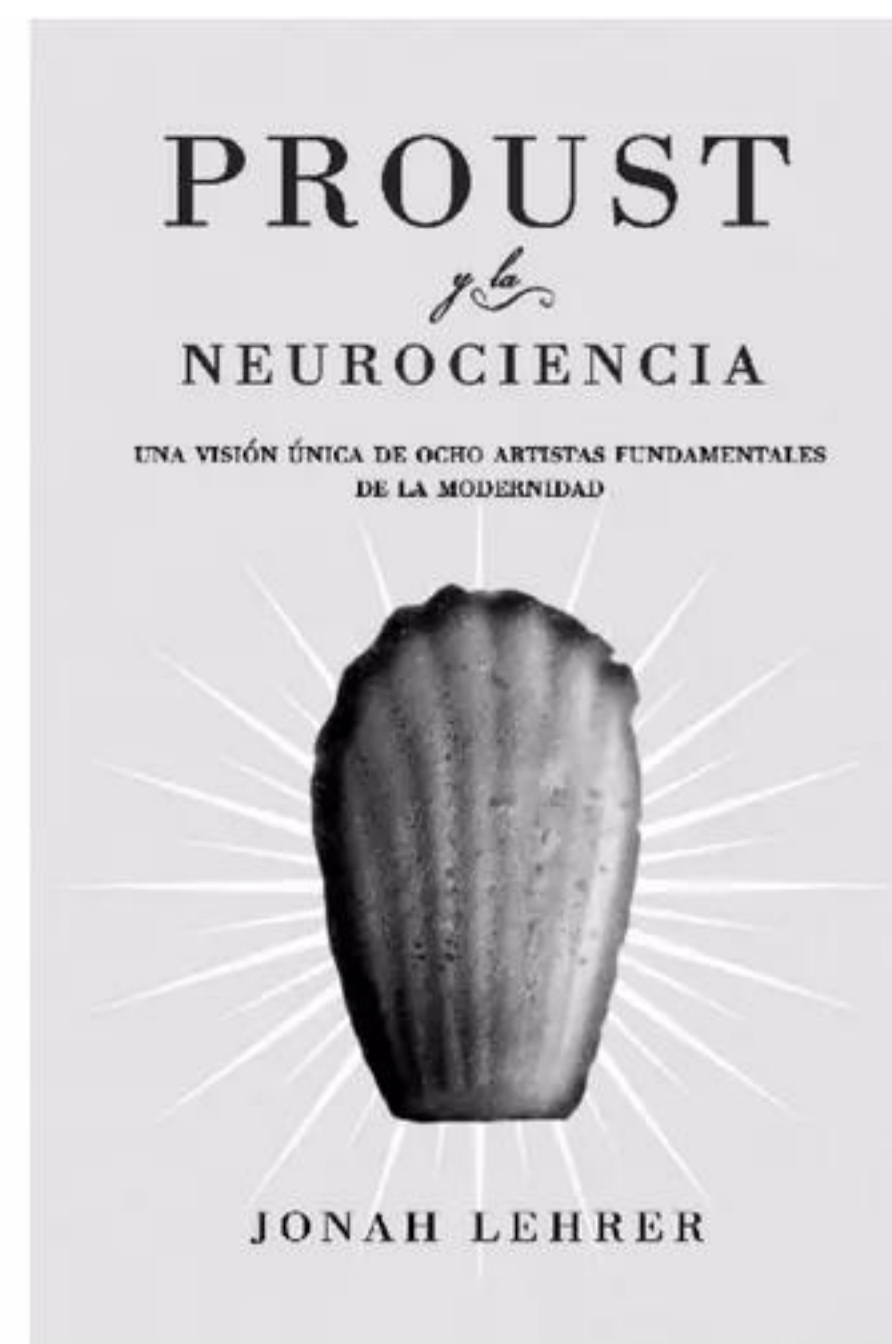
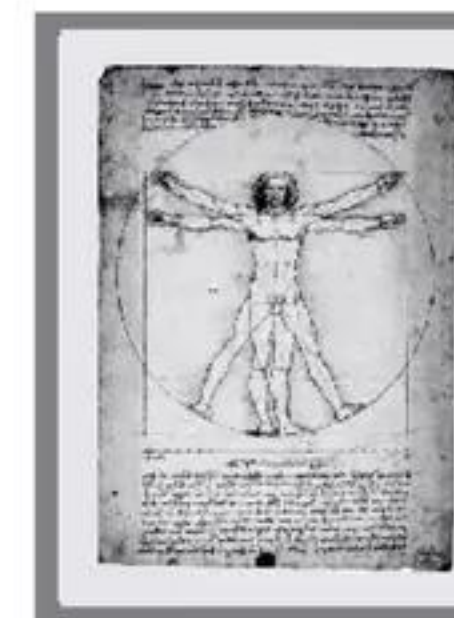


Artistas y Neurocientíficos

Lehrer se dio cuenta que Proust había averiguado aquello que los investigadores perseguían con terquedad y éxito más bien escaso, hasta el punto que el novelista ya lo había resuelto en 1913. Proust adivinó que la cata y el olor fabrican recuerdos únicos y particularmente intensos, y consagró también la noción que las memorias son altamente dependientes del momento y el estado de ánimo del individuo que rememora. En su libro *Proust was a neuroscientist* (2007), editado este año en español por Espasa Paidós como *Proust y la neurociencia*, Lehrer mantiene, con una firmeza no del todo fundamentada, que estos son detalles que los neurocientíficos sólo

podieron establecer hace pocos años. Digo poco sustentada porque se trata de constataciones antiguas y no necesariamente dependientes de los progresos en la identificación de las trazas moleculares de los recuerdos. Todo y ser cierto que cata y olor pueden conllevar recuerdos intensos, no se puede decir, por ejemplo, que sean particularmente frondosas. En esta centelleante colección de pequeños ensayos, Lehrer defiende que los biólogos han menospreciado o ignorado todo aquello que Proust y otros artistas revelaron hace mucho tiempo.

Esta es su propuesta nuclear: «Cuando los neurocientíficos intentan diseccionar nuestros recuerdos para referirse a ellos como a una pandilla de moléculas que trabajan en lugares y circuitos del cerebro, no se dan cuenta que

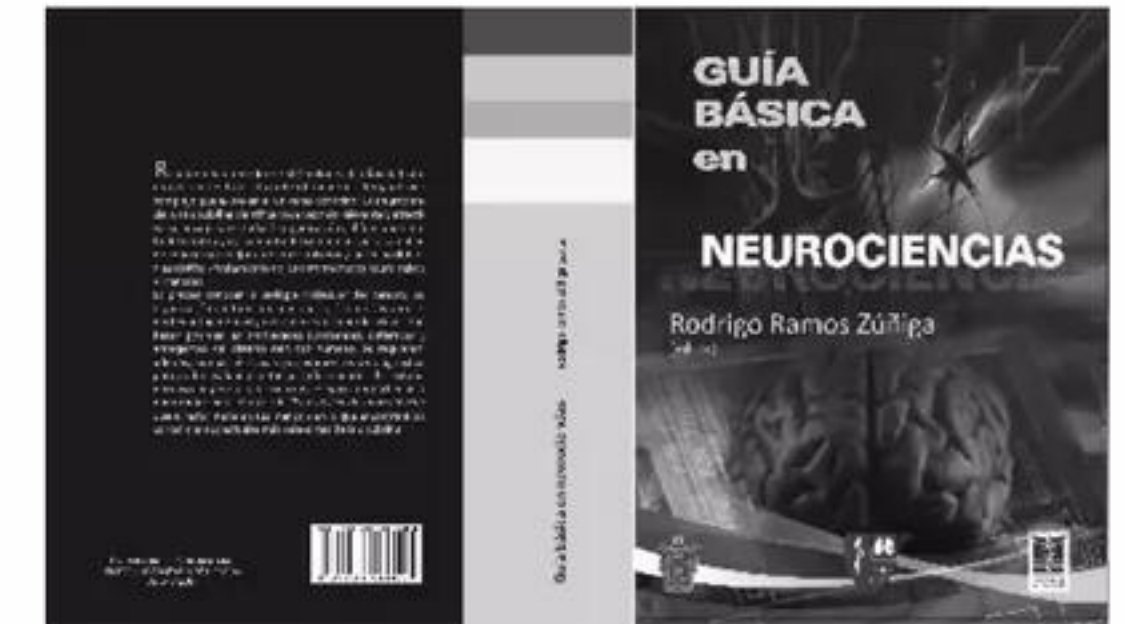




tan sólo resiguen las huellas dejadas por un novelista enfermizo, recluso y meticuloso.» El asunto, repitámoslo, no se restringe únicamente a Proust y a las sinuosidades o la volatilidad de los recuerdos. Según Lehrer, los científicos pretenden discernir un camino que la literatura, la música y la pintura del siglo XX exploró, con acierto y rendimientos excelentes. No solamente Proust enfocó los periscopios con precisión al hablar de la memoria, sino que Cézanne discernió vectores profundísimos sobre la elaboración de los escenarios visuales por parte del cerebro. Virginia Woolf, a su vez, se adentró con rigor en el enigma de la conciencia íntima y los atajos y fragmentos de la autopercepción, mientras que Gertrude Stein anticipaba también, con sutileza, las formulaciones chomskianas sobre el lenguaje y Stravinsky atrapaba los elementos esenciales que permiten la adaptación acústica a los sonidos que encontramos bellos aunque de entrada resulten chocantes o irritantes. La orgullosa neurociencia no habría hecho sino confirmar, de manera grosera y limitada, las hondas intuiciones de estos artistas.

Adolf Tobeña / Mètode 2011.

Presentación de la obra “Guía Básica en Neurociencias”



Una nutrida participación tuvo la presentación de la obra “Guía Básica en Neurociencias” en el salón internacional de la Feria internacional del libro, que celebra sus 25 años.

Este libro de texto, representa el trabajo colaborativo, entre expertos en neurociencias de Canadá, EUA, España, Colombia y México. La edición de la obra estuvo a cargo del Dr. Rodrigo Ramos Zúñiga, jefe del depto. de Neurociencias del CUCS, quién resaltó la relevancia del libro como texto, para lograr una impresión de accesibilidad a estos temas, por el lector. De hecho, el título fue elegido por los mismos estudiantes de pre y posgrado, quienes desde su origen, estuvieron también involucrados en este libro de 500 páginas.

La presentación fue presidida por el Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez, Rector del CUCS, y los contenidos fueron comentados por el Dr. Luis Miguel García Segura, formador de neurocientíficos y líder de una de las instituciones de mayor prestigio en Neurociencias, como es el Instituto Santiago Ramón y Cajal de Madrid, España. Hoy por hoy. La institución que guarda el legado y patrimonio que este científico heredó a la comunidad científica mundial. “ Esta obra, coordinada por el Dr. Ramos-Zúñiga, representa una importante contribución al abordaje y comprensión de los fenómenos básicos en neurociencias, no solo para los estudiantes, sino para los profesionales de estas áreas. En consecuencia, considero que es una de las obras que guardan un formato básico actualizado, con literatura de soporte y un enlace objetivo con las neurociencias aplicadas, que le dará una singularidad entre los textos de habla hispana”

El libro estará a disposición para todos los lectores a partir de enero, en el propio departamento de neurociencias del CUCS.

Proyecto de Investigación

Estimados colegas y dilectos amigos, profesores de Neurocirugía:

La presente lleva implícita una invitación a distribuir entre sus alumnos que cursan el último año de la licenciatura en medicina y el internado, y que hayan cubiertos sus cargas curriculares de la cátedra de neurocirugía, con la finalidad de colaborar en un proyecto de investigación educativa, de carácter multicéntrico, dirigido a los países latinoamericanos, que se complementará con otros datos europeos. El proyecto es muy simple y se basa en remitir el correo a sus departamentos de educación de sus respectivas universidades y que sus alumnos puedan contestar el cuestionario anexo en la dirección electrónica citada (Toma 5 minutos), mismo que se enviará directamente a una base de datos para su análisis estadístico. La información es totalmente confidencial, y pretende analizar la percepción de los alumnos de pregrado sobre la neurocirugía. Indirectamente nos permitirá analizar el impacto en la formación de recursos humanos en neurocirugía, en los distintos programas.

El proyecto está coordinado por su servidor Rodrigo Ramos-Zúñiga M.D. Ph. D. Miembro del comité de educación de la FLANC (México), por Shami Y Acharya - Bart's and The London School of Medicine and Dentistry y Yasir Chowdhury - Institute of Neurology, University College London.

La recepción de la información estará abierta hasta marzo de 2012.

PD: Invitation for a multicentric collaborative study in a neurosurgical education research project in spanish, for students and interns. Thanks!

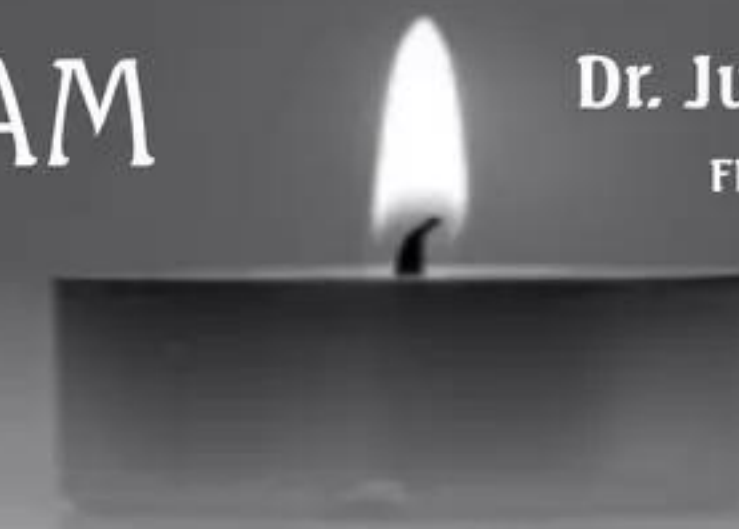
Kind regards.

<https://docs.google.com/spreadsheets/embeddedform?formkey=dG9kY041UXJ6dHIWNVRIWkJjX1ZkaGc6MA>

IN MEMORIAM

Dr. Juan Ignacio Olive y Urrutía

FEBRERO 24 DE 1924 - OCTUBRE 19 DE 2011.



Juan Ignacio Olive y Urrutía, nació en la Cd. de México D.F. el 24 de febrero de 1924, hijo del abogado Isaac Olive y la Sra. Mercedes Urrutía, residiendo en la Cd. de México, en donde cursa la carrera de medicina en la universidad nacional autónoma de México, titulándose en el año de 1949. Realiza su internado y residencia en cirugía general, en el hospital central de la cruz roja de 1950 a 1952. A partir de 1953, realiza la residencia en neurocirugía en la Mayo Clinic, y obtiene la maestría en ciencias neuroquirúrgicas por la universidad de Minnesota, en diciembre de 1956. Pasa a ser miembro de número de la sociedad "Sigma" de la Mayo Clinic. Ya en México D.F. inicialmente ejerce la neurocirugía institucional en el hospital central de la cruz roja mexicana, ingresando posteriormente desde su fundación, como neurocirujano del instituto de salud y seguridad social de los trabajadores del estado (ISSSTE), posteriormente ingresa como adscrito al servicio de neurocirugía, y ocupa el cargo de jefe del servicio de neurocirugía del Hospital 20 de noviembre. En esta institución siendo profesor del curso de postgrado de neurocirugía de la división de estudios superiores de postgrado de la UNAM, con sede en el mismo hospital, fue pionero de la micro neurocirugía en el país, usando el microscopio quirúrgico para la cirugía de aneurismas, resección de tumores, y abordajes transfenoidales de la hipófisis. Fue co-fundador del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, junto con los doctores: Horacio Martínez Romero, José Humberto Mateos Gómez, Daniel González González, Jesús López-Lira Castro, y José Ma. Sánchez Cabrera, igualmente forma parte de la Academia Mexicana de Cirugía.



Desde el año de 1986 en que se jubila, cambia su residencia a la Cd. de Celaya Gto, para dedicarse a la práctica privada, hasta su fallecimiento.

Durante su vida profesional manifestó su vocación educativa, a través de la formación de varias generaciones de neurocirujanos, mismos que hoy forman parte de distintas instituciones de salud en nuestro país. La Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica, valora su legado y le confiere a través de esta reseña un reconocimiento solidario.

Dr. Luis Felipe Martín del Campo.

Celaya, Guanajuato.


18-21 DE JULIO DE 2012
HOTEL VALLARTA PALACE
NUEVO VALLARTA
RIVERA NAYARIT

Cita: 011 33 1137 5444 137 9618
Dr. Rocio Revuelta
Dr. S. Rengachari, MD

XVII CONGRESO
Sociedad de Cirugía Neurológica de Occidente, AC
Capítulo Occidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica
Colegio Jalisciense de Neurocirugía

III Congreso
Sociedad de Neurocirujanos Universitarios AC



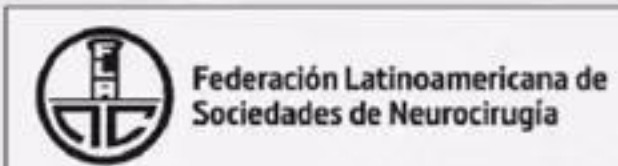
SOCIEDAD DE CIRUGÍA NEUROLÓGICA DE OCCIDENTE
www.scno.org.mx www.snu.org.mx

NUEVO VALLARTA
RIVERA NAYARIT
18-21 julio 2012

IX REUNION NACIONAL DE RESIDENTES DE NEUROCIRUGIA
"Controversia en Neurocirugía Pediátrica"
20 y 21 de Enero de 2012.
Salón Finestra PACHUCA, HGO.



SEMINARIO EN ACTUALIZACIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL



La Sociedad Panameña de Neurología y Neurocirugía ha tomado la iniciativa de realizar la reunión del capítulo de vascular de la FLANC en la Ciudad de Panamá los días 27 y 28 de Enero del 2012 (Hotel Marriott Panamá). Entre los temas a discutir se encuentran el manejo actual de los Aneurismas Cerebrales, Malformaciones Arteriovenosas y Enfermedad Vasculat Cerebral Isquémica. Contamos con expositores nacionales e internacionales. Tendremos representantes de la Federación Latinoamericana de Neurocirugía (FLANC) y de la Asociación Centroamericana de Neurocirugía (ASOCAN).

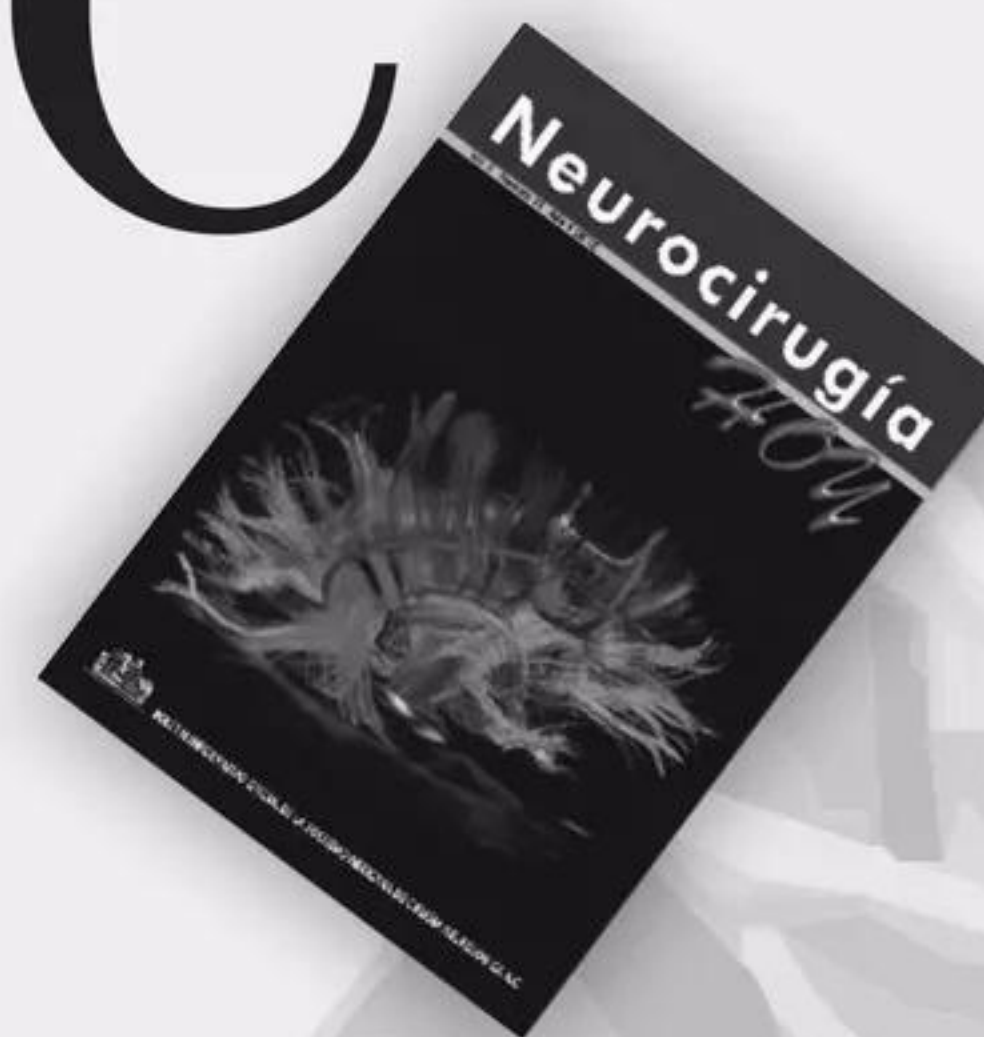


35° CONGRESO LATINO-AMERICANO DE NEUROCIRUGIA

31 DE MARÇO A 05 DE ABRIL DE 2012 | WINDSOR BARRA HOTEL
RIO DE JANEIRO - BRASIL | CENTRO DE CONVENÇÕES

HOME PRESIDENTE / COMISSÕES ORGANIZAÇÃO LOCAL CONVIDADOS PROGRAMAÇÃO SUBMISSÃO DE TRABALHOS INSCRIÇÕES CONTATO

Correspondencia



Nota editorial informativa:

El boletín *Neurocirugía Hoy*, es un órgano informativo de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica A.C. Las propuestas, resúmenes y comentarios deben ser dirigidos a la dirección electrónica:

rodrigorz13@gmail.com

Toda la información vertida, es responsabilidad de su autor, y es emitida bajo criterios bioéticos y libre de conflictos de interés, de carácter comercial o financiero. Deberá contener nombre, cargo, dirección, teléfono y e-mail. Formato de una cuartilla párrafo sencillo, arial 12, con margen de 3cm. a ambos lados. 1 figura por artículo en formato digital (jpg). Referencias bibliográficas básicas, cuando lo amerite el texto.

El autor deberá firmar una carta de cesión de derechos y autorización para impresión.

Derechos reservados.

SEP-indautor 04-2009-11 1808485800-0

Editado en el Departamento de Neurociencias. CUCS. Universidad de Guadalajara

Diseño: Norma García.

Impresión: Servicios Gráficos.

Tiraje: 400 ejemplares.

Neurocirugía Hoy surge en el 2008, e inicia su quinto año de edición consecutiva gracias a la aceptación de la comunidad neuroquirúrgica. Nos congratulamos que posterior a la gestión para insertarse en Surgical Neurology International se abrió una sección que ahora contiene la revista de la FLANC, Russian Neurosurgical Journal y contribuciones societarias de Paquistán, Argentina, India, Brasil, Colombia, Chile y España.