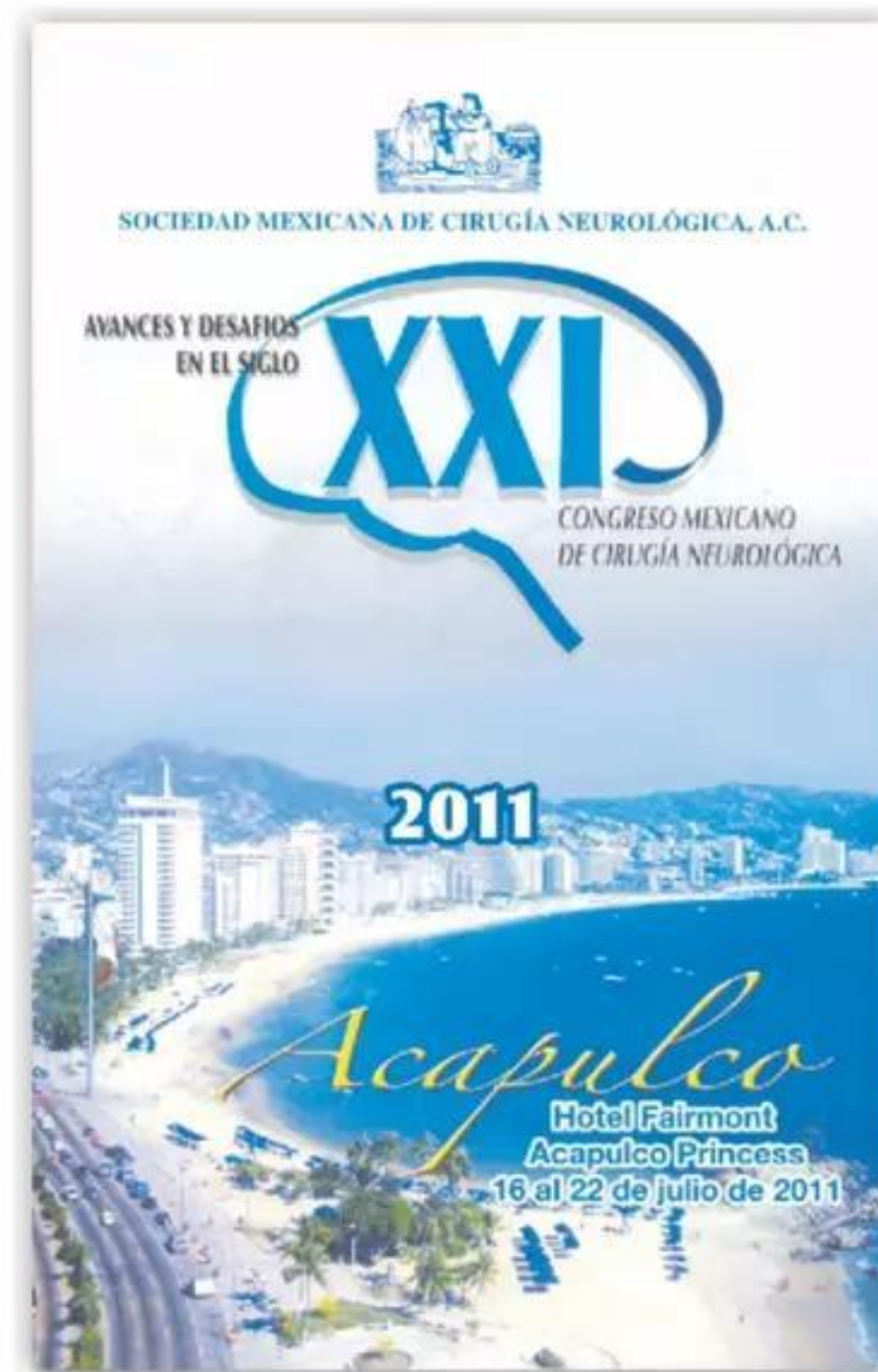


iLlegó!
XXI Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica
16 al 22 de Julio de 2011



**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 9 Año 3 (2011)

HOY



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



Tamargo/Subk. Separación de la Luz de la Oscuridad. **Miguel Angel**. Capilla Sixtina
Neurosurgery Abril 2011.



**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



Directorio

Mesa Directiva 2009-2011

Presidente

Dr. Gerardo Guinto Balanzar

Vicepresidente

Dr. Alfonso Marx Bracho

Secretario

Dr. Blas Ezequiel López Félix

Prosecretario

Dr. Leopoldo Herrera Gómez

Tesorero

Dr. Fernando Chico Ponce de León

Protesorera

Dra. Fabiola Peralta Olvera

Vocales

Dr. Antonio Guapo Mendoza

Dr. Francisco Javier López Vega

Dr. Angel R. Martínez Ponce de León

Dr. Manuel Hernández Salazar

Dr. Aldo F. Hernández Valencia

Dr. Francisco Ramos Sandoval

Editor

Dr. Rodrigo Ramos Zúñiga

Presidentes de Sección

Cirugía Cerebro - Vascular

Dr. Raúl Neri Alonso

Cirugía de Columna

Dr. Roberto Hernández Peña

Neurocirugía Funcional y Estereotáctica

Dr. Ricardo H. Valenzuela Romero

Neuroendoscopia

Dr. Luis Felipe Gordillo Domínguez

Neurocirugía Pediátrica

Dr. José Reyes de la Cruz Morales

Neuro-Oncología

Dr. Roberto Castillo Serrano

Neuro - Traumatología

Dr. Rubén Acosta Garcés

Radiocirugía y Radioterapia Estereotáctica

Dr. Sergio Moreno Jiménez

índice

ARTICULO/ENTREVISTA

NEUROINTENSIVOS

Pág. 5

Educación en neurocirugía

Pág. 6



EVENTOS ACADEMICOS Y NOTICIAS

Pág. 22



ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pág. 8



Editorial

La neurocirugía
en emergencias sociales Pág. 3

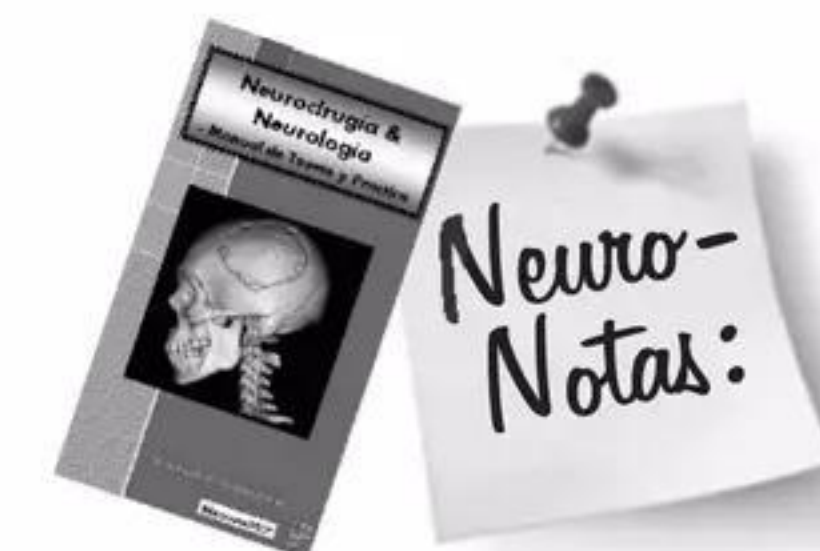


Pág. 18

CIENCIA Y ARTE

El Cocoliztle Pág. 16

(Amillo Golpe - I. Amun Capel) Pág. 17



Pág. 14



Correspondencia

Pág. 24



La neurocirugía en emergencias sociales

Muchas experiencias de aprendizaje en la medicina y la cirugía, han ocurrido después de eventos críticos como las revoluciones sociales, las epidemias, o las guerras. El análisis retrospectivo ha sido un instrumento clave para hacer cambios de conducta y determinar el valor de los criterios que realmente son útiles en la toma de decisiones.

La neurocirugía traumática como ejemplo, ha avanzado en el conocimiento y la implementación de estrategias ante los eventos agudos, a partir de estos eventos críticos, en donde el volumen alto de pacientes, la inercia, y la necesidad, determinan nuevas posturas en el tratamiento neuroquirúrgico y su manejo intensivo.

Sin embargo tanto en los diseños de estudios, como en las estrategias de acción prospectivas, aún tenemos serias limitaciones. Este llamado de atención debe ser considerado como tal para la comunidad neuroquirúrgica, en el sentido de reconocer nuestra limitada capacidad de conjunto para tomar decisiones de consenso ante potenciales catástrofes que atenten contra la salud pública. No nos referimos a las enfermedades emergentes, o a los perfiles epidemiológicos en función a los cambios poblacionales. Debemos proponer a discusión, nuestra capacidad de acción ante desastres no predecibles; pero si previsibles.

Los recientes eventos sísmicos en distintos lugares en el mundo, tsunamis, catástrofes derivadas del cambio climático o crisis radioactivas, además de los conflictos violentos en distintos lugares del mundo, nos deben poner en alerta en referencia a nuestra capacidad de reacción. Los ejemplos de lo ocurrido recientemente en Haití, Chile, y Japón, dio lugar a una serie de acciones solidarias de los neurocirujanos en todo el mundo, mismas que se han traducido en nuevas evidencias de aprendizaje para la toma de decisiones colegiadas, ante eventos de esta naturaleza. La misma experiencia vivida en la ciudad de México en 1985, nos debe remontar a este proceso. Documentos, estudios, cursos de entrenamiento, guías de

manejo, algoritmos y diagramas de flujo, han surgido en las sociedades organizadas, para afrontar más allá de los simulacros eventuales, las reales emergencias neuroquirúrgicas.

Las sociedades científicas y con vocación académica, con su liderazgo requieren lanzar sus campos de acción en áreas más amplias y de mayor impacto (mas allá de un quirófano), y configurarse como actores sociales que a través de estrategias en equipos disciplinarios, puedan ofrecer recomendaciones y acciones a la comunidad en un caso de emergencia pública. Es recomendable estar preparados para ello.

Problemas	Acciones
No se cuenta con estrategias colegiadas o de equipo en el caso de emergencias ante desastres naturales.	Es necesario socializar, promover y diseñar estrategias para ello. Se deben reactivar los simulacros de aprendizaje.
No se tiene una formación curricular e pregrado ni especialidad que atienda de forma específicos este tipo de emergencias a la población.	Se debe considerar su inserción en los programas de estudio de licenciatura, especialidad y postgrado, además de fortalecer las habilidades para trabajar en equipo.
No se identifican los liderazgos para el trabajo conjunto en caso de desastres naturales. Falta profesionalización.	Las sociedades científicas y las instituciones de salud y formadoras de recursos humanos, deben fortalecer su comunicación con los grupos sociales que laboran en emergencias, para apoyarles en su profesionalización y definir guías de acción.
Se carece de algoritmos específicos y rutas críticas para la toma de decisiones en conjunto en el caso de emergencias comunitarias.	Las sociedades científicas e instituciones académicas, pueden apoyar con sus expertos en definir las medidas básicas y el chequeo de elementos materiales y humanos necesarios para ello.
Los profesionales capacitados para atender emergencias, trabajan de forma aislada y su actividad no impacta en las decisiones globales.	A través de sus cuerpos colegiados, es conveniente que se tengan estrategias de grupo, que permitan tomar acciones en conjunto. De tal forma que su organización tenga una mayor impacto y beneficio en la comunidad.





Una de las asociaciones profesionales más exitosas ha sido sin duda, la que se identifica en las unidades de cuidados intensivos. Y para aquellos que tiene el privilegio de contar con unidades de neurointensivos, con personal calificado para ello, el beneficio es mayor. Primero para el paciente, y luego para la optimización de las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

En distintos foros se ha discutido, la pertinencia y la necesidad de formar recursos humanos calificados en cuidados neurointensivos. Recientemente esta propuesta a cobrado vigencia, derivado del análisis aportado por el Dr. Antonio Carmona Suazo, destacado neurointensivista Mexicano y por el Dr. Adrew Mass, experto en neurotrauma.

La necesidad del monitoreo básico y multimodal, ha cobrado cada vez mayor importancia para identificar los elementos de riesgo en un paciente neurológico y poder sustentar las decisiones basadas en evidencias objetivas. Algo tan elemental como medir la presión arterial para identificar a un hipertenso, representa el esquema que justifica la decisión de monitorear al menos la presión intracraneal (PIC) en un paciente traumático. La objetividad del monitoreo, permite tomar decisiones claras y oportunas, no solo en el manejo médico, sino también en las decisiones neuroquirúrgicas puntuales. Particularmente en lo referente a la posibilidad de craniectomía descompresiva oportuna, cuando el aumento de la PIC, es refractaria al tratamiento convencional. Las evidencias han demostrado que esta estrategia reduce la presión intracraneal, además de la duración del soporte ventilatorio y de la estancia en UCI. Los resultados a los 6 meses evaluados a través de la escala extendida de Glasgow para seguimiento neurológico son controversiales (1).

Tal vez sea momento en que tengamos que formar personal experto dedicado a neurointensivos, con la finalidad de disminuir los errores en la toma de decisiones y tener un monitoreo más fidedigno, que depende sobre todo del personal con juicio crítico y no de un aparato o aparatos de monitoreo multimodal señala el Dr. Mass. El Dr. Carmona, avala la posibilidad y la urgencia de que se puedan formalizar en un futuro programas de especialidad con aval universitario para neurointensivistas. Esto sin duda, fortalecerá los cuidados del paciente neurológico en agudo.

Adicionalmente, hoy en día esto tiene más relevancia, al identificar que la patología en neurotrauma, la lesión axonal, el edema y toda la cascada fisiopatológica postraumática secundaria y terciaria, determinan que el trauma de cráneo se ha convertido por su impacto en el encéfalo, en una enfermedad evolutiva y no sólo en un evento transversal. Existen suficientes evidencias para determinar que particularmente en el caso del traumatismo repetitivo, se presentarán cambios de deterioro estructural y funcional con un carácter progresivo.

1) Cooper J, Rosenfield J. y cols. Decompressive craniectomy in diffuse traumatic brain injury. NEJM. March, 25, 2011.



Educación en neurocirugía

Hoy por hoy, las presentaciones en power point representan una de las herramientas más frecuentemente utilizadas en ciencias médicas para transmitir conocimientos en foros específicos. Si bien, la literatura médica escrita y en medios informáticos es lo más común para mantenerse actualizados, en el caso de los congresos se recurre a distintas modalidades metodológicas para favorecer a la divulgación de un conocimiento y promover la discusión y análisis.

En consecuencia es conveniente que quien va a presentar una sesión o conferencia, atienda a algunas recomendaciones prácticas, que le ayuden a lograr su objetivo.

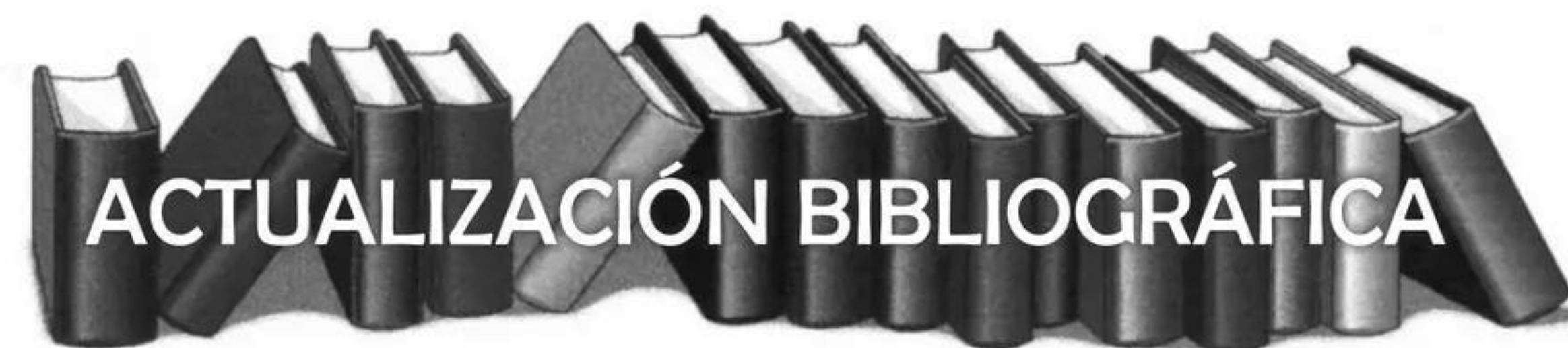
- 1) Defina el mensaje clave que desea transmitir.
- 2) Identifique y señale los argumentos que respaldan su mensaje (sin entrar e abrumadores detalles de datos, referencias bibliográficas o estadísticas).
- 3) Sea receptivo al tipo de auditorio y a las reacciones el público.

Recomendaciones en función al tiempo asignado.

Uno de los fallos más frecuentes, se relaciona con la falta de respeto a los tiempos asignados para cada presentación. Esta condición, puede tener un impacto desfavorable en su presentación, por más interesante que crea que son sus contenidos para el público. Adicionalmente denota falta de respeto al tiempo de los otros ponentes. Es por ello recomendable atender a los siguientes criterios:

- 1) Ajuste su presentación al tiempo establecido, para que logre en ese tiempo transmitir su mensaje clave.
- 2) Señale al inicio brevemente a manera de índice, lo que tratará en su conferencia.
- 3) Privilegie los puntos más relevantes.
- 4) Es mejor que sea corta y clara, a extenuante y confusa.
- 5) Procure centrarse en la idea principal, y no concentrar varias conferencias en una presentación.
- 6) Ubique las diapositivas principales y elimine las redundantes.
- 7) Haga ensayos previos en el tiempo, y su congruencia con la disertación.
- 8) De tiempo para agradecer al principio y al final.
- 9) Verifique la compatibilidad técnica y haga pruebas previas con los medios informáticos.

- 10) Tenga un plan B, en caso de fallo técnico. ¿ Podría desarrollar el tema aún sin diapositivas?
 - 11) Recuerde que para cautivar a su público y transmitir el mensaje, depende más de su convicción y seguridad, que de una imagen.
 - 12) Reconozca los créditos en sus contenidos.
 - 13) La diapositiva básica:
 - a) Una idea por diapositiva con fondo claro y simple.
 - b) Sea selectivo en las palabras.
 - c) No use demasiadas líneas ni contenidos.
No es recomendable la escritura vertical.
 - d) No más de dos tamaños de letra por diapositiva.
 - e) Use mayúsculas y minúsculas.
- Ø Loud and clear: How to prepare and deliver effective business and technical presentations. Reading MA: Addison-Wesley publishing company, 1977.
- Ø Como hacer presentaciones. Harvard Business Press. Boston. 2010.



REVISION DE ARTÍCULOS

PAPEL DEL DRENAJE CONTROLADO DE LCR PARA CONTROL DE LA PRESION INTRACRANEAL(PIC) EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) ANEURISMÁTICA.

(Role of controlled lumbar CSF drainage for ICP control in aneurysmal SAH)

Murad A, Ghostine S, Colohan AR.

Department of Neurosurgery, Loma Linda University Medical Center, 11234 Anderson Street, Rm. 2562-B, Loma Linda, CA 92354, USA. amurad@llu.edu

Este artículo trata acerca de un estudio prospectivo de drenaje de LCR para control de PIC refractaria a manejo médico y ventriculostomía, del cual se ha generado recientemente datos que indican que podía ser una intervención efectiva y segura.

El estudio constó de 6 pacientes con PIC elevada secundaria a ruptura de aneurisma a quienes se les colocó drenaje lumbar de LCR, cuando a pesar de estar manejados con sedación, ventriculostomía, hiperventilación leve ($pCO_2 = 30-35$), y terapia hiperosmolar ($Na = 150-155$), la PIC continuaba elevada por arriba de 20mmHg

Después de la colocación de dren lumbar, la PIC se redujo de $30.2 \text{ mmHg} \pm 6.7$ a $9.7 \text{ mmHg} \pm 7.4$, con una disminución promedio de $20.5 \text{ mm H}_2\text{O}$ ($P < 0.001$), sin cambios significativos en la presión de perfusión cerebral. Conjuntamente, las demás medidas para disminución de PIC, terapia con solución hipertónica salina y/o bolos de manitol así como sedación fueron disminuidos. No hubo incidencia de infección del CNS o herniación cerebral.

Los resultados anteriores llevaron a los autores a la conclusión de que el drenaje lumbar controlado es un método seguro, eficaz y mínimamente invasivo para el tratamiento efectivo de PIC elevada refractaria a tratamiento médico. Cabe destacar que siempre se realizó ventriculostomía antes de este método, con el objetivo de disminuir la probabilidad de herniación cerebral. Por lo cual

CI=1.15-3.34), y mayor duración de la epilepsia (>11 y vs. ≤ 11 y; P=0.02; HR=1.75; 95% CI=1.09-2.81). La localización cortical del foco epiléptico no fue asociada con el éxito de la disminución de MAE.

Por lo que en pacientes adultos sometidos a resección quirúrgica por epilepsia refractaria a tratamiento médico, el factor que influyó más para mantenerlos libres de convulsiones fue la disminución de la dosis y retiro de MAE después de más de 9 meses postquirúrgicos. En tanto que los factores de riesgo asociados con mayor recurrencia de crisis fueron una duración mayor de la epilepsia, imagen por RM normal preoperatoria y convulsiones postoperatorias antes de iniciar la discontinuación de MAE pero no la localización cortical del foco epiléptico. *Neurologist*. 2011 May;17(3):176-8.

DOPPLER TRANSCRANEAL COMO MÉTODO DE TAMIZAJE EN LA ADMISIÓN DE PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA LEVE A MODERADO

(Transcranial Doppler to Screen on Admission Patients With Mild to Moderate Traumatic Brain Injury)

Bouzat P, Francony G, Decléty P, Genty C, Kaddour A, Bessou P, Brun J, Jacquot C, Chabardes S, Bosson JL, Payen JF.

Department of Anesthesia and Critical Care, Albert Michallon Hospital, Grenoble, F-38000 France; Division of Biostatistics, Albert Michallon Hospital, Grenoble, F-38000 France; Department of Emergency Medicine, Albert Michallon Hospital, Grenoble, F-38000 France; Department of Radiology, Albert Michallon Hospital, Grenoble, F-38000 France; and Department of Neurosurgery, Albert Michallon Hospital, Grenoble, F-38000

Detectar a pacientes con riesgo de deterioro neurológico secundario(DNS) después de un lesión cerebral traumática leve a moderado es complicado, para lo cual los autores proponen evaluar la eficacia diagnóstica del doppler transcranial (DTC) como método de cribado en la admisión de dichos pacientes por medio de un cohorte prospectivo y observacional, el cual incluyó 98 pacientes con un Glasgow inicial de 9/15 puntos, en los que la tomografía computada (TC) hubo ausencia TCDB I o lesión leve de acuerdo a la clasificación del Trauma Coma Data Bank (TCDB), TCDB I y TCDB II, respectivamente. El pronóstico neurológico fue revalorado a los 7 días en todos los pacientes. De los 98 pacientes, 21 mostraron DNS(disminución ≥ 2 puntos de la puntuación Glasgow inicial o requiriendo

los autores proponen incluir el drenaje lumbar controlado de LCR como parte del protocolo estándar para manejo de PIC elevada. *Acta Neurochir Suppl*. 2011;110(Pt 2):183-7.

TIEMPO ADECUADO PARA EL RETIRO DE MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICOS POSTERIOR A RESECCIÓN QUIRÚRGICA NEOCORTICAL EN PACIENTES EPILÉPTICOS ADULTOS: UN TEMA EVALUADO CRITICAMENTE.

(Timing of antiepileptic drug withdrawal in adult epilepsy patients after neocortical surgical resection: a critically appraised topic)

Ziemba KS, Wellik KE, Hoffman-Snyder C, Noe KH, Demaerschalk BM, Wingerchuk DM.

Departments of Neurology and Library Services, Mayo Clinic, Scottsdale Division of Education Administration, Mayo Clinic, Phoenix, AZ.

Los autores realizan una evaluación crítica sobre la evidencia de los factores que influyen el relapso de crisis convulsivas después de la disminución de la dosis y retiro de medicamentos antiepilepticos(MAE) en pacientes adultos sometidos a cirugía de epilepsia, debido a que el tiempo apropiado para esto aún no se encuentra claro

Dicha evaluación se realizó desarrollando una estructura la cual incluyó un escenario clínico, preguntas organizadas, estrategia en búsqueda de referencias bibliográficas, evaluación crítica, resultados, resumen de la evidencia, comentarios, y conclusiones. Tratantes y residentes de neurología, así como un bibliotecario médico, epidemiólogos clínicos y un experto en epilepsia fungieron como participantes de este estudio. Dicho personal realizó una búsqueda estructurada la que llevo a un estudio retrospectivo de cohorte de selección crítica y evaluación. De 147 pacientes, de los cuales se les fueron retirando gradualmente medicamentos antiepilepticos después de la cirugía, 61 (41.5%)estuvieron libres de crisis convulsivas sin MAE, 47 (32%) No presentaron crisis convulsivas utilizando MAE y 39 (26.5%) continuaron presentando crisis convulsivas aún con MAE. Los factores de riesgo asociados con la recurrencia de convulsiones fueron: menor tiempo de para iniciar la reducción dosis de MAE [<9 meses vs. ≥ 9 meses; P<0.001; hazard ratio (HR)=2.83; 95% intervalo de confianza (CI)=1.62-4.94), recurrencia de convulsiones antes de la reducción de MAE (P=0.002; HR=2.43; 95% CI=1.37-4.31], imágenes por RM normales preoperatorias (P=0.01; HR=1.96; 95%

algún tratamiento para el deterioro neurológico). Las medida de la velocidad de flujo diastólico cerebral así como del índice de pulsatilidad fueron diferentes en pacientes con y sin DNS. Utilizando un análisis de características receptoras-operativas, se encontró que la velocidad de flujo diastólico cerebral de 25 cm/s como el umbral más apropiado (sensibilidad, 92%; especificidad, 76%; área por debajo de la curva, 0.93) y 1.25 de índice de pulsatilidad (sensibilidad, 90%; especificidad, 91%; área por debajo de la curva, 0.95). De acuerdo a un análisis partición-recursiva, la clasificación de TCDB y las medidas por DTC fueron las variables mas discriminativas para detectar a pacientes con riesgo de desarrollar DNS.

Por lo que los autores concluyen que en pacientes con lesión neurológico no severo demostrado por TC, después de una lesión cerebral leve a moderada traumática, el DTC en admisión junto con TC podrían servir como medios de cribado apropiados para detectar paciente con riesgo de desarrollar DNS. Neurosurgery. 2011 Feb 9. [Epub ahead of print]

TROMBÓLISIS INTRA-ARTERIAL O COLOCACIÓN DE STENT DURANTE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR CON MAYOR TASA DE RECANALIZACIÓN EN ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO

(Intra-arterial thrombolysis or Stent Placement during Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke Leads to the Highest Recanalization Rate: Results of a Multi-center Retrospective Study)

Gupta R, Tayal AH, Levy EI, Cheng-Ching E, Rai A, Liebeskind DS, Yoo AJ, Hsu DP, Rymer MM, Zaidat OO, Lin R, Natarajan SK, Nogueira RG, Nanda A, Tian M, Hao Q, Abou-Chebl A, Kalia JS, Nguyen TN, Chen M, Jovin TG.

Emory University School of Medicine, Marcus Neuroscience and Stroke Center, Grady, Memorial Hospital, Atlanta, GA; The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, OH; Allegheny General Hospital, Pittsburgh, PA; SUNY Buffalo, Buffalo, NY; University of West Virginia, Morgantown, WV; for the UCLA Revascularization Investigators and UCLA Stroke Investigators, University of, California Los Angeles, Los Angeles, CA; Massachusetts General Hospital, Boston, MA; University Hospitals, Cleveland, OH; Saint Luke's Brain and Stroke Institute, Kansas City, MO; Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI; Stroke Institute, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA; University of Louisville Medical Center, Louisville, KY; Boston University School of Medicine, Boston, MA; Rush University Medical Center, Chicago, IL.

La terapia de reperfusión para ataque cerebrovascular isquémico agudo (ACVIA) está evolucionando rapidamente con el desarrollo de múltiples modalidades endovasculares que pueden ser usadas solas o en combinación, y este trabajo se centra en determinar cuáles de esas medidas, farmacológicas o mecánicas, pueden asociarse para lograr una mayor tasa de recanalización.

Los autores realizaon in cohorte de 1122 pacientes con ACVIA de la circulación anterior, tratados en 13 centros especializados para ataques cerebrovasculares, bajo terapéutica intra-arterial (IA) dentro de las primeras 8 horas de inicio de síntomas, recabando Información demográfica, escala de ictus del NIH (NIHSS) al ingreso, tratamientos mecánicos y farmacológicos usados, grado de recanalización y complicaciones hemorrágicas.

La edad media de los pacientes fue de 67±16 años y la media de NIHSS fue 17. Los lugares de la oclusión arterial previos al tratamiento fueron: M1 ACM 561(50%), carótida terminus 214(19%), M2 ACM 171(15%), oclusiones en tandem 141(13%), y oclusión aislada extracraneal de ACI 35(3%). Las intervenciones terapéuticas incluyeron terapia multimodal en 584(52%) pacientes, terapéutica farmacológica sola en 264(24%) pacientes y tratamiento mecánico solo en 274(24%) pacientes. Los pacientes tratados con terapia multimodal tuvieron una tasa de recanalización TMI 2 o 3 significativamente más alto (435 pacientes, [74%]) comparado con tratamiento farmacológico solo (160 pacientes, [61%]) o tratamiento mecánico solo. (173 pacientes, [63%]), p<0.001. En un modelo binario de regresión logística, se utilizaron predictores independientes de recanalización TIMI 2 o 3: uso de trombolíticos IA, OR 1.58[1.21-2.08], p<0.001 y colocación de stent 1.91[1.23-2.96], p<0.001.

Con lo anterior, los autores proponen que la terapia multimodal tiene un tasa de recanalización significativamente más elevada comparada al tratamiento farmacológico o mecánico solo. Dentro de las modalidades individuales, la colocación de stent o el uso de trombolíticos IA incrementan la probabilidad de recanalización. Neurosurgery. 2011 Feb 16. [Epub ahead of print]

CANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN LESIÓN CEREBRAL TAUMÁTICO DIFUSO

(Decompressive craniectomy in diffuse traumatic brain injury.)

Cooper DJ, Rosenfeld JV, Murray L, Arabi YM, Davies AR, D'Urso P, Kossmann T, Ponsford J, Seppelt I, Reilly P, Wolfe R; DECRA Trial Investigators; Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group.

No está claro si la craneotomía descompresiva mejora el pronóstico funcional en pacientes con lesión cerebral traumático severo y elevación de la PIC refractaria.

De diciembre de 2002 a abril de 2010 se asignaron aleatoriamente a 155 adultos con lesión cerebral severa difusa e hipertensión intracraneal que fue refractaria a terapias de primera elección y que se tuvo que utilizar craneotomía bifrontotemporoparietal o cuidados médicos estándar. El pronóstico original primario fue desfavorable(muerte, estado vegetativo o discapacidad severa), el cual fue analizado con una escala de Glasgow extendida a los 6 meses después de la lesión.

Pacientes en el grupo de la craneotomía, en comparación con el grupo de cuidados estándar, tuvieron menos tiempo con presiones intracraneales por encima del umbral de tratamiento ($P < 0.001$), menos intervenciones para tratar PIC elevada ($P < 0.02$ en todas las comparaciones), y menos días en la unidad de terapia intensiva (UTI) ($P < 0.001$). Sin embargo, pacientes sometidos a craneotomía tuvieron peores puntajes en la escala extendida de Glasgow (el odds ratio de un peor pronóstico en el grupo de craneotomía, 1.84; 95% intervalo de confianza [CI], 1.05 to 3.24; $P = 0.03$) y un mayor riesgo de sufrir un pronóstico desfavorable(odds ratio, 2.21; 95% CI, 1.14 to 4.26; $P = 0.02$). La tasa de muerte a los 6 meses fue similar en el grupo de craneotomía (19%) y el grupo de cuidados médicos estándar (18%), de estos datos los autores concluyen que en adultos con lesión cerebral traumática severa e hipertensión intracraneal refractaria, la craneotomía bifrontotemporoparietal descompresiva temprana temprana disminuye la presión intracraneal y el tiempo de estancia en UTI, pero se asocia con mayor riesgo de pronóstico desfavorable.. N Engl J Med. 2011 Apr 21;364(16):1493



Siringomielia

Siringobulbia

Hidromielia

Siringomielia: Presencia de líquido en la cavidad (siringo) en parénquima medular, que puede extenderse a varios segmentos. Puede estar separada o comunicada con el canal central medular.

Siringobulbia: Extensión rostral e la siringomielia al tallo cerebral.

Hidromielia: Dilatación del canal central endimario de la médula espinal. Modifica la anatomía de la médula espinal y casi siempre se comunica con el IV ventrículo.

Condiciones asociadas con siringomielia	
Chiari tipo I y II. Dandy walker	Siringomielia idiopática se asocia en el 90% de los casos con Chiari I.
Anormalidades de la unión craneovertebral	Invaginación basilar, fosa posterior reducida, alteraciones del Atlas.
Inflamación aracnoidea (basilar o espinal)	Meningitis, HSA, infecciones, anestesia epidural, mielografía, cirugía espinal.
Lesiones con efecto de masa	Quiste aracnoideo espinal, lipomas espinales, quiste neuroentérico.
Trauma medular	3% de traumatismo medular severo.
Tumores medulares	25-60% de tumores intramedulares, V. hippel Lindau. Neurofibromatosis.
Tumores de foramen magno, mavs espinales, Disrafia espinal oculta.	

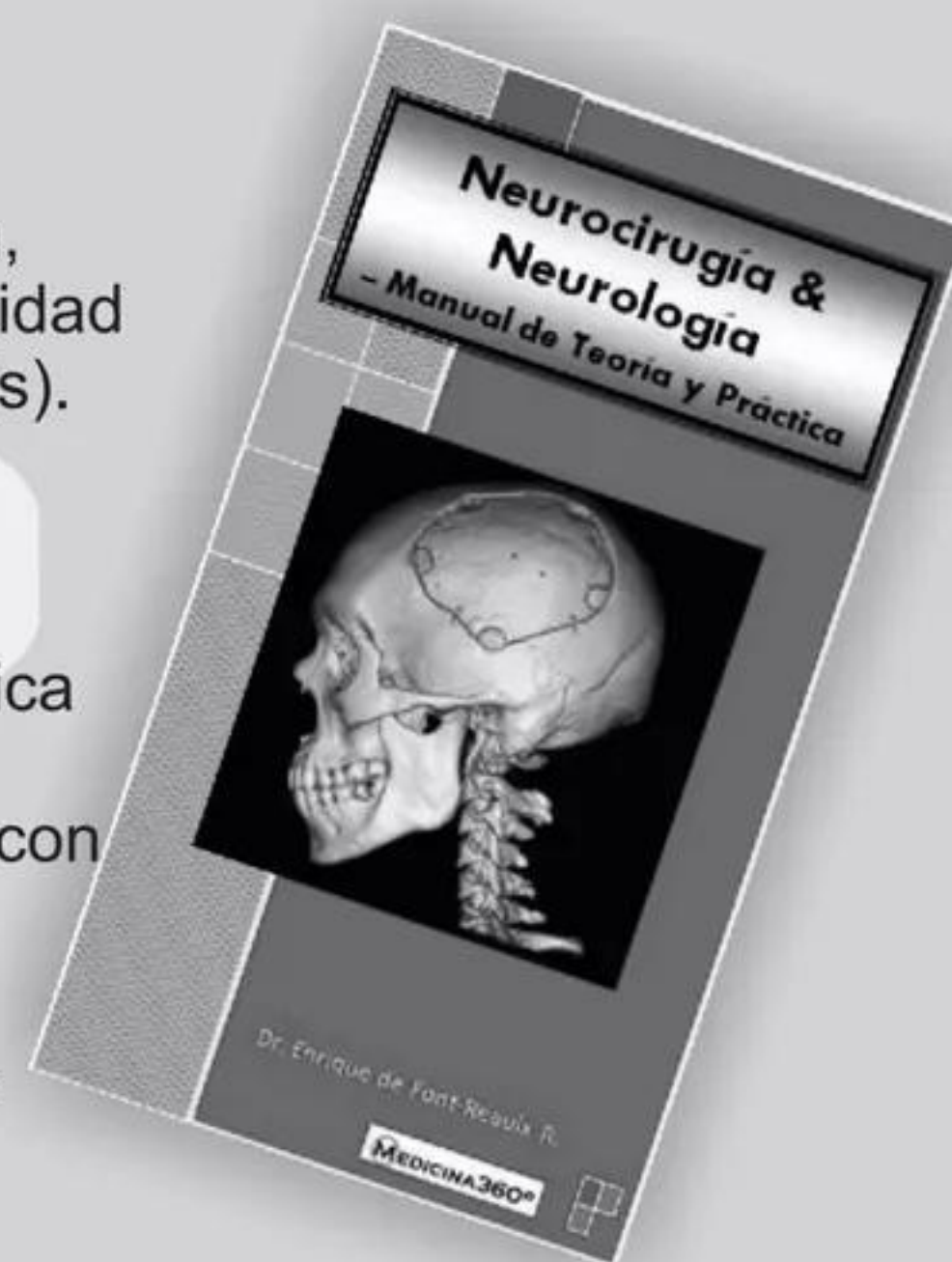
**Clasificación de Marshall / TAC,
en trauma de cráneo.**

Categoría	Cisternas	Desviación Línea Media	Lesión ocupativa
Daño difuso I	Normales	Normal	No
Daño difuso II	Presentes	0-5 mm	< 25 cc
Daño difuso III	Comprimidas o ausentes	0-5 mm	< 25 cc
Daño difuso IV	Comprimidas o ausentes	>5mm	< 25 cc
Lesión ocupativa evacuada			
Lesión con efecto de masa			>25 cc

Samandouras G. The neurosurgeons Handbook. Oxford University Press. 2010.

Perlas clínicas.

- **Triada de Voigt:** Se constituye por epilepsia, adenoma sebáceo y retardo mental en la entidad denominada esclerosis tuberosa (facomatosis). Enfermedad autosómica dominante (cromosoma 9).
- **Síndrome CADASIL:** Arteriopatía autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía. Puede estar relacionada con el gen Nocht 3. Hay múltiples infartos y demencia.
De Font Reaulx E. Neurocirugía/Neurología. Medicina 360. 2010



CIENCIA Y ARTE



El Cocoliztle en la época prehispánica.



Hasta la epidemia de 1545, estas eran identificadas sin gran problema, especialmente por la escuela española con tradición médica árabe. Tal era el caso de las fiebres eruptivas como el sarampión y la viruela.

Sin embargo los historiadores encontraron en los textos, solo el término de cocoliztle, palabra Náhuatl que era empleada para denotar cualquier enfermedad epidémica. Para otros autores se podía tratar de una enfermedad rara y desconocida, de la que no había evidencias documentales. Fernández del Castillo se inclinó a pensar en la hipótesis del tifo, que pudo haberse complicado con influenza, tifoidea y viruela.

Las epidemias de 1545 y de 1576 pudieron haber tenido el mismo contexto, pensando además en la posibilidad de peste bubónica en su forma hepato-neumónica. La semejanza en la descripción de los cuadros con: Fiebre, dolor de cabeza, hemorragias por nariz, boca y ano fueron comunes en ambas epidemias. El hecho es que los médicos indígenas identificaron a los cocoliztles de 1545 y 1576 como una misma enfermedad, y le dejaron ese nombre específico, en función a la gravedad con la que se habían presentado. Término que hasta entonces se había usado de forma genérica.

R. Cortés Riveroll y cols. Textos clásicos de Medicina I. BUAP. Puebla, 2007.

CIENCIA Y ARTE

En 1873, el mismo año en que Santiago R. y Cajal obtenía su grado médico, Camilo Golgi desarrollaba en su laboratorio un método histológico que mejoraba la capacidad de observar el microentorno del sistema nervioso. Para esta fecha se habían desarrollado algunos métodos químicos, por lo que después de varios intentos y fracasos, Golgi definía un método que consistía en un proceso de inmersión prolongada del tejido cerebral en una solución de Nitrato de Plata (De forma parecida al proceso fotográfico). Los primeros hallazgos condujeron a identificar la neurona y una red de hilos o fibras, que sustentó el concepto “reticular” propuesto por Golgi. Su visión solo le permitió proponer una teoría de que el sistema nervioso era una sólida red de fibras, y logró demostrar con evidencias una tenencia que algunos estudiosos del sistema nervioso habían señalado de forma teórica. Pese a que vio algunas prolongaciones finas en las dendritas, no les dio importancia y consideró que solo se trataba de elementos de soporte y cierta función nutritiva.

Camillo Golgi



S. Ramón Cajal

Cajal a su vez usando una metodología similar y siendo más persistente que Golgi, identificó también estas espinas dendríticas, y a diferencia de su predecesor consideró que estos elementos eran relevantes para el principio de la transmisión nerviosa. De esta forma, se ha deliberado mucho acerca de la rivalidad entre los líderes en neurociencias, hecho que no es remoto en estos escenarios. Hay quienes consideran que la técnica y la sustentación del método se deben a C. Golgi, sin embargo el mérito de Ramón y Cajal, es que vio, lo que Golgi no vio, y eso fue suficiente no solo para hacer la diferencia entre ellos, sino para modificar el paradigma acerca de la microestructura cerebral y su transmisión. Este término se acuñó posteriormente como sinapsis, con los trabajos subsecuentes de Sherrington en Oxford.

Un ejemplo parecido en referencia a la habilidad para observar lo que otros no han visto, se ejemplifica en la historia de “TAN”, el paciente con afemia que se mantuvo por periodos prolongados en el hospital, ante la inercia del personal médico para discernir más sobre la topografía funcional del lenguaje. Paul Broca, tuvo acceso al paciente, poco tiempo antes del desenlace del caso, se interesó en el mismo, lo siguió hasta la autopsia; para describir de forma magistral en una conferencia posteriormente *Nous parlons avec L'hémisphère gauche!* (Hablamos con el hemisferio izquierdo). Vio... lo que otros no vieron.

Hellman H. Great feuds in Medicine. John Wiley. New York. 2001.

Informativa



Relevantes conclusiones en el manejo del trauma de cráneo se obtuvieron en IX Congreso Internacional de Neurocirugía del ISSEMYM, en la ciudad de Toluca. ¡Enhorabuena para todos los participantes!

Con éxitos resultados en la educación continúa en Neurocirugía, con la modalidad de Disección experimental guiada por expertos, se desarrollo del 6to. Congreso Internacional de Neurocirugía del Siglo XXI y el 4to. Congreso Internacional de Tópicos Selectos de Neurocirugía, que se llevó a cabo en la ciudad de Mazatlán. Evento colaborativo con la Sección de Neuro-oncología y la Sociedad de Neurocirugía del estado de Guanajuato.



Recientemente se inauguro la Suite de Neurocirugía en el Hospital Civil Universitario "Juan I. Menchaca" contando con la mas alta tecnología (neuronavegador, sonograma, aspirador ultrasónico, arco en c), con infraestructura informática y de video que fortalecerá los programas de enseñanza. Este equipamiento es resultado de la gestión del equipo de neurocirujanos de esta institución y la aportación altruista del grupo de música pop tapatío Belanova.



Nuevos Socios miembros de la Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica

BIENVENIDOS

- | | |
|--|--|
| 1. Balé Ramírez, Ana Xochilt | 25. Madrigal Azcárate, Adrián |
| 2. Andrade Del Río, Alberto | 26. Méndez Farías, Alejandro Ernesto |
| 3. Arteaga Larios, Víctor Manuel | 27. Méndez Viveros, Alejandro |
| 4. Ayala Arcipreste, Arturo | 28. Miranda González, Alejandro |
| 5. Calderón Carrillo, Juan Fernando | 29. Muñoz Romero, Ildelfonso |
| 6. Castillo Gómez, Mario Donaciano | 30. Nolasco Villalobos, César Alejandro |
| 7. Chalita Pérez-Tagle, Christian Andrés | 31. Noriega García, Raúl César |
| 8. Chavelas Ochoa, Felipe | 32. Ornelas González, Luis Víctor |
| 9. Cruz Lavariéga, Javier G. | 33. Pérez Contreras, Alberto |
| 10. De Obieta Cruz, Enrique | 34. Ramírez Luna, Hugo |
| 11. Doria Giraldo, Iván Adolfo | 35. Ramírez Sánchez, Elias Sinahi |
| 12. Eduardo Galván Hernández | 36. Rangel Morales, Carlos Raúl |
| 13. Galván Hernández, Ernesto Eduardo | 37. Rebolgar González, Jorge Alejandro |
| 14. García De La Rosa, José María | 38. Reyes Rodríguez, Víctor Andrés |
| 15. García González, Ulises | 39. Reyes Saviñon, José |
| 16. González Carranza, Vicente | 40. Rico Espinoza, David |
| 17. Guzmán Arroyo, Sócrates | 41. Rizo Sosa, Carlos |
| 18. Heredia Delgado, Cuauhtémoc | 42. Rodríguez Ramírez, Antonio José |
| 19. Hernández García, Jorge Luis | 43. Rodríguez Rodríguez, Jorge De La Salud |
| 20. Hernández Vásquez, Erik | 44. Romero Pérez, Armando |
| 21. León Sau, Eduardo | 45. Ruiz Flores, Milton Inocencio |
| 22. Llamas Ibarra, Faustino | 46. Ruvalcaba Sánchez, Rafael Alejandro |
| 23. López Magaña, Jorge Alonso | 47. Sandoval Olivares, Lizbeth Itzel |
| 24. Lucino-Castillo Rueda, Juan | 48. Sandoval Rivera, José Manuel |

EVENTOS ACADÉMICOS Y NOTICIAS

Premio al Mérito al

Dr. Fernando Rueda Franco.



La denominación de los PREMIOS AL MÉRITO que otorga el Consejo de Salubridad General cada año y entrega el Presidente de la República el Día Mundial de la Salud (7 de Abril), está integrada por nueve distinciones: Investigación, Salud Pública, Neurología y Neurocirugía: "Manuel Velasco Suárez", Salud Mental, Desarrollo de Instituciones, Farmacología, Odontología, Enfermería y Auxiliar de Enfermería y la Medalla "Eduardo Liceaga".

La Dirección General del Instituto Nacional de Pediatría, donde labora el Dr. Fernando Rueda Franco desde el 16 de Agosto de 1970, envió la propuesta respectiva junto con el Curriculum Vitae, para el Premio "Manuel Velasco Suárez".

A esta propuesta se sumaron las siguientes organizaciones:

- 1.- Academia Nacional de Medicina
- 2.- Academia Mexicana de Cirugía
- 3.- Academia Mexicana de Pediatría
- 4.- Facultad de Medicina de la UNAM
- 5.- Hospital General de México
- 6.- Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica
- 7.- Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica
- 8.- Sociedad Mexicana de Neurofisiología Clínica

De esta forma, el Jurado, designado por el Consejo de Salubridad General, votó de manera unánime por la candidatura del Dr. Rueda Franco. Y el jueves 7 de Abril recibió de manos del Presidente de la República, Diploma y Medalla con la efigie de Don Manuel Velasco Suárez, en Ceremonia celebrada en la residencia oficial de "Los Pinos".

Puede acceder al video de este evento a través de:
<http://www.youtube.com/watch?v=PkOYV4I0ycA>

Enhorabuena y felicidades al Dr. Fernando Rueda Franco.



- En el marco de nuestro congreso: "Simposium Latinoamericano de Neurocirugía Vascular/FLANC"
Sábado 16 de Julio de 2011. 10:00 - 14:00 hrs.
- Young Neurosurgeon Congress. World Federation of Neurosurgical Societies,
Domingo 17 de Julio. 8:30 a.m.



- 6th Congress of the International Federation of Neuro Endoscopy
del 19 al 23 de Noviembre de 2011
Guadalajara, Jalisco, México

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.