

Abordaje subtemporal

Indicaciones

Se adoptó originalmente para la [rizotomía trigeminal](#) y tras una modificación posterior con [petrosectomía](#) para acceder al [conducto auditivo interno](#) (CAI) y las estructuras adyacentes.

Representa la vía más corta y directa para acceder a la base temporal, las regiones paraselares y retroquiasmáticas y petroclivales anterolaterales.

Es adecuado para acceder a la fosa media y fosa craneal posterior.

La extensión basal se logra mediante la resección de la raíz del arco cigomático, el techo del conducto auditivo externo y el tercio superior de la apófisis mastoides. Limitando así la retracción del lóbulo temporal y creando espacio adicional para la manipulación de los instrumentos (Goel y Nadkarni, 1999).

Aneurisma de la arteria basilar

Fue introducido por Drake.

En este abordaje la arteria cerebral posterior ipsilateral a veces interfiere con la visibilidad y la manipulación alrededor del cuello del aneurisma ¹⁾.

Técnica

El paciente se coloca de forma que el [cigoma](#) sea el punto más alto.



Tras exponer el **músculo temporal** se retrae hacia abajo, dejando un manguito superior para poder ser suturado.

La incisión dural se realizará de forma que se pueda retraer hacia la porción inferior evitando la entrada de sangre del espacio epidural al campo quirúrgico

Por desgracia, la retracción del **lóbulo temporal** con el fin de proporcionar una adecuada visualización del campo operatorio, puede lesionar las venas temporales incluyendo la **vena anastomótica inferior (de Labbé)**, e incluso la posibilidad de un infarto venoso del lóbulo temporal.

El abordaje endoscópico subtemporal keyhole proporciona una excelente vía para la exposición quirúrgica del campo operatorio desde el ala mayor ipsilateral a la parte anterior del esfenoides, incluyendo la región supraselar y paraselar, región posterior petroclival prácticamente sin retracción del lóbulo temporal.

Complicaciones

Lesión del lóbulo temporal por excesiva retracción o lesión de venas principales, una de las formas de prevenirlo es la liberación intermitente del retractor del cerebro y el uso repetido de solución hiperosmótica incluyendo el drenaje ventricular (Abe y col., 1981).

Variantes

Cuando el tumor afecta al cavum de Meckel, se abre la tienda del cerebelo y según extensión se puede además realizar una osteotomía cigomática para acceder a la región infratemporal o

petrosectomía aportando la exposición tanto intradural como extradural.

Abordaje subtemporal Transtentorial

Bibliografía

Abe, H. et al., 1981. [Temporal lobe damage as pitfalls at subtemporal transtentorial approach (author's transl)]. No Shinkei Geka. Neurological Surgery, 9(7), págs.819-827.

Goel, A. & Nadkarni, T., 1999. Basal lateral subtemporal approach for trigeminal neurinomas: report of an experience with 18 cases. Acta Neurochirurgica, 141(7), págs.711-719.

1)

Kakino S, Ogasawara K, Kubo Y, Nishimoto H, Ogawa A. Subtemporal approach to basilar tip aneurysm with division of posterior communicating artery: technical note. Vasc Health Risk Manag. 2008;4(4):931-5. PubMed PMID: 19066012; PubMed Central PMCID: PMC2597766.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=abordaje_subtemporal

Last update: **2025/05/04 00:01**

