

Abordaje transcalloso

Requiere la capacidad de moverse en torno a muchas estructuras neurovasculares, corticales, y sustancia blanca por lo que el conocimiento de la anatomía regional y la adhesión a los principios de la microcirugía son requisitos básicos para obtener un resultado favorable ¹⁾.

Se realiza a través de un [abordaje interhemisférico](#) al [cuerpo calloso](#) a través de una craneotomía parietal, generalmente derecha en un paciente con dominancia de hemisferio izquierdo.

Los afluentes venosos del [seno sagital superior](#) pueden actuar como un impedimento para la entrada en la [cisura interhemisférica](#) para acceder al cuerpo calloso [(Easwer, H V, R N Bhattacharya, S Nair, B R M Rao, G Menon, M Abraham, and K K Kumar. 2008. "Pre-coronal, Paramedian Minicraniotomy: a Minimal Access Approach for Microsurgical, Transcallosal, Transforaminal Removal of Colloid Cysts of the Third Ventricle." Minimally Invasive Neurosurgery: MIN 51 (5) (October): 253-257. doi:10.1055/s-0028-1082300.)].

[Abordaje transcalloso interhemisférico anterior](#)

Indicaciones

[Quiste coloide](#)

[Craneofaringioma](#)

[Neurocisticercosis](#)

[Glioma talámico](#)

MAV

Hoja operatoria

Posición supina con cabezal de Mayfield

Equipo: microscopio y neuronavegador.

En el postoperatorio precisa UCI

En el consentimiento se debe de proponer como alternativas: la vía transcortical o la radioterapia según el tipo de lesión.

Abordajes a lesiones situadas en la porción anterior del tercer ventrículo:

A. transcalloso anterior: brinda una buena visualización de ambas paredes del tercer ventrículo; existe el riesgo de causar daño bilateral del triángulo

B. transcalloso posterior: brinda acceso a las láminas cuadrigéminas y a la región pineal; existe el riesgo de dañar la venas profundas

Complicaciones

Infarto venoso por sacrificar una vena cortical de drenaje, por lo que es primordial la correcta planificación de la craneotomía mediante angiografía o imagen RM en T2.

Trombosis de seno longitudinal superior:

Por espátula (la deformación de la línea media nunca debe de exceder más de 5 mm).

Retracción del flap de la duramadre

Lesión del seno al realizar la craneotomía

Excesivo uso de coagulación bipolar

Estado de hipercoagulabilidad, que incluye deshidratación

Mutismo transitorio

En una serie de 38 pacientes, la tasa global de complicaciones fue del 50%.

Las complicaciones mayores ocurrieron en el 37% de los pacientes, el 34% sufrió complicaciones neurológicas (16% complicaciones importantes).

La mortalidad quirúrgica fué del 8%.

La coagulación de cualquiera de las venas ($p = 0,04$) se asoció con complicaciones postoperatorias, por lo que preservar las estructuras venosas es de suma importancia en la reducción de las principales complicaciones neurológicas [(Hassaneen, Wael, Dima Suki, Abhijit L Salaskar, Nicholas B Levine, Franco Demonte, Frederick F Lang, Ian E McCutcheon, et al. 2010. Immediate morbidity and mortality associated with transcallosal resection of tumors of the third ventricle. Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia (Mayo 15). doi:10.1016/j.jocn.2009.12.007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20478709>.)].

Bibliografía

1)

Tomasello F, Cardali S, Angileri FF, Conti A. Transcallosal approach to third ventricle tumors: how I do it. Acta Neurochir (Wien). 2013 Apr 26. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23619958.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2025/05/03 23:56**

