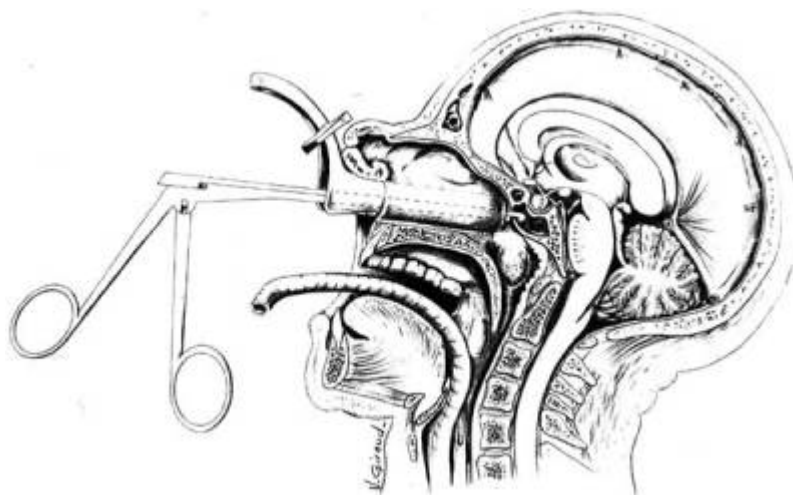


Abordaje transesfenoidal

Abordaje utilizado para acceder a la [región hipofisaria](#) a través del [seno esfenoidal](#), cuando sobre todo se desea abordar un [tumor hipofisario](#).....



El abordaje transesfenoidal después de haber sido abandonado por Cushing, preservado por Dott y difundido por Guiot, en la actualidad está siendo sustituida por el [abordaje endoscópico endonasal](#).

De las vías transantral, transmaxilar, sublabial y endonasal. Las dos primeras rara vez se emplean en la actualidad, mientras que la endonasal transesfenoidal es la ruta preferida para extirpar más del 90% de las lesiones de la [silla turca](#).

Dentro del abordaje endonasal transesfenoidal, existen dos variantes:

1. Endonasal transeptal transesfenoidal
2. Endonasal directo transesfenoidal

En el abordaje endonasal transeptal transesfenoidal, se realiza una incisión en la [columela](#) a nivel de la unión de la piel con la mucosa nasal, y con ello una amplia disección de dicha mucosa en el plano subpericondrial.

Por otra parte, el abordaje endonasal directo transesfenoidal requiere mínima disección de la mucosa nasal, ya que se efectúa una incisión vertical más posterior, esto es, a nivel de la unión del cartílago septal con el septum óseo y a partir de ahí se realiza la disección, para luego luxar el cartílago septal e identificar el vómer, sin embargo, este abordaje provee un trayecto ligeramente fuera de la línea media (Sandoval-Sánchez y col., 2007).

Contraindicaciones

Una contraindicación para este enfoque incluye los tumores con extensión supraselar significativa y con un estrechamiento en forma de reloj de arena entre el componente selar y supraselar. Los intentos ciegos de llegar al tumor supraselar pueden llevar al daño cerebral. Además, una infección en el seno esfenoidal, constituye potencialmente una contraindicación.

Complicaciones

Fístula de líquido cefalorraquídeo entre 1 y 4.8%

Otra complicación transoperatoria, la hemorragia intraselar, varía del 0.4 al 3% y se ha relacionado con la presencia de tumor residual, hemostasia inadecuada y entrada al seno cavernoso, entre otras causas. Se asocia con un riesgo significativo de morbilidad neurológica, debido a [vasoespasmocerebral](#) (Puri y col., 2012).

Empeoramiento de la agudeza visual.

Dentro de las complicaciones postoperatorias, las alteraciones endocrinas son las más frecuentes. Estudios previos muestran que del 10 al 60% de los postoperados desarrollan diabetes insípida transitoria (aquella que dura entre 12 y 36 horas después de la cirugía) y del 0.5 al 15% es permanente.

Por otra parte, la insuficiencia hipofisaria anterior se ha descrito hasta en el 10% de los casos.

Sinusitis se presenta en aproximadamente 8.5%, de los operados vía endonasal. E

La perforación septal, tiene una frecuencia que fluctúa entre 0.3 y 3%.

Congestión nasal.

Complicaciones vasculares

Las complicaciones vasculares si se producen tienen una alta incidencia de mortalidad y morbilidad grave. Aunque la hemorragia por lesión de la arteria carótida interna es conocida la complicación isquémica es rara (Shukla y col., 2013).

[Pseudoaneurisma](#) iatrogenico,

El de la arteria cerebral posterior se ha publicado en 2 casos como resultado de la limitada visión del campo quirúrgico posterolateral a través del endoscopio y la imprecisión de los instrumentos endoscópicos ¹⁾

Pronóstico

Los factores predictivos de una completa recuperación visual son la buena función visual preoperatoria, edad joven y tumor de pequeño tamaño cráneo-caudal (Barzaghi y col., 2011).

Comparación con el abordaje endoscópico

El nivel de evidencia es bajo cuando intentamos comparar ambas técnicas, dado que no existen estudios prospectivos, a doble ciego y randomizados.

La causa principal está en la dificultad de obtener por un solo centro un tamaño muestral adecuado, dada la incidencia de esta patología y la gran diversidad de tumores (secretorios, no secretorios y grados de invasividad) que implicarían una gran cantidad de categorías.

Otro problema al comparar ambas técnicas surge dado que la técnica endoscópica es muy nueva, y el número de pacientes operados por la técnica clásica y su tiempo de seguimiento son mayores.

La resección mediante resonancia intraoperatoria, minimiza la posibilidad de dejar restos tumorales,

pero es esencial reducir los artefactos de imagen y mejorar la visibilidad de los márgenes (Kim y col., 2013; Tabakow y col., 2012; Bellut y col., 2012; Hlavica y col., 2012).

Bibliografía

Barzaghi, Lina Raffaella, Marzia Medone, Marco Losa, Stefania Bianchi, Massimo Giovanelli, and Pietro Mortini. 2011. "Prognostic factors of visual field improvement after trans-sphenoidal approach for pituitary macroadenomas: review of the literature and analysis by quantitative method." *Neurosurgical Review* (November 15). doi:10.1007/s10143-011-0365-y. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22080165>.

Bellut, D, M Hlavica, C Muroi, C M Woernle, C Schmid, and R L Bernays. 2012. "Impact of Intraoperative MRI-guided Transsphenoidal Surgery on Endocrine Function and Hormone Substitution Therapy in Patients with Pituitary Adenoma." *Swiss Medical Weekly* 142: 0. doi:10.4414/smw.2012.13699.

Hlavica, Martin, David Bellut, Doreen Lemm, Christoph Schmid, and René Ludwig Bernays. 2012. "Impact of Ultra-Low-Field Intraoperative Magnetic Resonance Imaging on Extent of Resection and Frequency of Tumor Recurrence in 104 Surgically Treated Nonfunctioning Pituitary Adenomas." *World Neurosurgery* (October 5). doi:10.1016/j.wneu.2012.05.032.

Puri, Ajit S, Gabriel Zada, Hekmat Zarzour, Edward Laws, and Kai Frerichs. 2012. "Cerebral Vasospasm Following Transsphenoidal Resection of Pituitary Macroadenomas: Report of Three Cases and Review of the Literature." *Neurosurgery* (January 13). doi:10.1227/NEU.0b013e31824aae21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249952>.

Sandoval-Sánchez, J.H., F. Flores-Cárdenas, M^a. C. Vargas-Frutos, y J.M. Páez-Ontiveros. 2007. «Complicaciones del abordaje endonasal directo transesfenoidal en el manejo de adenomas de hipófisis». *Neurocirugía* 18 (Diciembre). doi:10.4321/S1130-14732007000600004. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732007000600004&script=sci_arttext.

Shukla, Dhaval, Rajeev Sharma, Bhagavatula Indira Devi, and Somanna Sampath. 2013. "Rostral Basilar Artery Syndrome Following Transsphenoidal Surgery-a Report of Four Cases." *Acta Neurochirurgica* (April 16). doi:10.1007/s00701-013-1698-9.

Tabakow, Paweł, Margin Czyz, Włodzimierz Jarmundowicz, and Ewa Lechowicz-Głogowska. 2012. "Surgical Treatment of Pituitary Adenomas Using Low-field Intraoperative Magnetic Resonance Imaging." *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University* 21 (4) (August): 495-503.

1)

Rodríguez-Hernández A, Huang C, Lawton MT. Superior cerebellar artery-posterior cerebral artery bypass: in situ bypass for posterior cerebral artery revascularization. *J Neurosurg*. 2013 May;118(5):1053-7. doi: 10.3171/2013.2.JNS122250. Epub 2013 Mar 22. PubMed PMID: 23521548.

From:
<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=abordaje_transesfenoidal

Last update: 2025/05/03 23:57



