

Craneofaringiomas: experiencia y resultados de pacientes tratados en el Hospital Italiano de Buenos Aires

Pablo M. Ajler

Massa D, Gleean M, Rasmussen J, Altszul M, Fainstein-Day P, Ajler P. Craniopharyngiomas: experience and results. Neurocirugia (Astur). 2020 May 20:S1130-1473(20)30062-2.

Los craneofaringiomas son tumores epiteliales benignos que se cree derivan de remanentes de la bolsa de Rathke^{1,2}. En este trabajo se revisaron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de craneofaringioma, operados en el Hospital Italiano de Buenos Aires, desde julio de 2007 hasta julio de 2019³. Analizamos varios aspectos de estos tumores, como:

- Clasificación anatómica de los craneofaringiomas según su localización.
- Planificación preoperatoria, para lo que se tuvo en cuenta la localización exacta del tumor (Fig. 1).
- La evaluación perioperatoria en la cual, mediante resonancia magnética, determinamos el grado de resección.
- El perfil hipofisario.

Un total de 30 pacientes ingresaron para el estudio, con una media de seguimiento de 74,7 meses; analizamos la clínica de presentación así como las complicaciones.

De los tumores evaluados con resonancia magnética preoperatoria, 12,5% fueron clasificados como intraselares, 12,5% como prequiasmáticos, 43,75% retroquiasmáticos y 31,25% intraventriculares. La invasión hipotalámica, vinculada a la morbilidad posoperatoria, se observó en el 62,5% de los pacientes, de los cuales todos presentaron localización retroquiasmática o intraventricular.

La exéresis total o casi total (mayor del 90%) se logró en un 68,7% de los pacientes.

Se delinearon curvas para comparar la evolución libre de recurrencia en relación con la extensión de la resección tumoral. En este sentido, en los pacientes en quienes se logró resección superior al 90% de la lesión, el tiempo medio de recurrencia fue significativamente mayor comparado con aquellos en los que la resección fue parcial, 60 vs. 24 meses, respectivamente (*Log-Rank test*: $p = 0,0133$).

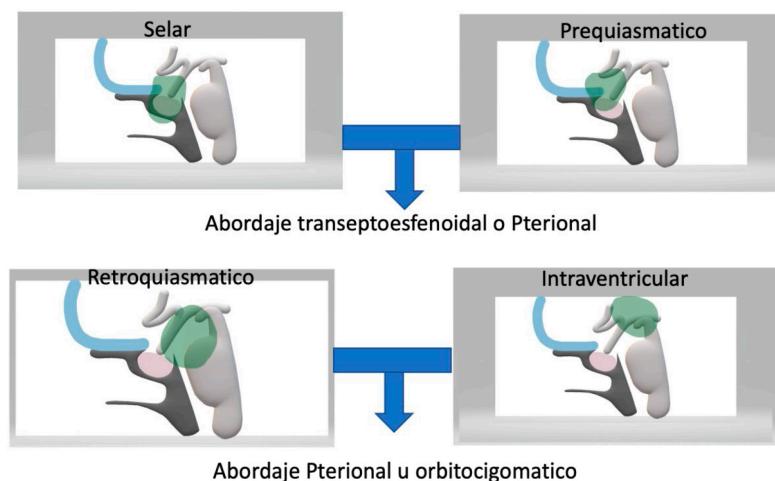


Figura 1. Abordaje quirúrgico de los craneofaringiomas según ubicación.

En cuanto a la evaluación endocrinológica, la insuficiencia de la adenohipófisis preoperatoria se observó en el 47,2% y aumentó al 92,5% después de la cirugía. La diabetes insípida se observó en el 12,5% de los pacientes en el preoperatorio y en el 66% posterior a la cirugía. El síndrome hipotalámico se observó en el 86% de los pacientes; esto demuestra la alta tasa de morbilidad de esta patología.

Debido a que estos tumores pueden originarse de cualquier parte del conducto craneofaríngeo que tienen íntima relación con estructuras vitales, como quiasma óptico, hipotálamo, arteria cerebral anterior y tallo hipofisario,

resulta esencial basarse en una clasificación anatómica para poder planificar el abordaje más adecuado para su exéresis (véase Fig. 1).

Al tratarse de patología tumoral benigna, nuestro enfoque quirúrgico es una resección agresiva y lo más completa posible, utilizando la localización anatómica para la planificación quirúrgica. Entender las relaciones tumorales con las estructuras anatómicas, y conocer y manejar distintos corredores quirúrgicos resulta esencial para el planeamiento y una máxima resección con la menor morbimortalidad posible.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Morisako H, Goto T, Goto H, et al. Aggressive surgery based on an anatomical subclassification of craniopharyngiomas. Neurosurg Focus. 2016; 41:E10.
2. Flitsch J, Müller HL, Burkhardt T. Surgical strategies in childhood craniopharyngioma. Front Endocrinol (Lausanne). 2011; 2:96.
3. Massa D, Gleean M, Rasmussen J, et al. Craniopharyngiomas: experience and results. Neurocirugia (Astur). 2020;S1130-1473(20)30062-2.