

Descripción de variantes del acceso transeptoefenoidal para el abordaje de la patología selar

Description of transseptosphenoïdal access variants to sellar pathology approach

Roberto Arias A¹, Matías Gómez G¹, Mónica Rojas O².

RESUMEN

El abordaje quirúrgico de la patología selar ha sufrido importantes cambios desde sus primeras descripciones. Inicialmente de manejo neuroquirúrgico, hoy en día el abordaje hipofisiario transeptoefenoidal se ha transformado en una de las vías de acceso más utilizadas por el otorrinolaringólogo para lesiones a nivel de silla turca. Esta publicación describe un tipo de acceso transeptoefenoidal utilizado por el otorrinolaringólogo en el Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo (INCA) en el abordaje de lesiones selares, tanto en cirugía primaria de hipófisis, cirugía secundaria o en casos con alteraciones anatómicas del septum nasal posterior.

Palabras clave: Abordaje de la patología selar, variantes del acceso transeptoefenoidal.

ABSTRACT

The surgical approach to the sellar pathology has undergone significant changes since its first descriptions. Initially addressed by neurosurgical management, today the transseptosphenoïdal pituitary approach has become one of the most used pathways by the otolaryngologist to reach sellar lesions. This publication describes one of the transseptosphenoïdal approach used by the otolaryngologist at the Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo (INCA) in addressing sellar lesions and its variations in primary pituitary surgery, secondary surgery, multiple interventions and in cases of anatomical variations of the posterior nasal septum.

Key words: Sellar pathology approach, transseptosphenoïdal access variants.

¹ Médico, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Salvador.

² Médico Cirujano, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los adenomas de hipófisis son tumores benignos localizados a nivel de silla turca constituyendo entre 7% y 17% de todos los tumores intracraneales. En cuanto a adenomas asintomáticos se refiere, la prevalencia en autopsias y estudios de imágenes con resonancia magnética es de aproximadamente 16,7% hasta el 20%, siendo muy pocos los que se vuelven sintomáticos. En el caso de los adenomas sintomáticos, la prevalencia es de $93 \pm 19,3$ casos/100.000 habitantes¹.

Con excepción de los prolactinomas, la resección quirúrgica es el tratamiento de primera línea para la gran mayoría de estos tumores^{1,2}.

El abordaje quirúrgico de la patología selar ha sufrido importantes cambios desde sus primeras descripciones. Inicialmente de manejo neuroquirúrgico, dada la alta morbilidad asociada a este tipo de abordaje, se hizo necesario desarrollar vías de acceso extracraneales y más seguras para el paciente³⁻⁵.

Todos los abordajes quirúrgicos de la hipófisis fueron descritos a principios del siglo XX⁶. En 1907 Hermann Schloffer fue el primero en plantear la vía transesfenoidal para el abordaje de tumores hipofisarios^{7,8}. Dos años después, en 1910, Hirsh describió el acceso clásico endonasal transeptoefenoidal, siendo Hardy en 1960 quien retoma la técnica de forma similar a la utilizada en la actualidad^{6,9}. Posteriormente Griffith y Veerapen en 1987 describen la variante endonasal directa transesfenoidal, para finalmente Carrau y Jho, en 1995, incorporar el uso del endoscopio nasal en el abordaje¹.

Es así como este tipo de abordaje ha sufrido importantes mejoras a lo largo de los años, transformándose hoy en día en uno de los accesos más

utilizados y preferidos por el otorrinolaringólogo para el tratamiento de lesiones a nivel de silla turca, al ser considerada una técnica segura, inocua y sencilla de realizar^{3,6,7,11}.

El objetivo de esta publicación es describir las características de cada una de las variantes del abordaje transeptoefenoidal utilizadas por el otorrinolaringólogo en el Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo (INCA) para la resolución de la patología selar vía transesfenoidal, ya sea en cirugía primaria, secundaria, múltiples cirugías y en casos en que exista alteración de la anatomía del septum posterior.

ANATOMÍA DEL SENO ESFENOIDAL

Una buena comprensión de la anatomía del esfenoides y las regiones selar y paraselar es esencial. El seno esfenoidal forma parte de la cara superior del cuerpo del esfenoides. Se localiza en la región media de la base del cráneo constituyendo su superficie inferior el techo de la pared posterior de la fosa nasal⁹. Basado en la extensión de la neumatización, el seno esfenoidal puede clasificarse en tres tipos: el conchal, preselar y selar¹¹ (Figura 1).

En el tipo conchal, el área bajo la silla turca es de hueso sólido sin neumatización. En el preselar, el área neumatizada no penetra más allá del plano perpendicular de la pared selar. Y en el tipo selar, presente en el 86% de los individuos, la región neumatizada se extiende al cuerpo del esfenoides bajo la silla turca, pudiendo extenderse hacia posterior¹¹.

Estas características propias del seno esfenoidal deben considerarse al momento de planificar la cirugía y definir la vía de acceso, para así lograr un buen abordaje de los tumores hipofisarios⁶.

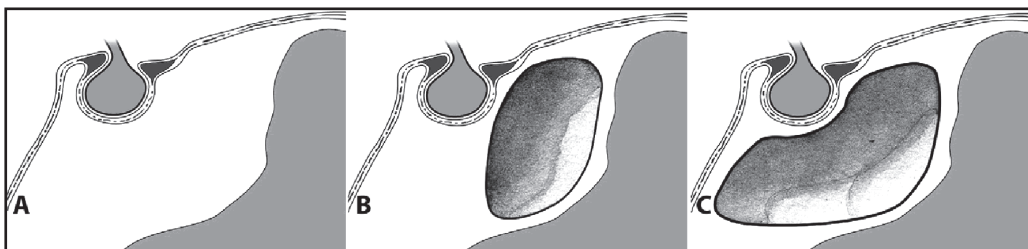


Figura 1. Clasificación del seno esfenoidal. A: conchal, B: preselar, C: selar¹¹.

ABORDAJE TRANSEPTOESFENOIDAL EN CIRUGÍA PRIMARIA

Frente a un paciente que se somete por primera vez a una cirugía de hipófisis, el abordaje consiste en

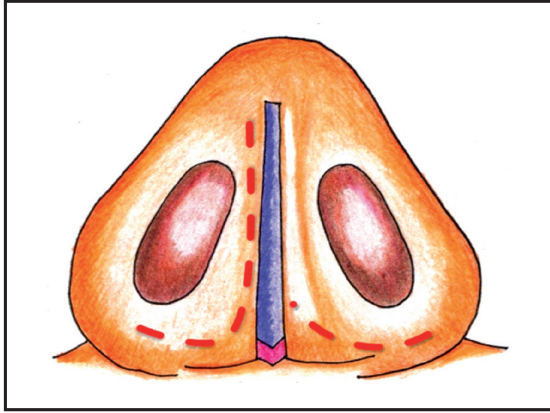


Figura 2.

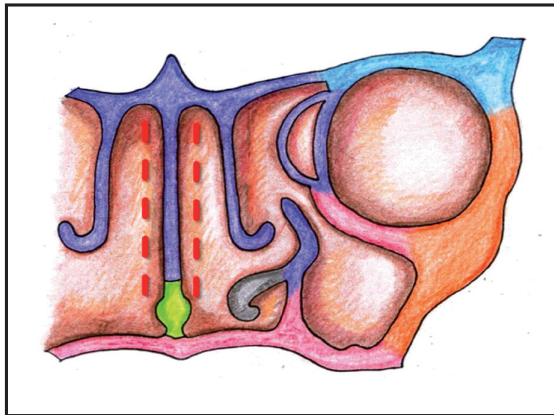


Figura 3.

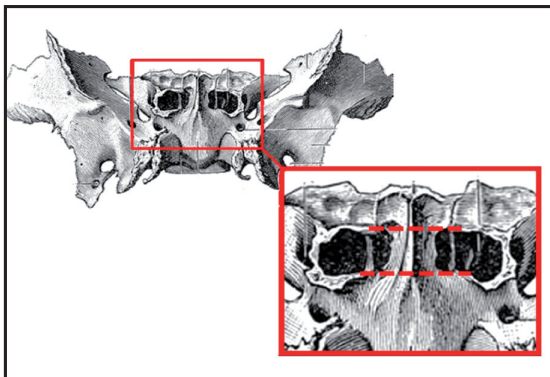


Figura 4.

realizar dos túneles submucosos. En nuestro caso realizamos un túnel superior y otro inferior en el lado derecho del septum nasal y un túnel inferior en el lado contralateral (Figura 2) hasta llegar a la lámina perpendicular del etmoides. En esta zona realizamos un cuarto túnel dejando el septum posterior en el centro y separando la mucosa de ambos lados para así exponer el rostrum del esfenoides (Figura 3).

La realización de dos túneles anteriores izquierdos y uno derecho también es válida y la elección de una u otra variante recae en el cirujano.

Una vez en el rostrum, se visualizan ambos ostium esfenoideales y se exponen ampliamente. Posteriormente, se cincela el rostrum entre ambos ostiums consiguiendo una extensa visión de la cavidad esfenoideal y del piso de la silla turca (Figura 4). Esta cavidad puede ampliarse con una pinza Kerrison de ser necesario.

Al término se reposiciona el septum posterior en forma parcial, si parte de él ha sido ocupado para el cierre de una fístula de LCR, o total si éste se mantuvo íntegro.

Como equipo preferimos ser lo más conservador posible y reponer en todos los casos el septum posterior, ya que nos facilita el abordaje por esta misma vía en una posible cirugía secundaria.

ABORDAJE TRANSEPTOESFENOIDAL EN CIRUGÍA SECUNDARIA

Cuando un paciente ya ha sido intervenido y debe ser sometido a un segundo tiempo quirúrgico, debido por ejemplo a una recidiva tumoral, el acceso utilizado puede ser el mismo descrito en la cirugía primaria transepto esfenoideal, o este abordaje puede modificarse.

En este caso al realizarse el acceso sobre un septum nasal ya manipulado, se efectúan los mismos túneles anteriormente descritos (Figura 5); no obstante, para disminuir el daño en los tejidos, se luxa el septum posterior el cual fue reposicionado total o parcialmente durante la primera cirugía (Figura 6).

Al llegar a la zona posterior se observará la quilla dejada en la cirugía primaria. A continuación se decola de abajo hacia arriba hasta llegar a la cavidad esfenoidal y se retiran los tejidos blandos para acceder a la silla turca (Figura 7).

Finalmente se reposicionan los tejidos y el septum nasal y se realizan puntos de fijación interseptales e interseptocolumelares.

ABORDAJE TRANSEPTOESFENOIDAL EN CASO DE MÚLTIPLES CIRUGÍAS O RUPTURA DEL SEPTUM POSTERIOR

Existen algunos pacientes en quienes un segundo tiempo quirúrgico es insuficiente para resolver la patología selar y deben ser intervenidos en tres o más ocasiones.

En aquellos casos de múltiples cirugías, o bien, cuando existe ruptura del septum posterior, generalmente los tejidos suelen estar muy dañados, por esto se sugiere realizar un abordaje lo menos traumático posible.

En estos pacientes se realiza una incisión caudal por el piso nasal sobre la cresta maxilar (Figura 8), para luego luxar totalmente el septum nasal anterior y posterior y así acceder de igual forma que en el abordaje anterior a la cavidad esfenoidal (Figura 9).

Se debe tener en cuenta que el abordaje transeptoefenoidal descrito es para casos en que no se cuenta con equipo endoscópico, que de estar disponible, sería la técnica indicada dado el menor traumatismo que provoca y a la mejor exposición que ofrece, especialmente, en cirugías de revisión o secundarias.

En todas las variantes del abordaje transeptoefenoidal descritas los pacientes quedan con tapones de esponja autoexpansiva (Merocel®) de 8 ó 10 cm., según corresponda, impregnados con cloranfenicol durante 3 a 4 días posterior a la cirugía. En ningún caso se usan antibióticos orales.

CONCLUSIÓN

El abordaje transeptoefenoidal es uno de los más utilizados por el otorrinolaringólogo en el acceso de adenomas hipofisarios.

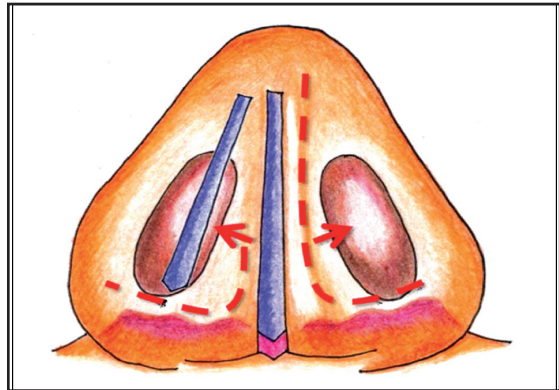


Figura 5.

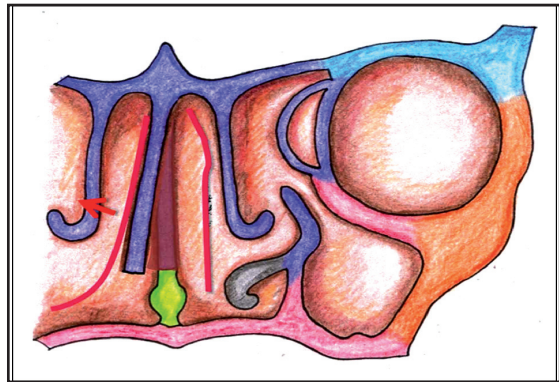


Figura 6.

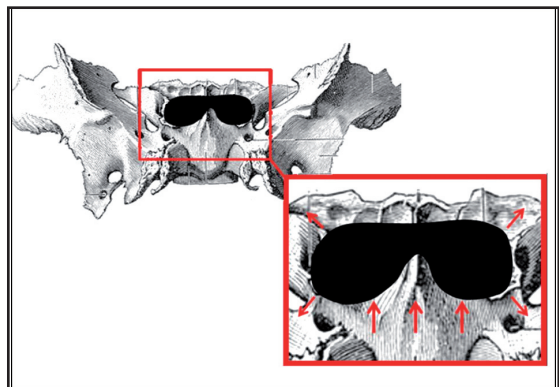


Figura 7.

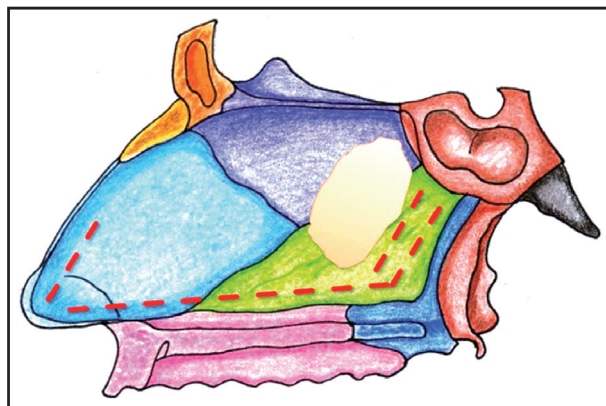


Figura 8.



Figura 9.

Según si se trata de una cirugía primaria o de revisión de una lesión selar, este abordaje requiere de diversas variaciones cuyos objetivos son mantener la integridad del septum y la pirámide nasal. Asimismo, la reposición septal posterior facilita el acceso, especialmente, en aquellos pacientes que requerirán de múltiples cirugías para la resolución de su patología, disminuyendo así las complicaciones propias del abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. SANDOVAL J, FLORES F, VARGAS M, PÁEZ J. Complicaciones del Abordaje Endonasal Directo Transesfenoidal en el Manejo de Adenomas de Hipófisis. *Neurocirugía* 2007; 18: 485-91.
2. ROJAS D, PALMA A, WOHLK N. Manejo de los Adenomas Hipofisarios. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46 (2): 140-7.
3. SARIEGO H, BOGADO M. Evaluación Nasal en el Abordaje de Quirúrgico de la Patología Selar. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2008; 68: 164-70.
4. LÓPEZ O, GONZÁLEZ J, MORALES O, VALDÉS N. Transeptosphenoidal Surgery in Prolactin-Secreting Hypophyseal Adenomas. *Rev Cubana Endocrinol* 2005.
5. FATOVI S, GNJIDI Z. Region Surgery in Croatia in the First Half of 20th Century. *Sellar Croat Med J* 2006; 47: 310-17.
6. CARO J, STOTT C, MATALÓN C. Hipofisectomía Transesfenoidal Técnica Quirúrgica. *Rev*

- Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1989; 49: 9-12.
7. LINDHOLM J. A Century of Pituitary Surgery: Schloffer's Legacy. *Neurosurgery* 2007; 61(4): 865-7; Discussion: 7-8.
 8. CAMPERO A, CRUZ J, GONZÁLEZ S. El Punto Esfenoselar: Ubicación Anatómica y Utilidad en 34 Casos Operados por Vía Endonasal Transesfenoidal. *Rev Argent Neuroc* 2006; 20(7): 7-12.
 9. OLAVARRÍA C, STOTT C, LEMP M, BUSTAMANTE C, SCHMIDT N, EMERICH M. Comparación de Dos Técnicas Quirúrgicas para Abordaje de la Región Selar: Transeptal Transesfenoidal versus Transnasal Directa. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2004; 64: 91-8.
 10. KENNEDY D, COHN E, PAPEL I, HOLLIDAY M. Transsphenoidal Approach to the Sella: The Johns Hopkins Experience. *Laryngoscope* 1984; 94: 1066-74.
 11. DHARAMBIR S, KRISHAN K. Endoscopic Pituitary Surgery. *Operative Techniques in Otolaryngology* 2007; 18: 57-64.

Dirección: Roberto Arias A.
Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Salvador.
Av. Salvador 364, Providencia, Santiago, Chile.
E mail: ropato10@hotmail.com