

En la etapa divariada las variables que tuvieron significancia estadística en relación con la recanalización de aneurismas embolizados fueron: 1. La presencia de HSAE de tal forma que de 30 pacientes con aneurismas no rotos 7 recanalizaron (23,3%) y de los 82 pacientes con aneurismas rotos, 36 recanalizaron (43,9%) ($p = 0,037$). 2. Aneurismas de bifurcación: de 61 aneurismas de pared lateral 15 recanalizaron (26,6%) y de los 50 aneurismas de bifurcación, 28 recanalizaron (56%) ($p < 0,001$). 3. Tamaño del cuello: de los 72 aneurismas de cuello estrecho solo 19 recanalizaron (27,6%) y de los 40 pacientes con aneurismas de cuello ancho 24 recanalizaron (60%) ($p < 0,001$). 4. Grado de embolización insuficiente específicamente los casos en que hubo aneurisma residual, entendido como paso del contraste al domo del aneurisma, de tal forma que de 11 pacientes con aneurisma residual 9 recanalizaron (81,8%) ($p < 0,001$).

Al construir un modelo de regresión logística con inclusión y remoción de variables hacia adelante, incluimos las variables que en la etapa univariada alcanzaron un valor de p menor de 0,25. Las variables que tuvieron significancia estadística después de haber sido incluidas en el análisis multivariado fueron: la presencia de aneurisma residual, el cuello ancho y la localización del aneurisma en sitios de bifurcación vascular, de tal forma que se configuran como variables independientes para predecir la recanalización luego de eliminar el sesgo de confusión.

23. Fístulas carótido-cavernosas: resultados clínico y angiográfico en pacientes tratados por el Grupo Escuela de Neurorradiología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, en el período 1995-2007

Jorge Pulgarín¹, Sergio Vargas², William Cornejo³

INTRODUCCIÓN: las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son muy frecuentes en Medellín, Colombia. Su tratamiento quirúrgico ha tenido tasas elevadas de complicaciones

¹ Residente de Neurocirugía

² Radiólogo, Neurorradiólogo, Profesor Asociado del Departamento de Radiología

³ Neurólogo, Neuropediatra, Magíster en Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

debido a la arquitectura particular de esta área. La terapia endovascular ha surgido entonces como la primera opción de tratamiento para los pacientes con esta enfermedad.

OBJETIVO: describir las principales características de nuestros pacientes con FCC, el método terapéutico empleado y los resultados clínico y angiográfico obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS: revisamos retrospectivamente 51 pacientes tratados por el Grupo Escuela de Neurorradiología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl desde 1995 hasta 2007, describiendo variables demográficas, causa de la lesión, estado clínico, tipo de fístula, método terapéutico empleado y los resultados clínico y angiográfico.

RESULTADOS: hubo predominio en hombres; el promedio de edad fue de 35 años. Las causas de las fístulas fueron: espontáneas en 4 pacientes (7,8%), trauma encefalocraneano cerrado en 33 pacientes (64,7%), herida por proyectil de arma de fuego en 12 (23,5%) y herida por arma cortopunzante en 2 (3,9%). Las manifestaciones clínicas, en orden descendente de frecuencia, fueron: quemosis, proptosis, soplo, dolor, disminución de la agudeza visual y sangrado intracraneal. En cuanto al tipo, 86,3% fueron A; 9,8%, B; 2%, C y 2%, D. En 32 pacientes (62,7%) se logró la permeabilidad de la carótida interna y en los restantes 19 hubo necesidad de ocluirlo. En 48 pacientes se empleó terapia endovascular, más frecuentemente con balones (34 casos) tanto para la oclusión del sitio fistuloso como para la realización de *trapping*. En 14 casos se emplearon *coils*, en 3 pacientes *stent*, en 4 NCBA (n-cianocrilato de butilo); en dos pacientes hubo resolución espontánea de la fístula y otra más se resolvió con masaje carotídeo. Las vías de acceso vascular más frecuentes fueron la arterial en 44 pacientes (81,5%) y la venosa en 4. En dos casos se usó un abordaje directo a través de la cateterización de la vena oftálmica. Luego del procedimiento terapéutico, en 48 pacientes (94,1%) se logró la oclusión angiográfica total de la fístula y en los restantes 3 hubo disminución de su flujo. La evaluación clínica de seguimiento, con una mediana de 2 meses, permitió establecer que en 46 pacientes (90,2%) se presentó resolución clínica completa, en 4 hubo disminución parcial y solo en un caso hubo empeoramiento de los síntomas al final del seguimiento.

CONCLUSIÓN: esta serie, la más grande publicada en Colombia, describe la eficacia radiográfica y clínica del tratamiento endovascular para los pacientes con FCC.

PALABRAS CLAVE: *Balón endovascular, Coil, Fístula carótido-cavernosa, Terapia endovascular, Trauma encefalocraneano*

24. Caracterización de la esclerosis tuberosa en pacientes que consultan al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia

José Vladimir Tobón Areiza¹, Dionis Vallejo Mesa¹, Olga Juliana Cuéllar², Jaime Carrizosa Moog³, Dagoberto Cabrera Hémer³, William Cornejo Ochoa³

La esclerosis tuberosa (ET) es una enfermedad autosómica dominante, que afecta muchos sistemas y cursa con diversas manifestaciones clínicas, entre ellas epilepsia, retardo mental y lesiones cutáneas. Se hizo un estudio retrospectivo para contribuir a la caracterización de la esclerosis tuberosa en Medellín, Colombia. Se revisaron 21 historias, 62% mujeres y 38% hombres; la edad media al momento del diagnóstico fue 23 meses, todos los pacientes tenían epilepsia y lesiones cutáneas, las crisis más frecuentes fueron las parciales con generalización secundaria (66%), 47% tuvieron espasmos infantiles, la mayoría presentaron dos o más tipos de crisis (90%). Todos los pacientes recibieron anticonvulsivantes, los más frecuentemente utilizados fueron: fenobarbital, ácido valproico, vigabatrina, carbamazepina y clonazepam. En general, la mayoría de los pacientes requirieron varios medicamentos durante la evolución de su enfermedad y los pocos que lograron un adecuado control de la epilepsia, lo hicieron con anticonvulsivantes de primera generación.

CONCLUSIÓN: las características de nuestra serie son similares a las reportadas en la literatura mundial. Los antiepilépticos de primera generación siguen siendo la

¹ Residentes de Neurología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

² Estudiante de Medicina, Universidad de Antioquia.

³ Neuropediatría, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

principal herramienta terapéutica para el tratamiento inicial de los pacientes Medellín.

PALABRAS CLAVE: *Epilepsia, Esclerosis tuberosa*

25. Evaluación neurológica y neurosicológica de niños VIH positivos y VIH negativos, en Medellín, Colombia, 2007

Gabriel Jaime Vélez Rengifo¹

INTRODUCCIÓN: este estudio describe algunas características cognitivas y físicas de un grupo de 23 niños infectados con el VIH y uno de 25 niños no infectados con dicho virus, pareados por edad y sexo, en Medellín, Colombia. Se hicieron examen neurológico y pruebas neurosicológicas como WISC III, McCarthy, Wisconsin, Stroop, TMT y curva de memoria visual.

OBJETIVO: describir las características neurológicas y neurosicológicas de un grupo de niños con VIH y compararlas con las de un grupo de niños VIH negativos.

MÉTODO: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

RESULTADOS: el desempeño cognitivo de los niños mayores de 6 años y VIH positivos tuvo una media de 88,58 y el del grupo VIH negativo de 88,36 ($p = 0,973$). Once de 17 pacientes (67,4%) mayores de 6 años VIH positivos tuvieron desempeño cognitivo promedio (90-109). La media del perímetro cefálico del grupo de niños VIH positivos fue 51 cm y la de los niños VIH negativos, 51,12 cm ($p = 0,878$); no se encontró microcefalia en los niños VIH positivos. Las demás pruebas tampoco mostraron diferencias significativas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES: en comparación con los niños VIH negativos, los VIH positivos estudiados no presentan microcefalia, disminución del desempeño cognitivo ni otras alteraciones neurosicológicas. Lo que puede

¹ Residente de Neurología infantil, Departamento de Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.