TÍTULO: COMUNICACIÓN ORAL: RE-ACUEDUCTOPLASTIA ENDOSCÓPICA PRECORONAL CON STENT SECUNDARIO A CRECIMIENTO CRANEAL. ASPECTOS TÉCNICOS

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS: La Acueductoplastia precoronal endoscópica (con o sin Stent) o el *Stenting* aislado constituyen algunas de las opciones de tratamiento endoscópico en pacientes con IV ventrículo aislado. En muchas ocasiones se trata de pacientes pediátricos portadores de DVP, con antecedente de Hidrocefalia post-hemorrágica o post-infecciosa o hiperdrenaje. A pesar de que la re-acueductoplastia se encuentra descrita en la literatura, no hemos encontrado videos quirúrgicos que resalten las dificultades o aspectos técnicos del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se destacan los aspectos y dificultades que se encontraron durante el procedimiento y como se resolvieron. Se muestra el video quirúrgico de un paciente de 2 Años de edad portador de DVP por antecedente de hemorragia post-hemorragica y post-infecciosa, previamente intervenido al 1 Mes de vida mediante acueductoplastia endoscópica precoronal con stent (sistema independiente). Durante el seguimiento presentó episodio de recidiva del IV ventrículo atrapado secundario al crecimiento del perímetro craneal con la edad.

RESULTADOS: Dada la talla supratentorial suficiente, se realizó nuevo procedimiento de Acueductoplastia endoscópica precoronal con retirada de stent previo y colocación de un nuevo stent de mayor longitud acorde al crecimiento craneal. Se empleó el protocolo habitual de navegación que facilitó la retirada del stent previo y el nuevo stenting sin complicaciones asociadas.

CONCLUSIONES: El manejo del paciente con IV ventrículo atrapado suele ser complejo. La prevención del mismo evitando valvulodependencia, las infecciones o el hiperdrenaje junto con el seguimiento estrecho resulta fundamental. En caso de lograr una talla supratentorial suficiente, la re-acueductoplastia o re-*stenting* endoscópico precoronal constituye una opción técnicamente posible de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Schroeder HW, Gaab MR. Endoscopic aqueductoplasty: technique and results. Neurosurgery. 1999;45(3):508-515; discussion 515-508.

2. Cinalli G, Spennato P, Savarese L, et al. Endoscopic aqueductoplasty and placement of a stent in the cerebral aqueduct in the management of isolated fourth ventricle in children. J Neurosurg. 2006;104(1 Suppl):21-27.

3. Tirado-Caballero J, Rivero-Garvia M, Moreno-Madueno G, Gomez-Gonzalez E, Marquez-Rivas J. Cranial expansion and aqueductoplasty for combined isolated fourth ventricle and slit-ventricle syndrome: a surgical alternative. Childs Nerv Syst. 2021;37(3):885-894.

4. Gomar-Alba M, Guil-Ibáñez JJ, García-Pérez F, et al. Electromagnetic neuronavigation in neuroendoscopy. Navigation proposal for the LOTTA ventriculoscope. Technical note. *Neurocirugia (Engl Ed)*. 2025;36(1):17-27. doi:10.1016/j.neucie.2024.10.003

5. Gomar-Alba M, Parron-Carreno T, Guil-Ibanez JJ, et al. Role of Endoscopic Aqueductoplasty With Panventricular Stent in the Treatment of Isolated Fourth Ventricle During Shunt Malfunction: 2-Dimensional Operative Video. Oper Neurosurg (Hagerstown). Jul 1 2023;25(1):e32-e33. doi:10.1227/ons.0000000000000682

6. Guil-Ibanez JJ, Parron-Carreno T, Gomar-Alba M, Narro-Donate JM, Masegosa-Gonzalez J. Neuronavigated endoscopic aqueductoplasty with panventricular stent plus septostomy for isolated fourth ventricle in complex hydrocephalus and syringomyelia associated with myelomeningocele: how I do it. Acta Neurochir (Wien). Jun 7 2023;doi:10.1007/s00701-023-05649-9