

REVASCULARIZACION CEREBRAL. RESULTADOS A LARGO PLAZO

GARCIA SALAS, C.,

Cátedra de Neurocirugía. Instituto "Costa Buero".

Servicio de Neuropatología. Institutos Médicos Antártida.

PALABRAS CLAVES: Isquemia cerebral - Ataque isquémico transitorio - Anastomosis temporal superficial - Cerebral media.

Introducción

Para prevenir la insuficiencia cerebrovascular a causa de una estenosis u oclusión de la carótida interna o cerebral media, sin adecuada circulación colateral, Donaghy y Yasargil describieron en 1967 una nueva técnica de revascularización, el "by-pass" temporo-silviano.

Esta técnica fue desarrollada y perfeccionada a través de estos últimos años y se han publicado resultados satisfactorios en series de varios miles de casos.

Con respecto a las indicaciones aun no hay criterios perfectamente definidos debido a que en algunos centros cuentan con métodos de diagnóstico más sofisticado, por ejemplo, flujo circulatorio cerebral regional, lo que permitiría una indicación más precisa; sin embargo, básicamente nuestra indicación para este procedimiento es la presencia de una lesión arterial hemodinámicamente significativa inaccesible para el cirujano vascular, con insuficiente circulación colateral y que produzca sintomatología neurológica en el paciente.

Material Clínico

Entre 1980 y 1983 hemos practicado 22 anastomosis entre la arteria temporal super-

ficial y los ramos corticales de la arteria cerebral media.

Consideramos por separado los episodios en los cuales se practicó la revascularización.

1. T.I.A. Ataque isquémico transitorio - 12 casos.
2. R.I.N.D. Déficit isquémico neurológico reversible - 7 casos.
3. C.T. Oclusión completa - 2 casos.
4. Cirugía previa a abordaje directo en cuello.

Los estudios preoperatorios practicados a estos enfermos en forma sistemática fueron: a) examen de laboratorio completo; b) punción lumbar y estudio de L.C.R.; c) E.E.G. con compresión carotídea; d) E.K.G. y evaluación cardiológica; e) dinámica circulatoria cerebral; f) Eco doppler carotídeo; g) Tomografía computada con y sin contraste; h) angiografía selectiva de los 4 vasos.

El tiempo transcurrido entre el primer ataque y la revascularización varía de 1 a 6 meses, con un promedio de 2 meses y medio.

Técnica

Es esencialmente la misma empleada en su trabajo original por Donaghy y Yasargil. En todos los casos se disecó la arteria temporal superficial mediante colgajo frontotemporal y la rama de la arteria cerebral media se exploró mediante craneotomía.

Resultados

En los casos de T.I.A. consideramos satisfactoria la operación si no ocurre ningún otro ataque isquémico y la calidad de vida del paciente es buena.

Los controles angiográficos han mostrado la permeabilidad de la anastomosis. Hemos tenido pacientes que se han negado al estudio angiográfico de control y se los controla con Eco doppler.

De los 12 T.I.A. operados tenemos un seguimiento que va de los 7 a los 40 meses con los siguientes resultados: 10 no repitieron el ataque y realizan una vida laboral normal. Dos, si bien no repitieron el ataque, debieron abandonar sus tareas habituales por insuficiencia vertebro-basilar con inestabilidad en un caso y el otro por deterioro intelectual.

En los casos de R.I.N.D. consideramos satisfactoria la intervención si el déficit neurológico mejora notablemente y el paciente se reintegra a su vida habitual.

De los 7 operados, 5 mejoraron su déficit, 1 quedó igual y 1 falleció por sepsis al mes de operado.

En los casos de oclusión sólo tenemos 2 pacientes, ambos con mejoría de su déficit neurológico severo, pero sin llegar a la desaparición total del mismo.

Conclusiones

Si bien nuestra estadística es pequeña, es indudable que los resultados en el T.I.A. son muy favorables y coinciden con los resultados de otros autores, por ejemplo Yasargil y Yonekawa en 1976 con 80%, los de Gratzl con 100% y los de Ketler con 85% de pacientes que no repitieron el ataque y tienen una calidad de vida aceptable.

Con respecto al R.I.N.D. los resultados también arrojan cifras satisfactorias.

En los casos de oclusión completa, si bien los resultados no son tan espectaculares, indicamos la revascularización basándonos en que por estudios de flujo regional sabemos que rodeando a la zona infartada necrótica se halla un área de células ganglionares que si bien sobreviven por la circulación colateral no pueden cumplir su función a pleno.

Esta área es 7 veces la zona infartada, de allí la importancia de la revascularización en estos enfermos.

A la luz de estos resultados creemos que el "by-pass" temporo-silviano es una técnica de revascularización que permite prevenir nuevos ataques isquémicos transitorios y mejorar los déficit neurológicos establecidos.

BIBLIOGRAFIA

1. YASARGIL, G. "Microsurgery applied to Neurosurgery". Stuttgart-Thieme, 1969.
2. GRATZL, O.; SCHMIEDEK, P. and OLTENAU NERVE, V. "Long-term clinical results following extra-intra cranial arterial by-pass surgery". Microsurgery for stroke. 38, 271-276, 1976.
3. GRATZL, O.; SCHMIEDEK, P.; SPETZLER, B.; STEINHOFF, H.; MARGUT, F. "Clinical experience with extra-intracranial arterial anastomosis in 65 cases". J. Neurosurgery 44. 313, 1976.
4. SPETZLER, R. F.; CHARTER, N. L. "Microvascular arterial by-pass in cerebrovascular occlusive disease". In koos Wth, Boch F. W.; Spetzler R. F. (eds.). Clinical Microsurgery Stuttgart-Thieme, 1976.