

## PAUTAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS ANEURISMAS MULTIPLES

R. DRIOLLET LASPIUR, J. OVIEDO, G. TROCCOLI, D. CIRIANO

Instituto de Neurocirugía "Costa Buero"

---

Estadísticamente los pacientes con aneurismas múltiples representan el 19,2% del total de portadores de esta malformación. Es decir, que uno de cada cinco enfermos tiene más de un aneurisma.

En las distintas series publicadas las variables oscilaban entre el 15 y el 30%. El uso actual de la panarteriografía cerebral acercará las distintas estadísticas.

Se presentan los últimos diez pacientes portadores de más de un aneurisma operados en el Instituto de Neurocirugía "Costa Buero". seis enfermos tenían aneurismas dobles, tres con triples y uno con cuatro aneurismas. En otro de estos casos se cliparon todas las malformaciones. En otro paciente se clipó sólo el que había sangrado y otro falleció después de una ventriculostomía, sin haber sido sometido a la cirugía vascular. Uno de estos pacientes tenía asociada una poliquistosis renal.

Además hubo dos pacientes con hallazgos aneurismáticos durante el estudio de otra patología.

El concepto actual es eliminar todos los aneurismas dado el peligro de nuevas hemorragias por los no tratados (5-7% anual). Sobre este marco de referencia hacemos las siguientes aco- taciones respecto a los aneurismas múltiples:

a) *Diagnóstico*: es difícil o casi imposible por la clínica; improbable por la tomografía computada (dependerá del tamaño de los

aneurismas); certero por la angiografía de los cuatro vasos cerebrales.

b) *Determinar cuál aneurisma sangró*: es posible por la clínica (signos focales); igualmente por la tomografía computada (predominio de la hemorragia en distintas cisternas); a veces, es claro con la angiografía (irregularidades del aneurisma, claroscuro, espasmo regional). En los casos de dura, el análisis combinado de estos tres elementos podrá orientar; es importante señalar que la observación del campo quirúrgico es prácticamente determinante.

Los aneurismas múltiples pueden ser supra o infraclinoideos, de distintos tamaños (incluso gigantes) y requerir tanto cirugía intracraneana como endovascular.

La cirugía en los grados I y II de la clasificación de Hunt y Hess será la habitual, por uno o dos abordajes según la localización, y en días sucesivos si hay contralaterales. Somos partidarios de operar primero el aneurisma que sangró y luego los otros, siempre que no hubiera complicaciones durante el primer abordaje (edema, infiltración hemorrágica, etc.).

La cirugía en los grados III, IV y V deberá estar limitada, ya que se supone mayor compromiso cerebral y menor reserva hemodinámica.

Esta cirugía múltiple descubre algo nuevo, que es el tratamiento preventivo de una determinada patología y su relación riesgo-beneficio.

Otro concepto que nos debe alentar hacia la cirugía, además del estadístico respecto a nuevas hemorragias, es que cuando un aneurisma sangra en ese enfermo hay una fisiopatología vascular evolutiva que seguramente activará los otros aneurismas.

Pero surgen otras preguntas para develar en el futuro:

- ¿se podrán desarrollar nuevos aneurismas a partir de una difusa condición vascular disgenética?
- serán necesarios los controles angiográficos periódicos?
- ¿qué papel juega la edad para vaticinar riesgos evolutivos?

#### BIBLIOGRAFIA

1. Drake CG, Girvin JP: The surgical treatment of subarachnoid hemorrhage with multiple aneurysms.

Current controversies in Neurosurgery. Philadelphia: WB Saunders, pág. 274-278, 1976.

2. Heiskanen O, Mattila I: Risk of rupture of second aneurysm in patient with multiple aneurysms. *J Neurosurg* 32:295-299, 1970.

3. McKissock W, Richardson A, Walsh J: Multiple intracranial aneurysms. *Lancet* 1:623-626, 1964.

4. Olli H: Risk of bleeding from unruptured aneurysms in cases with multiple intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 55:524-526, 1981.

5. Pouyane H: Les anevrysmes sacculaires multiples du système carotidien supra-clinoidien. *Neurochirurgie* 19 (Suppl 1), 1973.

6. Salazar JL: Surgical treatment of asymptomatic and incidental aneurysms. *J Neurosurgery* 53:20-21, 1980.

7. Stephen D: Asymptomatic cerebral aneurysms. *Neurosurg* 10:162-166, 1982.

8. Samson DS, Hodosh RM, Clark WK: Surgical management of unruptured asymptomatic aneurysms. *J Neurosurg* 46:731-734, 1977.

9. Zacks DJ, Russell DB, Miller JDR: Fortuitously discovered intracranial aneurysms. *Arch Neurol* 37:39-41, 1980.