

## ANEURISMAS INTRACRANEANO Y EMBARAZO: CONDUCTA

CHIARADIO, J. C. ROGANI, A. DORNA, E. CHAVEZ, V.

---

### Introducción

En el año 1979 Drake publica un trabajo sobre 8 casos de pacientes embarazadas con hemorragias subaracnoideas por rotura aneurismáticas. Lo que nos llamó la atención, dada la dilatada experiencia que sobre el tema exhibe el autor, es que su casuística fuese tan reducida en este tema.

El hecho nos motivó a reunir datos comparativos entre la casuística publicada por diversos autores y la nuestra exponiendo la conducta adoptada y los resultados obtenidos.

### Material y Métodos

En nuestro Servicio y sobre un número de 170 aneurismas operados en seis años de labor, correspondiendo a, aproximadamente 250 hemorragias subaracnoideas, hemos asistido a 5 pacientes embarazadas que sufrieron hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática.

La edad de las pacientes osciló entre los 20 y los 42 años.

Se diagnosticaron 7 aneurismas cuya distribución es la siguiente:

- Caso I: Aneurisma doble
  - Aneurisma carótido-oftálmico izq.
  - Aneurisma cerebral posterior izq.
- Caso II: Aneurisma doble
  - Aneurisma codo posterior izq.
  - Aneurisma carotídeo intracavernoso der.

Caso III: Aneurisma comunicante anterior.

Caso IV: Aneurisma silviano izq.

Caso V: Aneurisma de codo posterior der.

La edad gestacional era:

Caso I: 32 semanas.

Caso II: 25 semanas.

Caso III: 12 semanas.

Caso IV: 14 semanas.

Caso V: 13 semanas.

La terapéutica habitual en el preoperatorio de pacientes portadores de aneurismas es la siguiente:

- Antifibrinolíticos
- Anticonvulsivantes
- Analgésicos
- Sedantes según estado de conciencia
- Reposo absoluto
- Laxantes
- Control estricto de tensión arterial

De este esquema se excluyeron los antifibrinolíticos, por no poder recabar información sobre sus efectos en el embrión. En los embarazos de menos de 16 semanas se excluyeron también los hidantoínicos, reemplazándolos por fenobarbital, previendo sus efectos teratogénicos. Todas las pacientes, que se encontraban en grado I-II de la escala de Hunt y Hess, fueron intervenidas quirúrgicamente y se les efectuó clipado de la lesión.

La paciente con doble aneurisma intracraneano fue operada y clipado ambos sacos en un solo acto quirúrgico.

*Tiempo estimado de disección: 45 minutos.*

La paciente portadora de un aneurisma de comunicante posterior y otro de seno cavernoso fue operada para realizar clipado del primero, y el segundo, que era asintomático, se dejó librado a su evolución natural (Caso II).

En la anestesia de todas las pacientes se trató de evitar la utilización de fármacos potencialmente teratogénicos tal como el halotano y el óxido nitroso.

Se utilizó una técnica basada en la secuencia tiopental-procaína-fentanilo-droperidol y fentanilo-relajante muscular.

Una tensión arterial sistólica de 100 mm de Hg asegura una correcta perfusión placentaria, pero creemos que, en condiciones anestésicas, se puede lograr un descenso mayor sin comprometer la viabilidad del feto. La hipotensión se logró con nitroprusiato de sodio y la tensión arterial media no fue descendida por debajo de 60 mm de Hg. En dos de los casos hubo bradicardia fetal marcada (80 latidos por minuto durante 15 y 20 minutos respectivamente) coincidiendo con los mayores descensos de la presión arterial materna.

El control fetal se efectuó con Heartone en 3 casos y con monitoreo fetal en los últimos dos, con la ventaja para este método de proporcionar un registro gráfico de los latidos fetales.

### Discusión

El análisis de la casuística presentada por Drake nos llama la atención, como ya dijimos por lo exigua cuando se lo compara con su serie general de aneurismas asistidos en ese Centro, ya que consta de 8 pacientes, 6 derivados de otras Instituciones y 2 del área de influencia del Hospital.

Este hecho nos induce a pensar que hay reticencia o actitud prejuiciosa con respecto a embarazadas con rotura aneurismática y que la conducta predominantemente es la expectante.

Tal proceder parece carecer de asidero médico ya que un aneurisma roto es al menos tan peli-

groso como en una persona no embarazada y probablemente más, habida cuenta de la hipervolemia del 3er. trimestre.

La justificación parece siempre una cuestión afectiva y de desconocimiento de las posibilidades de la neurocirugía. Nuestra conducta anteponiendo la vida de la madre a la del feto simplificó de alguna manera el problema y fue bien comprendido por la familia en todos los casos.

El problema intraoperatorio que plantean estas pacientes está determinado por la necesidad de asegurar una perfusión placentaria adecuada durante toda la intervención lo cual parece contraponerse a la necesidad de utilizar hipotensión controlada durante la disección aneurismática.

En 3 de las pacientes asistidas por Drake se produce bradicardia fetal acentuada por complicaciones intraoperatorias que exigen descensos importantes de la TAM. En 2 de nuestras enfermas se observa asimismo bradicardia fetal que desaparece al subir la presión arterial de la madre. Tanto los casos descritos por Drake y los nuestros, aquí relatados, no presentaron alteraciones neonatales ni malformaciones congénitas siendo calificados los niños como normales.

Todas estas operaciones deben realizarse en conjunto con el grupo de obstetras cuando el feto tiene expectativas de viabilidad ya que si ocurriera una rara complicación intraoperatoria debería tratarse de salvar el feto.

Nos parece por lo tanto que dado el desarrollo de las técnicas anestésicas y microquirúrgicas, el abordaje intracraneano de la lesión es la conducta correcta.

### BIBLIOGRAFIA

1. CANNELL, D. E., BOTERELL, E. H. Subarachnoid hemorrhage and pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 12: 844, 1956.
2. MINIELLY, R., YUZPE, A. A., DRAKE, C. G. Subarachnoid hemorrhage secondary to ruptured cerebral aneurysm in pregnancy. *Obst. and Gynecol.* 53, 64. 1979.
3. ROBINSON, J. L., HALL, C. J. Subarachnoid hemorrhage in pregnancy. *J. Neurosurg.* 36: 27, 1972.