

ANEURISMAS EN AGUDO.

Nuestra experiencia y conclusiones. Presentación de un nuevo caso de interés.

C. A. ARA, J. A. FERNANDEZ, M. D. PIEROTTI

Paraná, Entre Ríos

PALABRAS CLAVES: Aneurisma en agudo - Vasoespasmo - Edema cerebral.

Nuestra experiencia en aneurismas cerebrales tratados quirúrgicamente en agudo, es de sólo seis casos, habiendo considerado como tales aquellos en los que el tiempo transcurrido entre la presentación del cuadro clínico de hemorragia meníngea y el abordaje quirúrgico fue menor de diez horas.

Evidentemente existen diversos motivos que hacen poco probable la posibilidad de este tratamiento: en primer término se debe contar con un paciente con un nivel de conciencia aceptable sin severo compromiso neurológico que nos indique la ausencia de una lesión parenquimatosa que pueda influir en forma negativa en el abordaje quirúrgico. Otro de los factores es la demora habitual entre la primera atención del paciente y la consulta con el neurocirujano, como así también la necesidad de contar con un equipo radiológico-quirúrgico en permanente estado de alerta y en condiciones de actuar en cualquier momento.

El orden que seguimos para el estudio de estos casos es en primer término, la TAC con la que hemos podido comprobar en todos los casos, la presencia de sangre en cisternas, como así también valorar el estado del parénquima en lo que se refiere a presencia de hematomas y/o lesiones isquémicas que provoquen edema e indiquen en forma negativa para el abordaje quirúrgico, no dejando de tener en cuenta el hecho de que por el corto tiempo transcurrido pueden no

aparecer signos de isquemia y consecuente edema que son entre otros, los factores que se tratan de evitar con el abordaje quirúrgico precoz. El tamaño de las cavidades ventriculares como así también el de los espacios subaracnoides, nos dará una idea del estado de la circulación del LCR.

El siguiente estudio es el angiográfico, y confirmada la presencia del aneurisma pasa el paciente directamente al quirófano para ser intervenido.

En nuestros casos dos aneurismas fueron todos del territorio anterior.

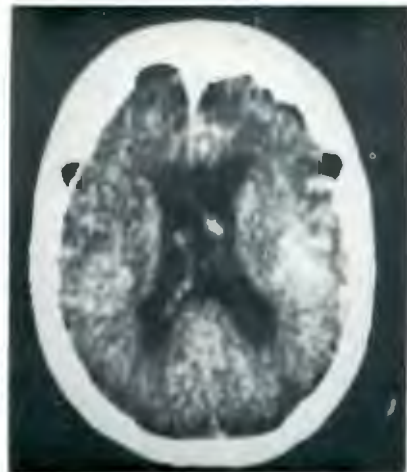
La craneotomía que llevamos a cabo fue la clásica frontotemporal. Habitualmente no hacemos craneotomías demasiado pequeñas.

Al abrir duramadre el cerebro impresiona edematoso, lo que en realidad se debe a la distensión del espacio subaracnoideo por el contenido de sangre en el LCR que provoca una disminución en la capacidad de absorción del mismo, al abrirlo se logra una evacuación que permite la colocación de la espátula cerebral para continuar aspirando el LCR con sangre a través ya, de la apertura de la aracnoides pericarotídea y obtener una buena retracción cerebral para el abordaje.

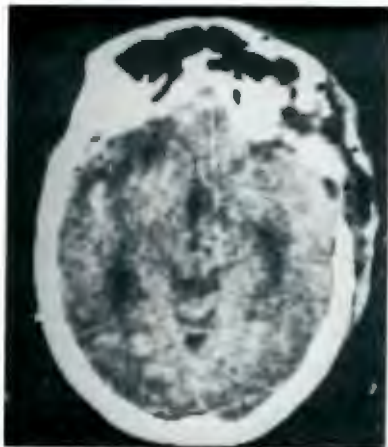
Hemos podido comprobar la ausencia de adherencias aracnoidales tanto en los elementos anatómicos como en el aneurisma mismo, lo que indudablemente facilita la disección. Sólo



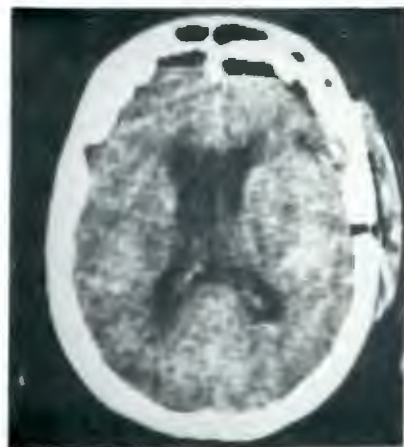
A



B



C



D

Figura 1. A y B. TAC (sin contraste). Preoperatorio. A tres horas de ocurrida la hemorragia: importante contenido sanguíneo en cisternas. C y D. TAC (sin contraste). Postoperatorio. A treinta y seis horas de ocurrida la hemorragia: se observa una casi total desaparición de la sangre sin presentar variación el tamaño de las cavidades ventriculares.

en uno de los casos hallamos adherencias de importancia comprobándose luego, que el paciente había sufrido también, un episodio de hemorragia ocho días antes, y que no había sido interpretado como tal.

La evolución inmediata de todos nuestros pacientes, fue favorable, no existiendo desmejoría con relación al preoperatorio.

Tuvimos un caso de muerte en una paciente de treinta y cinco años, que luego de tener una buena evolución, a los siete días de la intervención presentó una severa meningitis a gérmenes Gram negativo, que no respondió al tratamiento, evidenciando signos de disminución de sus defensas que atribuimos, como probable causa, al uso de corticoides en megadosis.

En algunos de los casos se pudo comprobar la ausencia de signos meníngeos en el postopera-

torio, que atribuimos al "lavado" del espacio subaracnoideo, al extraer el LCR con sangre mediante la aspiración continua durante la intervención, factor que ha de incidir en la reducción del riesgo de vasoespasmó y sus consecuencias.

Algunos de nuestros casos ya fueron presentados en un anterior trabajo. En esta ocasión hemos considerado de interés, por sus características particulares, el último que hemos intervenido.

Se trata de una mujer de setenta y cuatro años, con antecedentes de insuficiencia vascular del territorio vértebro-basilar, que nos es derivada, con carácter urgente, por haber sufrido un TEC frontal derecho, como consecuencia de una caída mientras se bañaba, presumiéndose la presencia de un hematoma extradural, por presentar anisocoria.



A



C



B



D

Figura 2. A y B. ACD: muestra el compromiso de la luz de la carótida cervical y el aneurisma de sifón supraclinoideo.
C. Aneurisma "en espejo" de menor tamaño.
D. ACD post operatorio: el aneurisma clipado, sin constatarse vasoespasm.

Al examen se constata herida superciliar derecha, confusión mental, no responde correctamente al interrogatorio haciéndolo en forma balbuceante. Existe una menor iniciativa con los miembros izquierdos y un III par completo derecho. El fondo de ojo no revela hemorragias ni signos de edema, no hay rigidez de nuca.

En forma inmediata se realiza una TAC (habiendo transcurrido tres horas del comienzo del cuadro) que evidencia un importante contenido de sangre en cisternas y espacio subaracnoideos corticales con cavidades ventriculares acordes con su edad. A continuación se lleva a cabo

una angiografía carotídea bilateral, que muestra un importante compromiso en carótida cervical y un gran aneurisma bilobulado de sifón carotídeo supraclinoideo derecho, existiendo en el lado opuesto otro de igual ubicación pero de menor tamaño.

Se decide la intervención quirúrgica del aneurisma comprometido que se inicia a las cinco horas y media del comienzo del cuadro. Se aborda según técnica que hemos relatado llamando la atención la importante concentración de sangre en el LCR, que en determinado momento nos hizo sospechar que el aneurisma estuviera sangrando, lo que fue descartado posteriormente.

El cerebro permitió una buena retracción del mismo, pudiendo realizarse la disección del aneurisma sin el inconveniente de adherencias aracnoideas, colocándose en su amplio cuello un clip de Yasargil, observándose en carótida a ese nivel un importante ateroma.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, existiendo un cierto compromiso de la conciencia que no podemos descartar totalmente, pueda haberse debido al traumatismo frontal, comprobándose además que no presentaba rigidez de nuca.

A las treinta y seis horas de haber sufrido la hemorragia meníngea se realizó una TAC, que evidenció la desaparición de la sangre del espacio subaracnoideo y cisternas, que atribuimos a la aspiración intraoperatoria de LCR con sangre, constatándose asimismo la ausencia de bloqueo del espacio subaracnoideo mediante la medición del tamaño de las cavidades ventriculares que no sufrieron cambios con respecto a la primera TAC.

A los siete días se realizó un nuevo control tomográfico sin variantes, y a los diez días la angiografía que mostró un clipado satisfactorio del aneurisma y ausencia de vasoespasma.

Progresivamente la paciente se ha recuperado existiendo sólo una muy leve hemiparesia izquierda a los veinticinco días de la intervención.

Conclusiones

Consideramos que el tratamiento quirúrgico en agudo de los aneurismas tiene ventajas en lo que respecta a:

1. buenas condiciones del cerebro para el abordaje.
2. permite el "lavado" del espacio subaracnoideo mediante la aspiración del LCR con el contenido sanguíneo, lo que consideramos reducirá el riesgo de vasoespasma y sus consecuencias.
3. ausencia de adherencias aracnoideas que sí, se producen en los casos de intervenciones alejadas.
4. evitar un resangrado del aneurisma en el período de espera clásico en el caso del tratamiento quirúrgico diferido.

Resumen

Se hace referencia a seis casos de aneurismas operados en agudo (dentro de las diez horas de ocurrida la hemorragia), remarcando las ventajas de tal conducta por permitir un abordaje sin edema cerebral, evitar los efectos de la hemorragia meníngea en casos de períodos prolongados de tiempo con referencia al vasoespasma, edema cerebral e irritación meníngea además de la importancia de evitar una nueva ruptura aneurismática.

Se presenta el caso de una paciente de setenta y cuatro años que por sus características particulares hemos considerados de interés, en la que se realizó un seguimiento tomográfico valorando en el mismo, la evolución de la hemorragia meníngea y sus consecuencias, como así también el cuadro clínico.