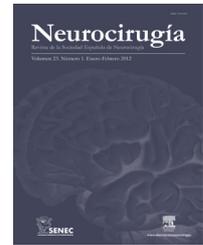


NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia


Caso clínico

Tratamiento endovascular de un aneurisma «verdadero» de la arteria comunicante posterior

Rafael Almeida-Pérez^{a,b}, Héctor Espinosa-García^b, Gabriel Alcalá-Cerra^{a,c,*},
Ginna de la Rosa-Manjarréz^b y Fernando Orozco-Gómez^b

^a Sección de Neurocirugía, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

^b Servicio de Neurocirugía Endovascular y Neuroradiología Intervencionista, Neurodinamia S.A., Cartagena de Indias, Colombia

^c Grupo de Investigación en Ciencias de la Salud y Neurociencias (CISNEURO), Cartagena de Indias, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de febrero de 2013

Aceptado el 19 de mayo de 2013

On-line el 5 de julio de 2013

Palabras clave:

Aneurisma cerebral
Hemorragia subaracnoidea
Aneurisma de la arteria comunicante posterior
Espirales endovasculares

Keywords:

Cerebral aneurysm
Subarachnoid haemorrhage
Posterior communicating artery aneurysm
Endovascular coiling

RESUMEN

Los aneurismas verdaderos de la arteria comunicante posterior se originan de la pared de esta arteria sin comprometer la carótida interna, lo que permite diferenciarlos de los aneurismas del segmento comunicante posterior. Estas lesiones son infrecuentes, por lo que sus relaciones anatómicas no han sido descritas en detalle y los reportes referentes a su tratamiento endovascular son escasos.

En el presente manuscrito se expone el caso de un paciente portador de un aneurisma verdadero de la arteria comunicante posterior izquierda que fue tratado por vía endovascular. Además se presenta una revisión de la literatura para ilustrar los detalles anatómicos y técnicos más relevantes para lograr su tratamiento exitoso.

© 2013 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Endovascular coiling of a «true» posterior communicating artery aneurysm

ABSTRACT

True posterior communicating artery aneurysms originate exclusively from the wall of this artery and should be differentiated from aneurysms of the posterior communicating segment of the distal carotid artery. As these lesions are rare, their anatomical relationships have been poorly described; likewise, reports concerning their endovascular treatment are extremely rare and the technical aspects poorly detailed.

A case of a patient with a true aneurysm of the left posterior communicating artery treated by endovascular coiling is presented. A literature review was also conducted to illustrate the anatomical and technical details relevant to achieving its successful treatment.

© 2013 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Introducción

Los aneurismas del complejo comunicante posterior representan el 25% de todos los aneurismas intracraneales y el 50% de los que se originan en la arteria carótida interna (ACI)¹. Típicamente su cuello se identifica en el aspecto posterior de la pared arterial, inmediatamente por encima del borde distal del origen de la arteria comunicante posterior (AcomP), aunque también pueden encontrarse en la unión de la ACI con la AcomP, en la pared posterior de la ACI sin involucrar el origen de la AcomP o en la unión de la AcomP y el segmento P1 de la arteria cerebral posterior². Aproximadamente del 4,6 al 13% de los aneurismas del segmento comunicante posterior se ubican exclusivamente sobre la pared de la AcomP, sin guardar relación con la ACI; se denominan «verdaderos» y representan entre el 0,1 y el 2,8% de todos los aneurismas intracraneales^{3,4}.

Las experiencias publicadas con el tratamiento endovascular de estas lesiones son sumamente escasas⁵⁻⁸. En un reciente metaanálisis realizado por He et al.³, solo en 4 casos se utilizó este método para la exclusión del aneurisma.

En el presente manuscrito se describe el tratamiento endovascular de un paciente portador de un aneurisma verdadero de la AcomP y se discuten algunos aspectos anatómicos y técnicos importantes para su tratamiento exitoso.

Caso clínico

Un paciente masculino de 63 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, fue admitido en la sala de urgencias con cefalea súbita, de severa intensidad, asociada a disartria, síncope y deterioro progresivo del estado de conciencia. Al

ingreso se encontró estuporoso, con rigidez de nuca y signo de Kernig.

Se practicó una tomografía axial computarizada cerebral sin contraste, la cual reveló una hemorragia subaracnoidea con extensión intraventricular (Fisher IV).

Se realizó una angiografía cerebral con sustracción digital y reconstrucción tridimensional, la cual demostró un aneurisma sacular de 3,3 × 6 mm, con un cuello de 2,3 mm, originándose de la pared posterior y superior de la AcomP, cuyo domo se dirigía hacia arriba, atrás y lateralmente. La AcomP izquierda era de patrón fetal y el segmento P1 de la arteria cerebral posterior presentaba aplasia angiográfica (fig. 1).

Debido a la severidad del cuadro clínico, clasificado como grado IV tanto en la escala de Hunt & Hess como en la de la Federación Mundial de Cirujanos Neurológicos, se indicó tratamiento endovascular.

El procedimiento fue realizado bajo anestesia general, utilizando acceso arterial transfemoral, a través del cual se ascendió un catéter guía de 125 cm (VTK; Cook, Inc., Bloomington, EE.UU.) de forma coaxial con un catéter guía de 95 cm y 6-French (Chaperon™; Microvention, Inc., Tustin, EE.UU.) y uno de 0,035 × 2,6 m con guía hidrofílica blanda (Terumo®, Tokyo, Japón), hasta alcanzar el segmento supraclinoideo de la ACI. Se posicionó un microcatéter Excelsior® 1018 (Boston Scientific, Cork, Irlanda) con una microguía (Xpedion 14; Covidien Neurovascular, Irvine, EE.UU.) en el interior del saco aneurismático y se procedió a la compactación progresiva de espirales de liberación controlada (coils) tipo Guglielmi, logrando la oclusión satisfactoria del aneurisma (fig. 1D). No se presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento.

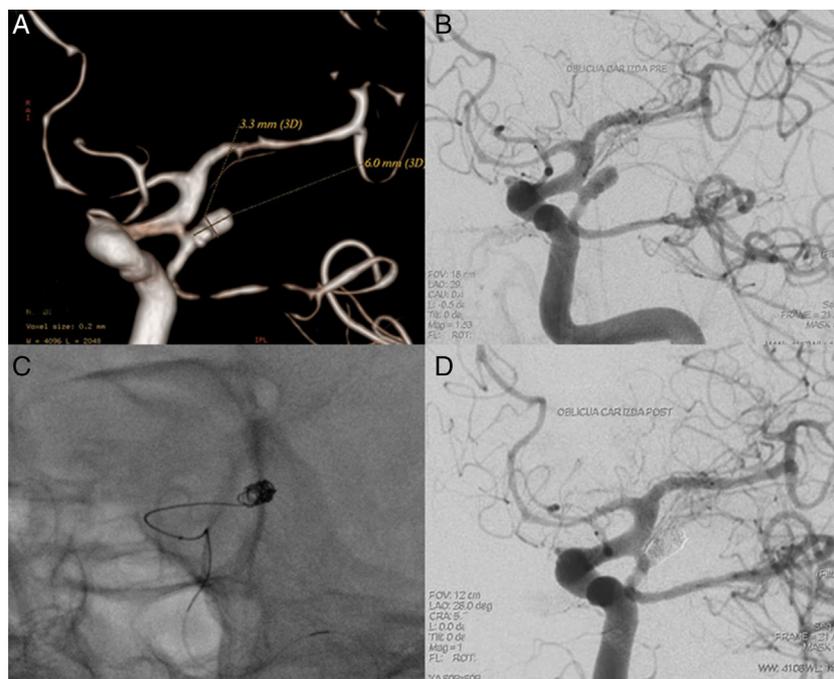


Figura 1 – Angiografía por sustracción digital de la arteria carótida interna izquierda donde se observa aneurisma verdadero de la arteria comunicante posterior. A) Proyección oblicua. B) Reconstrucción angiográfica tridimensional. C) Compactación de espirales (coils) en el saco aneurismático. D) El control inmediato al final del tratamiento muestra oclusión del aneurisma en su fondo, cuerpo y cuello, preservando la permeabilidad de la arteria comunicante posterior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071443>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071443>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)