

## Tratamiento microquirúrgico de los aneurismas de la bifurcación de la carótida interna

J.M. González-Darder; P. González-López y L. Botella-Maciá

Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio Valenciano de Salud.

### Resumen

Se presentan los hallazgos clínicos y de imagen de una serie de 14 aneurismas de bifurcación de la arteria carótida interna tratados microquirúrgicamente. Un total de 10 lesiones no se habían roto y las 4 restantes se presentaron con hemorragia subaracnoidea y hematoma frontobasal. El diagnóstico se realizó con técnicas de neuroimagen (TAC, angio-TAC-3D; angio-RNM, angiografía), aunque los pacientes con aneurismas rotos fueron intervenidos con los hallazgos proporcionados por el angio-TAC-3D. El tamaño medio del saco era de 8.4mm (3-13.3) y el del cuello 6.8mm (3-9.6), con una relación saco/cuello de 1.32 (0.46-2.05). Las lesiones se trataron por vía pterional sin incidencias y con ayuda de clipaje temporal en todos los casos. Se utilizaron técnicas peroperatorias de neuroprotección, neuromonitorización y determinación de flujo vascular con micro-doppler. Los resultados clínicos han sido excelentes, con 13 pacientes con GOS 5 y uno con GOS 4 a partir de los tres meses del alta y exclusión del aneurisma en los controles angiográficos postquirúrgicos realizados en los pacientes con aneurisma roto.

**PALABRAS CLAVE:** Aneurisma cerebral. Hemorragia subaracnoidea. Craneotomía.

### Microsurgical treatment of internal carotid bifurcation aneurysms

#### Summary

Clinical and imaging findings of a series of 14 internal carotid artery bifurcation aneurysms microsurgically treated are presented. A total of 10 lesions were diagnosed before rupture and 4 patients presented with subarachnoidal hemorrhage and frontobasal intracerebral bleeding. Diagnosis was done using neuroimaging (CT scan, angio-CT-3D, angio-MRI, angiography) but

patients with ruptured aneurysms were treated with the sole information provided by the angio-CT-3D. The average fundus size was 8.4mm (3-13.3) and the average neck size was 6.8mm (3-9.6), being the fundus-to-neck ratio 1.32 (0.46-2.05). All lesions were microsurgically treated through a pterional approach with the help of temporary clipping of the afferent vessel in all cases. We used peroperative neuroprotective, neuromonitorization and micro-doppler cerebral flow measurement. Clinical results were excellent with 13 patients GOS grade 5 and one grade 4 three month afterwards of hospital discharge and complete exclusion of the lesion in angiographic controls done solely in patients with ruptured lesions.

**KEY WORDS:** Cerebral aneurysm. Subarachnoid hemorrhage. Craniotomy

#### Introducción

Los aneurismas de la bifurcación de la carótida interna (AnBIF) asientan en una zona de gran stress hemodinámico. Esta característica, junto al hecho de afectar a individuos jóvenes, tendencia al crecimiento y sangrado, alta tasa de resangrado precoz y presentar una relación cuello-fondo poco favorable, convierten a estos aneurismas cerebrales en buenos candidatos al tratamiento microquirúrgico frente al tratamiento endovascular. Sin embargo, y aun teniendo en cuenta que la incidencia de estos aneurismas sea relativamente baja, las referencias en la bibliografía sobre este subgrupo de aneurismas son muy escasas<sup>1,3,6,7,8,9,12,15,16</sup>.

El propósito de este trabajo es repasar la experiencia propia en el tratamiento microquirúrgico de los AnBIF y revisar la bibliografía al respecto para establecer las características clínicas y las pautas de manejo de los mismos.

#### Material y método

Se incluyen un total de 14 casos de AnBIF tratados microquirúrgicamente por el primer autor en 14 pacientes. Se han estudiado las características clínicas de los pacien-

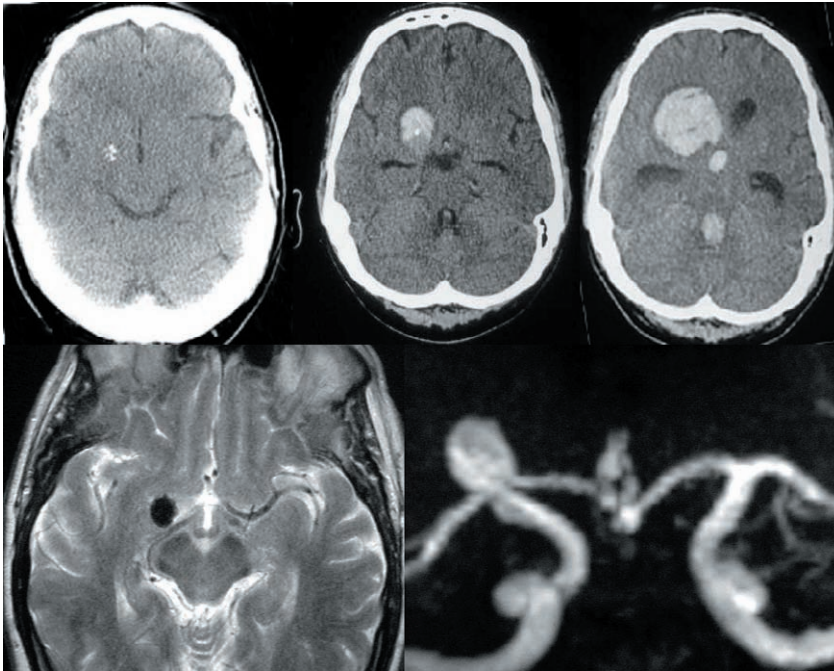


Figura 1. Diagnóstico por imagen de los AnBIF. Fila superior de izquierda a derecha: imagen de TAC con una calcificación en cisternas basales correspondiente a un aneurisma no roto; hematoma frontobasal con imagen en negativo del aneurisma roto; imagen de gran hemorragia frontobasal abierta a ventrículos. Fila inferior: estudio de RNM y angio-RNM de un aneurisma no roto.

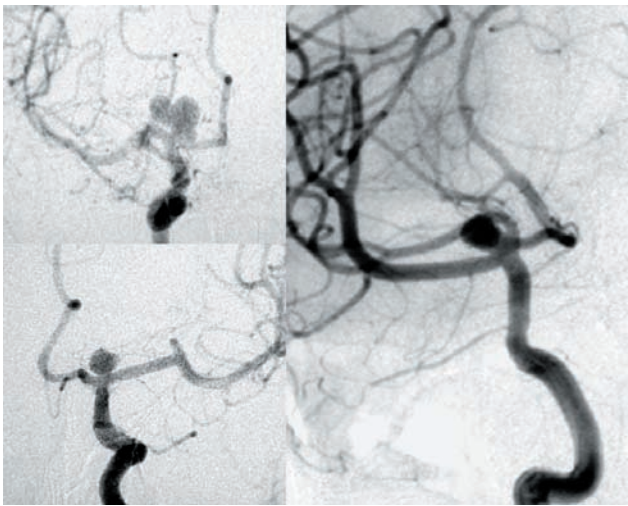


Figura 2. Diagnóstico por imagen de los AnBIF. Estudio angiográfico anteroposterior de un aneurisma sacular multilobulado derecho (arriba-izquierda), otro simple izquierdo (abajo-izquierda) y de un aneurisma derecho, con una arteria cerebral media accesoria que sale de la misma bifurcación carotídea (derecha).

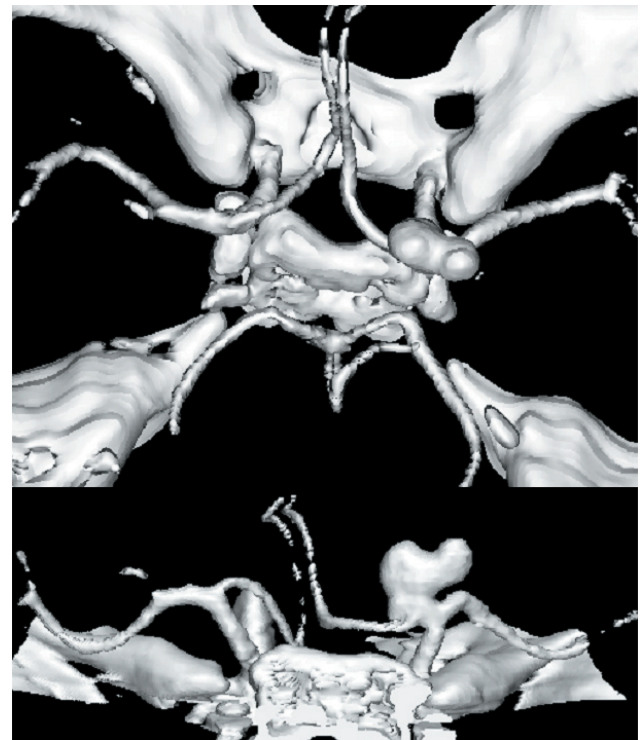


Figura 3. Diagnóstico por imagen de los AnBIF. Estudio con angio-TAC-3D de un aneurisma multilobulado derecho en una visión superior y posterior.

tes y de los parámetros anatómicos de las lesiones intervenidas. Para ello, los pacientes fueron clasificados a su ingreso según los grados de la World Federation of Neurological Surgeons (WFNS)<sup>11</sup>. Los pacientes que precisaban intubación orotraqueal se clasificaban como grado 4 si presentaban reactividad a los estímulos nociceptivos y como grado 5 si no presentaban reactividad o estaban en coma barbitúrico. El resultado evolutivo se ha valorado mediante

los grados del Glasgow Outcome Scale (GOS)<sup>5</sup>, tanto al alta hospitalaria como a los tres, seis y doce meses. Todas las incidencias del ingreso hospitalario y evolución de cada uno de los pacientes se recogían de forma sistemática en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071832>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071832>

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