

ANEURISMAS ROTOS TRATADOS CON TÉCNICAS MICROQUIRÚRGICAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Claudio Yampolsky, Pablo Jalón, Álvaro Campero, Carlos Rica, Conrado Rivadeneira

Servicio de Neurocirugía, Sanatorio Güemes, Buenos Aires.

ABSTRACT

Objective: to present our experience in ruptured aneurysms treated microsurgically

Method: medical records of 26 patients with SAH due to ruptured aneurysms that were operated between June 2001 and June 2003 were analyzed.

Results: 25 aneurysms were microsurgically clipped and one was packed. Global Glasgow Outcome Scale (GOS) was: GOS 5-4: 14/26 patients; GOS 3: 3/26 patients; GOS 1-2: 8/26 patients.

Conclusion: the best treatment for ruptured aneurysms is early surgery. As in many others series we find a relationship between clinical presentation and outcome.

Key words: ruptured aneurysms, clipped, Global Glasgow Outcome Scale

Palabras clave: ruptura aneurismática, clipado, Escala de Glasgow

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) es una entidad de gran importancia a nivel mundial, tanto por su incidencia, 28.000 casos por año en EE.UU.¹, como por su gravedad, con una mortalidad global aproximada del 50%². No existe consenso acerca del mejor momento para la cirugía así como tampoco acerca de la conveniencia del tratamiento endovascular o microquirúrgico. En este trabajo presentamos una serie de 26 pacientes con diagnóstico de HSA, intervenidos con técnica microquirúrgica, analizando el timing quirúrgico, estado neurológico preoperatorio, resultados y comparándolos con otras series.

MATERIAL Y MÉTODO

En un período de 2 años, desde junio de 2001 hasta junio de 2003 fueron intervenidos 26 pacientes con aneurismas rotos: 16 mujeres (61,53%) y 10 hombres (38,46%), con una edad media de 45,84 años.

Diez y nueve pacientes (73%) fueron admitidos

durante las primeras 24 horas del evento hemorrágico 3 (11,53%), entre el primero y séptimo día de sangrado. El resto luego de los 7 días.

En 25 pacientes se efectuó el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea mediante tomografía computada (TAC), en uno, mediante una punción lumbar.

Según la escala de Hunt y Hess (HH), al momento de la internación, con grados I-II se presentaron 16 pacientes (61,53%); grado III, 5 (19,23%); y grados IV-V, 5 (19,23%). Con un Fisher I, 1 (3,84%); II, 6 (23%); III, 8 (30,76%); IV, 11 (42,3%). En todos los casos se realizó una angiografía digital cerebral dentro de las 36 horas de admisión, con 2 resultados negativos (7,7 %), que positivizaron a los 21 días.

El tiempo promedio hasta la intervención quirúrgica para los pacientes con un HH de 1-2-3 fue de 3,52 días. Para HH 4-5, de 9,4 días.

Cinco pacientes tenían aneurismas múltiples. En 2 pacientes se realizó el clipado en el mismo acto quirúrgico, 3 fueron reintervenidos entre los 3 y 5 meses.

RESULTADOS

Se realizó el clipado con técnicas microquirúrgicas de 25 aneurismas, debiéndose empaquetar

uno. Con un seguimiento de 3 a 24 meses, el Glasgow Outcome Scale (GOS) global fue: 5-4: 53,84%; 3: 15,38% y 2-1: 30,76%.

La evolución postoperatoria de los pacientes en relación al HH y al Fisher se muestra en las Tablas 1 y 2.

Se colocaron 12 derivaciones ventriculares externas. Los pacientes con HH 4-5 y Fisher 4 tuvieron una sobrevida entre el 40 y 50%.

Tabla 1. Relación entre el Hunt y Hess y el Glasgow Outcome Scale

HH 4-5 n= 5	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)
HH 3 n= 5	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)
HH 1-2 n=16	3 (18%)	2 (12,5%)	11 (68%)
	GOS 1-2	GOS 3	GOS 4-5

Tabla 2. Relación entre el Fisher y el Glasgow Outcome Scale

Fisher IV n=11	6 (54,54%)	3 (27,27%)	2(18,18%)
Fisher III n=8	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62%)
Fisher II n=6	—	—	6 (100%)
Fisher I n=1	—	—	1 (100%)
	GOS 1-2	GOS 3	GOS 4-5

DISCUSIÓN

Se presenta una serie de 26 pacientes con aneurismas rotos, todos resueltos microquirúrgicamente. El 73% de las internaciones fueron durante el período agudo, con un promedio de 3,52 días hasta la intervención para pacientes con buen estado neurológico (HH 1-2). Compartimos el criterio de una cirugía precoz en estos casos en la medida que el equipo quirúrgico se encuentre preparado para ella.

Como describe Spetzler³, en pacientes con un HH 4-5 y Fisher 4, una conducta quirúrgica agresiva, realizando evacuación de hematoma asociado, colocación de drenaje ventricular, o con el clipado del aneurisma, puede acompañarse de resultados favorables, disminuyendo la mortalidad del 100% al 40% en su serie, o al 60% en la que así se describe.

Coincidiendo con otras series⁴, los mejores resultados se presentan en los grados 1 y 2 de HH, y en los casos con poca evidencia de sangrado en la tomografía, con un 70% y un 100% respectivamente, en nuestra serie.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de los aneurismas intracraneales rotos debe realizarse en forma precoz y con métodos microquirúrgicos (clipado) por equipos entrenados convenientemente. Al igual que en series internacionales señalamos una clara relación entre la presentación clínica del paciente (HH) y la evolución en el postoperatorio (GOS).

Bibliografía

1. Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4ª ed. Florida: Greenberg Graphics; 1997.
2. Papalini F, Torino R, Konsol O, Bochiardo E. Recomendaciones para el manejo de la hemorragia subaracnoidea aneurismática. **Rev Argent Neuroc** 2002; 16: 33-9.
3. Bailes JE, Spetzler RF, Hadley MN, Baldwin HZ. Management morbidity and mortality of poor-grade aneurysm patients. **J Neurosurg** 1990; 72: 559-66.
4. Koivisto T, Vanninen R, Hurskainen H, Saari T, Hernesniemi J, Vapalahti M. Outcomes of early endovascular versus surgical treatment of ruptured cerebral aneurysms. **Stroke** 2000; 31: 2369-77.