

## RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN 30 ANEURISMAS OPERADOS EN 27 PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

*Autores: Rubino, Pablo; Lambre, Jorge; Salas, Eduardo; Franze, Osvaldo; Marogna, Nerina; Pirozzo Mariano. Servicio de Neurocirugía, Hospital de Alta Complejidad En Red "El Cruce" S.A.M.I.C.*

*Palabras Clave: Aneurisma cerebral, Hemorragia subaracnoidea, Glasgow Outcome Scale.*

### Introducción:

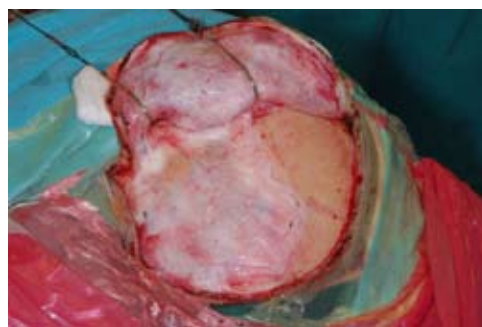
En la década del 50 se abogaba por dejar librados a su evolución espontánea a los aneurismas cerebrales rotos debido a la mayor mortalidad que representaba la cirugía respecto de la evolución natural de la enfermedad. Pocas décadas más tarde, con el advenimiento de las técnicas microquirúrgicas y la evolución de los estudios por imágenes, esos tiempos han quedado en el olvido.

Los aneurismas cerebrales representan la tercera causa de mortalidad y la primera en producción de secuelas neurológicas graves, sobre todo en la población joven.

La realización de un tratamiento único, y cuya eficacia se mantenga, de manera probada, a lo largo de la vida de los pacientes debería ser el estándar de oro de esta patología.



*Fig. 1: Posición Quirúrgica: rasurado y marcación de una incisión Pterional*



*Fig. 2: Disección del "Flap" de piel en un Abordaje Pterional clásico*

### Objetivo:

Evaluar la evolución post-operatoria de un grupo de pacientes de nuestro servicio con hemorragia subaracnoidea (HSA) y portadores de aneurismas cerebrales, a los cuales se les realizó clipado microquirúrgico.

### Materiales y métodos:

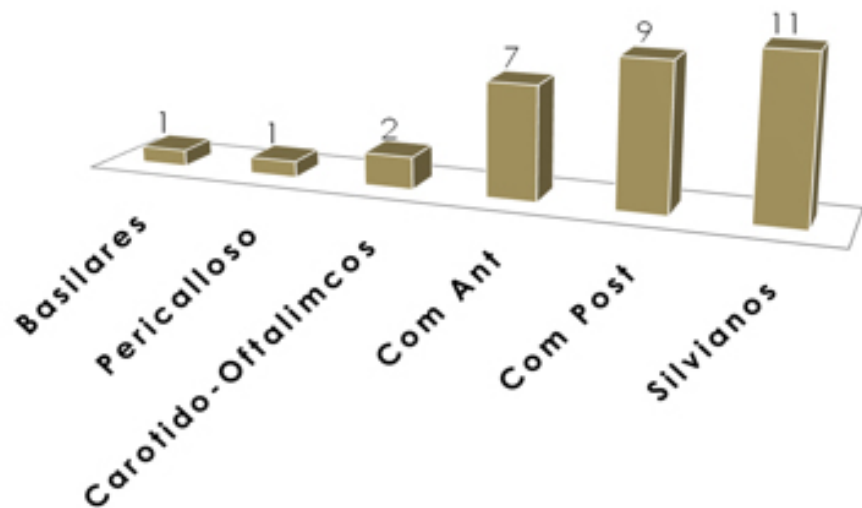
Durante el período comprendido entre marzo de 2009 y abril de 2010, Se realizó, en el Hospital de Alta Complejidad en Red “El Cruce” S.A.M.I.C., el seguimiento retrospectivo de pacientes que fueron diagnosticados por HSA en primera instancia y luego de confirmada la etiología aneurismática, fueron clipados.

El número de pacientes incluidos para este estudio fue de 27 (N 27). El número de aneurismas clipados fue de 30. Los pacientes fueron clasificados al ingreso mediante las escalas de Glasgow y Hunt-Hess como predictores de mortalidad; y Fisher como predictor de riesgo de vasoespasmo.

Luego del tratamiento quirúrgico e inmediatamente previo al alta, se reclasificó a los pacientes mediante la escala de Glasgow al alta - “Glasgow outcome scale” (GOS). El seguimiento se realizó mediante GOS a cada paciente, a los 30 días, 6 y 12 meses.

### Resultados:

La localización más frecuente de aneurismas rotos que requirieron resolución quirúrgica se expresa en el cuadro 1.

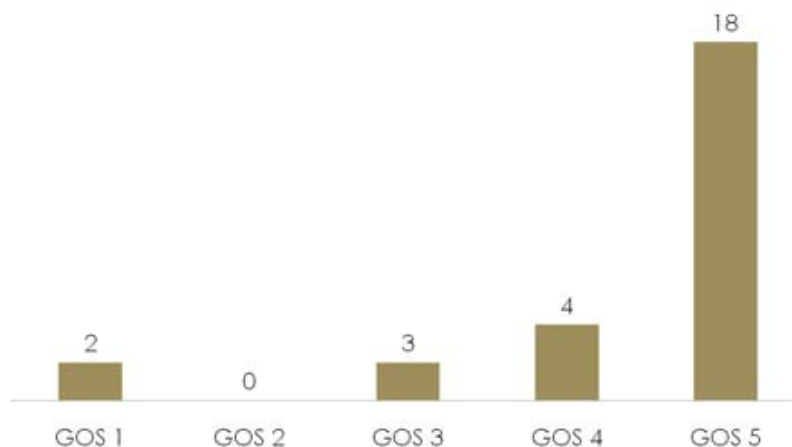


Cuadro 1: Localizaciones encontradas de aneurismas cerebrales rotos en 30 pacientes con HSA que requirieron intervención quirúrgica.

La mortalidad global en el grupo de estudio fue del 7%. Este resultado se ve influenciado directamente por la población estudiada según el valor para el Hunt-Hess que se diagnostica al ingreso. A la población sujeto de nuestro estudio se la separó en tres grupos, los valores para cada uno de estos grupos fueron los siguientes:

H-H 1 y 2: 52% H-H 3: 37% H-H 4 y 5: 11%.

Sobrevivió el 93% de los pacientes, de estos el 25% presentó algún grado de secuela. Las mismas se analizaron temporalmente mediante la escala de GOS a los 30 días, a los 6 y a los 12 meses. Los resultados del GOS al año se expresan en el cuadro 2.



*Cuadro 2: Valores totales correspondientes al GOS obtenido al año mediante evaluación directa con el paciente en consultorios externos. Referencia: GOS 1: GOS 2: GOS 3: GOS 4: GOS 5:*

La complicación más observada, y que tiene relación directa con la patología que se analizó fue la hidrocefalia, cuya incidencia fue del 3%, y no registró variaciones estadísticamente significativas con respecto a la ubicación del aneurisma.

#### **Conclusiones:**

Debido a nuestros resultados (7% de mortalidad) creemos que es importante jerarquizar a la microcirugía-clipado de los aneurismas cerebrales, para pacientes con regular a buen estado neurológico (Hunt-Hess 3 o menos), siendo por ello, el clipado de los aneurismas cerebrales rotos, nuestra primera opción terapéutica.

### Bibliografía:

1. *Chen PR, Amin-Hanjani S, Albuquerque FC, McDOUGALL c, Zabramski JM, Spetzler RF. Outcome of oculomotor nerve palsy from posterior communicating artery aneurysms: Comparison of clipping and coiling. Neurosurgery 2006; 58:1040-6.*
2. *Ojemann RG, Crowell RM. Internal carotid artery aneurysms. Surgical Management of Cerebrovascular Disease. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1988.p.179-98.*
3. *Peerless SJ, Drake CG: Management of aneurysms of the posterior circulation, in Youmans JR (ed): Neurological Surgery. A Comprehensive Reference Guide to the Diagnosis and Management of Neurosurgical Problems, 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990, pp 1764-1806.*
4. *Sato S, Suzuki J : Prognosis in cases of intracranial aneurysm after incomplete direct operations. ActaNeurochir (Wien) 24 : 245-252, 1971*
5. *Sundt TM Jr: Results of surgical management, in Sundt TM Jr (ed): Surgical Techniques for Saccular and Giant Intracranial Aneurysms. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990, pp 19-23.*
6. *Wiebers DO, Whisnant JP, Huston 3rd, Meissner I, Brown RD Jr, Piegras DG, et al. Unruptured intracranial aneurysms: Natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. Lancet 2003; 362:103-10.*
7. *Yasargil MG: Clinical considerations, in Yasargil MG (ed): Microneurosurgery II. Clinical Considerations, Surgery of the Intracranial Aneurysms and Results. New York, Thieme-Stratton, 1984, pp 1-32.*
8. *Ponce FA, Spetzler RF, Han PP, Wait SD, Killory BD, Nakaji P, Zabramski JM: Cardiac standstill for cerebral aneurysms in 103 patients: an update on the experience at the Barrow Neurological Institute. J Neurosurg. 2010; 0:0, 1-8.*
9. *Robert A. Solomon, MD; Stephan A. Mayer, MD; John J. Tarmey, BS: Relationship Between the Volume of Craniotomies for Cerebral Aneurysm Performed at New York State Hospitals and In-Hospital Mortality. Stroke. 1996; 27:13-17.*