

Ruptura de aneurisma de tronco basilar en el postoperatorio del clipado de un aneurisma silviano

Dres. Pedro Benedek, Andrés De Tenyi, Juan Purriel, Jorge Pol Deus,
José Reyes Cibils y Juares Borges de Medeiros

Se presenta un raro caso de ruptura de un aneurisma de tronco basilar en el postoperatorio de un aneurisma silviano derecho, clipado con éxito, que produjo la muerte del paciente por inundación ventricular por perforación del piso del III ventrículo.

Palabras clave (Key Words, Most clés) MEDLARS:
Basilar artery aneurysm / Microneurosurgery.

Los aneurismas del sector posterior (arterias vertebrales, tronco basilar, arterias cerebelosas) representan entre el 15 y el 18 % de todos los aneurismas arteriales del encéfalo (1, 10, 12). La coexistencia de un aneurisma de sector posterior con otro del sector anterior (carotídeo) del polígono de Willis es rara (4). Más raro, aún, es que la hemorragia subaracnoidea se deba a la ruptura del aneurisma en el sector anterior (4, 6, 8, 9, 14).

Los autores presentan un caso de esta rara patología.

HISTORIA CLINICA

Se trata de un paciente de sexo masculino, J. M. M. (H. C. Nº 392.648), de 41 años, que el 6 de mayo de 1976 presenta en forma brusca cefalea fronto-orbitaria con irradiación al resto del cráneo, que cede espontáneamente en el curso de media hora. Pasa bien 48 horas y el 9 de mayo repite un episodio de cefalea brusca con vómitos. El 12 de mayo, mientras se afeitaba, presenta visión borrosa, mareos, vómitos y breve pérdida de conocimiento. Ingresa al Instituto de Enfermedades Infecto-Contagiosas donde, con diagnóstico de meningitis aguda, se le efectúa una punción lumbar que muestra líquido cefalorraquídeo hemorrágico y es enviado al Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas.

Al examen el paciente presenta cefalea y un intenso síndrome meníngeo. Con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma del sec-

Instituto de Neurología (Prof. A. Schroeder Otero). Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

tor anterior del polígono de Willis se realiza una arteriografía carotídea bilateral que demuestra un aneurisma silviano derecho con espasmo del sifón carotídeo homolateral (Fig. 1).

Se opera el 24 de mayo con técnica microneuroquirúrgica (2, 3, 5, 7, 11, 13), con microscopio de operaciones Zeiss OP Mi 1 y coagulación bipolar, realizándose —bajo hipotensión arterial provocada de 80 de máxima empleando nitroprusiato de sodio— el clipado del aneurisma previa coagulación de su cuello (técnica de Yasargil) (15, 16). Al día siguiente el paciente se sienta en el sillón y 24 horas después comienza a deambular por sus propios medios.

A las 60 horas de la operación, haciendo un esfuerzo para orinar, entra bruscamente en coma y presenta un paro respiratorio. Realizada la reanimación, el paciente permanece en coma profundo, con reactividad tónica extensopronadora bilateral.

Se realiza una punción lumbar que muestra líquido cefalorraquídeo intensamente hemorrágico. Se plantea un resangrado del aneurisma por zafadura del clip y se realiza inmediatamente una arteriografía carotídea derecha para descartar un hematoma subdural o intracerebral a punto de partida del aneurisma. Esta arteriografía (Fig. 2) demuestra que el aneurisma está perfectamente clipado, que todas las arterias del polí-

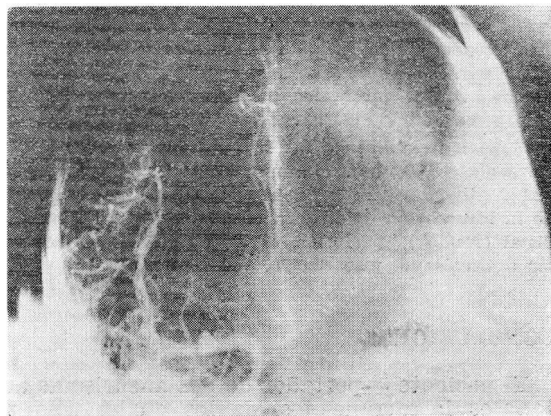


FIG. 1.— Arteriografía carotídea derecha, preoperatoria.
Aneurisma silviano derecho.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 14 de junio de 1978.

Profesor Adjunto de Neurocirugía, Profesor Agregado de Radiología, Profesor Agregado de Anatomía Patológica, Profesor Adjunto de Neurocirugía, Asistente de Neurocirugía, Becario de Neurocirugía del Instituto de Neurología.

Dirección: Rambla Rep. del Perú 1043, Montevideo (Dr. P. Benedek).

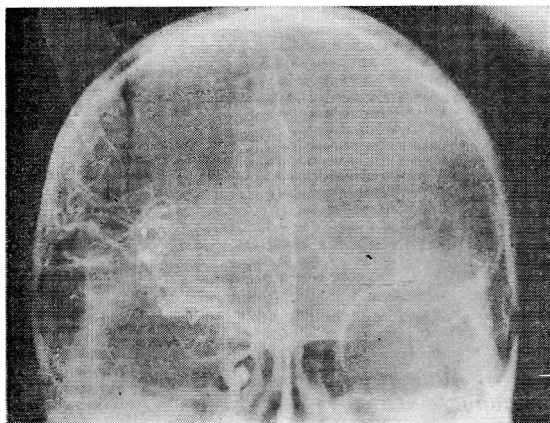


FIG. 2.—Arteriografía carotídea derecha postoperatoria. Aneurisma correctamente clipado.

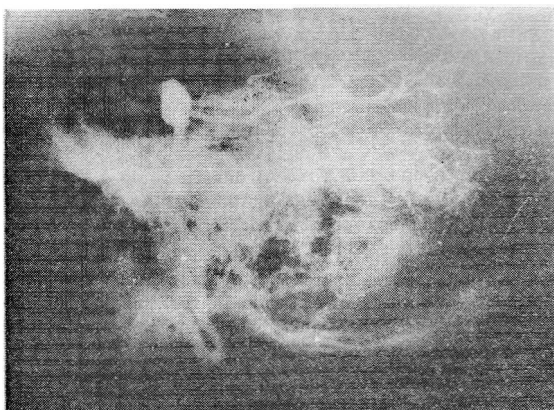


FIG. 3.—Arteriografía vertebral postoperatoria. Gran aneurisma de la bifurcación del tronco basilar.

gono del lado derecho están indemnes y que no existe hematoma ni vasoespismo ni hidrocefalia.

Se plantea entonces la existencia de otro aneurisma roto en el sector posterior del polígono; una arteriografía vertebral realizada en ese momento confirma esta sospecha demostrando la existencia de un gran aneurisma de tronco basilar a nivel del nacimiento de las arterias cerebrales posteriores (bifurcación del tronco basilar) (Fig. 3).

El paciente fallece a las 16 horas de esta nueva hemorragia y la necropsia muestra un aneurisma arterial de tipo congénito, de 1,5 cm. de diámetro, a nivel de la bifurcación del tronco basilar, roto en su porción distal (fondo) y perforado dentro del sistema ventricular a través del piso del III ventrículo.

CONCLUSIONES

El paciente —portador de dos aneurismas arteriales intracranéanos, de los cuales sólo se había diagnosticado en el preoperatorio el de sector anterior— fue operado del aneurisma que nunca había sangrado y se dejó sin tratar

el aneurisma responsable de los tres episodios ambulatorios de hemorragia subaracnoidea.

RESUME

Rupture d'anévrysme du tronc basilaire dans le postopératoire de la ligature d'un anévrysme sylvien

Un cas infrequent de rupture d'un anévrysme de l'artère basilaire trois jours après ligature d'un anévrysme sylvien droit est présenté. La mort a été provoquée par inondation ventriculaire après perforation du plancher du III ventricule.

SUMMARY

Basilar artery aneurysm rupture three day after successful clipping of a middle cerebral artery

An unfrequent case of rupture of a basilar artery aneurysm three days after successful clipping of a middle cerebral artery aneurysm is presented. Death occurred due to massive intraventricular hemorrhage by perforation of the floor of the III ventricle.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENEDEK P, DE TENYI A, ESTABLE M, REYES J y GORDON S. Aneurismas arteriales intracranéanos múltiples. Tratamiento radical. *Cir Uruguay*, 48: 128, 1978.
2. COPHIGNON J, REY A, THUREL C y HOUDART R. Microchirurgie des anévrysmes artériels de la partie antérieure du polygone de Willis. Etude d'une série consécutive de 48 cas. *Neurochirurgie (Paris)*, 19: 519, 1973.
3. DONAGHY RPM, YASARGIL MG. "Microvascular Surgery". St. Louis. C. V. Mosby, 1967.
4. HEISKANEN O, MARTILLA J. Risk of rupture of a second aneurysm in patients with multiple aneurysms. *J Neurosurg*, 32: 295, 1970.
5. KRAYENBUHL HA, YASARGIL MG, FLAMM ES, TEW JM Jr. Microsurgical treatment of intracranial saccular aneurysms. *J Neurosurg*, 37: 678, 1972.
6. LOCKSLEY HP. Cooperative study of intracranial aneurysms. *J. Neurosurg*, 25: 219, 1966.
7. LOUGHEED WM, MARSHALL BM. The diplocope in intracranial aneurysm surgery: results in 40 patients. *Canad J Surg*, 12: 75, 1969.
8. MCKISSOCK W, RICHARDSON A, WALSH L, OWEN E. Multiple intracranial aneurysms. *Lancet*, 1: 623, 1964.
9. MOYES PD. Surgical treatment of incidentally discovered non-ruptured aneurysms. *J Neurosurg*, 35: 291, 1971.
10. POOL L, POTTS G. "Aneurysms and Arteriovenous Anomalies of the Brain". Harper and Row, 1965. Cap. 9, p. 275.
11. POOL JL, COLTON RP. The dissecting microscope for intracranial vascular surgery. *J Neurosurg*, 25: 315, 1966.
12. POUYANNE H, BANAYAN A, GUERIN J, RIEMENS V. "Les Anévrysmes Sacculaires Multiples du Système Carotidien Supraclinoidien". Neurochirurgie. Paris, Masson, 1973. T. 19. Supl. 1.
13. RAND RW, JANETTA PJ. Microsurgery for aneurysms of the vertebral-basilar artery system. *J Neurosurg*, 27: 330, 1967.
14. WOOD EH. Angiographic identification of rupture in patients with multiple cerebral aneurysms. *J Neurosurg*, 21: 182, 1964.
15. YASARGIL MG. "Microsurgery Applied to Neurosurgery". New York. Academic Press, 1969 p. 119.
16. YASARGIL GM. Intracranial microsurgery. *Clin Neurosurg*, 17: 250, 1970.