



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0504 - CLIPOLOGÍA DE LOS ANEURISMAS DE CIRCULACIÓN ANTERIOR

M.Á. Cañizares Méndez, Á. Rodríguez de Lope Llorca, J.A. Álvarez Salgado, M. Amosa Delgado, L. Moreno Vázquez, J. Álvarez Fernández y F. González-Llanos Fernández de Mesa

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y clasificar los aneurismas de circulación anterior según los estudios radiológicos preoperatorios para predefinir un sistema de exclusión, especialmente de clipaje, según cada tipo y localización.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los aneurismas de circulación anterior intervenidos mediante abordaje microquirúrgico en nuestro centro en los últimos 7 años, analizando los hallazgos radiológicos pre y posquirúrgicos así como los videos quirúrgicos disponibles clasificándolos según morfología y localización. También se valora el procedimiento de exclusión realizado en cada caso y si otro sistema de exclusión o diferente composición de clips habría sido válido.

Resultados: Se recogen un total de 140 aneurismas de circulación anterior en pacientes entre 18 y 79 años intervenidos en los últimos 7 años en nuestro centro. De ellos el 28% fueron operados de urgencia tras su rotura. El 17% de los aneurismas se localizaban en la arteria carótida interna, 54% M1-M2, 2% ramas distales de ACM, 4% A1-A2, 3% ramas distales de ACA, 19% arteria comunicante anterior. Los aneurismas se clasifican por su patrón radiológico según su localización, tamaño, morfología y cuello. También se valora la orientación del aneurisma y su relación con las estructuras vecinas así como las ramas adyacentes al cuello y aquellas con íntima relación con el saco. Tras el análisis de los datos proponemos un modelo de clipaje en base a la morfología, orientación y tamaño del saco aneurismático y sus relaciones anatómicas para facilitar la adecuada exclusión del aneurisma.

Conclusiones: Con una correcta planificación preoperatoria del clipaje se pueden evitar sorpresas como roturas intraoperatorias impredecibles, disminuir el tiempo de clipaje temporal y aumentar las tasas de exclusión total tras la cirugía. Hay que tener en cuenta que el paciente y el campo quirúrgico en muchas ocasiones modifican el plan preestablecido, cuanto menos se deje al azar y a la improvisación mejores resultados se obtendrán.