Neurocirugia. 2017;28(Espec Congr):61

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0444 - CUANDO LA EMBOLIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE MAVS CEREBRALES DEJA DE SER UNA AYUDA PARA EL NEUROCIRUJANO

A. López González, A. Meza, J.M. Almarcha Bethencourt y F.J. Márquez Rivas

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Identificar las complicaciones atribuidas al tratamiento embolizador endovascular previo a la resección quirúrgica de MAVs cerebrales.

Métodos: Revisión de 3 casos consecutivos y con complicación de pacientes con MAV cerebral en los que la estrategia marcada fue embolización seguida de cirugía. Dos se diagnosticaron tras sangrado pero mantenían estabilidad clínica; y uno por crisis epilépticas refractaria al tratamiento médico. Dos grado 3 S-M; y una grado 2.

Resultados: En los dos primeros casos, la embolización parcial conllevó el atrapamiento del microcatéter por el propio material de embolización. Los intentos de liberación provocaron, en el primero, la rotura del microcatéter en la carótida común. En el segundo se produjo la migración de material de embolización y el microcatéter, que alcanzaba la malformación por región vértebro-basilar, fue tunelizado y cortado a nivel inguinal. En el tercer caso, la complicación consistió en la oclusión de la principal vena de drenaje. En todos los casos se alteraron los planes preestablecidos. Así, el primer caso requirió la colocación de stent carotídeo y doble antiagregación posponiéndose 7 meses la extirpación quirúrgica. El segundo presentó infartos isquémicos en cerebelo, tálamos y tronco desestimándose la cirugía. En el tercero, la oclusión de la vena de drenaje provocó hemiplejía y repetidas crisis epilépticas decidiéndose resección quirúrgica urgente de la malformación.

Conclusiones: La embolización prequirúrgica de MAVs cerebrales constituye una estrategia reconocida para el tratamiento de los grado 3 y clase B; y las de grado 4-5, clase C con inestabilidad clínica. Pero no debemos desconsiderar los riesgos del procedimiento embolizador que conlleva, además, la alteración de la estrategia global previamente establecida. Cada MAV requiere una estrategia particular considerando los beneficios y riesgos de cada procedimiento. Plantear la cirugía como tratamiento único en casos de localización superficial, nidus compactos y sangrado previo evita los riesgos de las complicaciones de los procedimientos endovasculares.

See front matter © 2017 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados