



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

V-26 - DIFICULTADES EN LA CIRUGÍA DE ANEURISMAS FUSIFORMES MICÓTICOS ROTOS. VÍDEO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

A. López González, A.Y. Meza Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Introducción: Los aneurismas micóticos cerebrales suelen ser consecuencia de una endocarditis infecciosa que libera bacterias al torrente sanguíneo, generando el debilitamiento de la pared arterial bien por la acción directa del microorganismo o por la respuesta inflamatoria. Suelen localizarse en arterias distales y tienen una alta tasa de ruptura. Con frecuencia son fusiformes y complejos de tratar.

Caso clínico: Varón de 51 años que tras una semana de debilidad general y fiebre presentó cefalea, hemiparesia derecha y afasia debido a HSA Fisher III en cisura de Silvio y surcos parietales izquierdos. WFNS 1. En angio-TAC y arteriografía se detectó un aneurisma fusiforme de 3 mm en rama M3 de arteria cerebral media afectando a la salida de dos ramas M4. La ecocardiografía demostró una endocarditis con vegetaciones múltiples. En los hemocultivos se aisló repetidamente *S. gallolyticus* y se inició tratamiento con ceftriaxona. Se intervino quirúrgicamente para realizar *trapping* y extirpación del aneurisma previa revascularización distal de ambas ramas M4 que surgían del aneurisma mediante doble *bypass* STA-M4. El cerebro se mostró inflamado y las arterias eran muy frágiles, dificultando la realización de las anastomosis. Una de las dos se trombosó y tras deshacerla y reanastomosar, volvió a trombosarse. Afortunadamente, la arteria receptora mostraba relleno retrógrado a través de conexiones piales. El estudio histoquímico del aneurisma evidenció afectación infecciosa. El paciente presentó recuperación completa de la **Discusión:** Los aneurismas micóticos fusiformes rotos suponen un reto terapéutico porque su exclusión es necesaria para evitar el resangrado, pero conlleva la oclusión arterial provocando un infarto. Para evitarlo se requiere de la revascularización distal previa mediante *bypass* STA-rama de MCA. En estos casos, esta técnica presenta mayor dificultad por la debilidad de la pared arterial inflamada y su mayor riesgo de trombosis.