

Clipaje

Tras exponer la [arteria](#) con el aneurisma, se coloca una grapa de metal a través del cuello del aneurisma para evitar que la sangre pase por el saco del aneurisma.

Una complicación temida es la rotura intraoperatoria de un aneurisma intracraneal, sobre todo si se produce un desgarro en el cuello (Barrow y Spetzler, 2011).

El clipaje de los aneurismas intracraneales tratados previamente con terapia endovascular es un nuevo desafío, pero con la selección adecuada del paciente y una planificación cuidadosa, este subconjunto de aneurismas puede tratarse con buenos resultados (Kumar 2010).

Hoja operatoria

Bajo [anestesia general](#), [intubación orotraqueal](#) y [profilaxis antibiótica](#) con [cefazolina](#) 2 gr IV.

Colocación del paciente en decúbito supino sobre cabezal de Mayfield® en posición neutra.([Trineo de Wilson..](#))

Antisepsia cutánea con [Povidona yodada](#) al 10 %.([clorhexidina](#))

Planificación del abordaje mediante neuronavegador.([Escopia](#))

[Incisión cutánea](#) sobre la región frontotemporal derecha.

Diseción muscular con tijera y [electrocauterización](#) monopolar.

Exposición del área para la [craneotomía](#), con ayuda del periostotomo.

Craneotomía pterional derecha osteoblástica-osteoclástica.

Fresado de ala menor de esfenoides.

Apertura dural curvilínea pediculada a órbita.

Bajo visión microscópica:

Se aprecia encéfalo con signos de HSA y cierto edema.

Se alcanza cisterna óptico-carotídea derecha iniciando relajación y evacuación de LCR, que facilita bastante el abordaje.

Se sigue el recorrido de la ICA, que es tortuosa y enlongada, hasta su bifurcación. Llegando a la M1; es necesario para ello una cierta apertura de la rama vertical de la cisura de Silvio, que está llena de hematoma y venas de drenaje . Ésta presenta ramas lenticuloestriadas en su primer segmento. posteriormente, en zona sin ramas de riesgo, se posiciona clip temporal en M1 y se disecciona el cuello del aneurisma, que finalmente se clipa con clip recto de 13.3mm.

Tiempo de clipaje temporal: 5 min

Coagulación del domo aneurismático.

Comprobación mediante videoangiografía ICG green de exclusión del aneurisma y permeabilidad de las ramas distales.

Lavado con SF.

Hemostasia del lecho quirúrgico.

Cierre dural complementado con Duragen.

Reposición hueso con miniplacas y tornillos de titanio.

Pexia dural lateral y central.

Redón del 10 subgaleal sin vacío.

Cierre de plano subcutáneo con reabsorbible

Cierre de piel con grapas.

Bibliografía

Barrow, Daniel L, y Robert F Spetzler. 2011. «Cotton-clipping technique to repair intraoperative aneurysm neck tear: A technical note». Neurosurgery (Febrero 26).

doi:10.1227/NEU.0b013e31821343c6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21368700>.

Kumar, Rajiv, C E Deopujari, Rajan Shah, y Rakesh Luhana. 2010. Surgical management of intracranial aneurysms previously treated with endovascular therapy. Neurology India 58, nº. 2 (Abril): 292-297.

doi:10.4103/0028-3886.63791.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**

Permanent link:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=clipaje>

Last update: **2019/09/26 22:29**

