

Hemicraniectomía decompresiva, cuando si y cuando no

Decompressive hemicraniectomy when to do it and when don't

Gabriel A. Centanaro

Los pacientes con infartos cerebrales hemisféricos por oclusión del tronco de la arteria cerebral media o de la carótida interna tienen generalmente un pronóstico muy pobre y las medidas utilizadas para intentar salvarles la vida o evitar serias secuelas neurológicas han sido hasta ahora muy desesperanzadoras.

En series publicadas la mortalidad es mayor al 80% y los sobrevivientes quedan muy severamente discapacitados. La hemicraniectomía decompresiva, removiendo parte del cráneo y efectuándose duroplastía, se ha propuesto como una medida para aliviar el severo edema cerebral que producen estos infartos y así intentar normalizar la presión intracraneana elevada, preservando el flujo sanguíneo cerebral y evitando la fatal hernia transtentorial, no sin haber sido objeto de controversia por varias razones.

En los últimos años, tres estudios clínicos, el DECIMAL: DEcompressive Craniectomy In Middle cerebral artery infarction (1), el DESTINY: DEcompressive Surgery for the Treatment of malignant INfarction of the middle cerebral artery (2) y el HAMLET: Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial (3), han mostrado que esta intervención puede reducir la mortalidad y mejorar la discapacidad de los sobrevivientes, si esta es realizada tempranamente después del infarto (antes de 48 horas, de acuerdo al resultado final del HAMLET). En este último estudio se demostró que si la hemicraniectomía se efectúa

entre 48 y 96 horas, la mortalidad puede disminuir pero las secuelas neurológicas no.

Más aún, en el grupo de sobrevivientes del HAMLET operados antes de las 48 horas, se detectó una severa discapacidad y una alta incidencia de depresión, lo cual ha generado controversia acerca de la conveniencia del procedimiento. Por otro lado, aquellos pacientes con una alta comorbilidad, especialmente muy ancianos, parecieron beneficiarse menos de este procedimiento y aquellos con baja comorbilidad e infartos del hemisferio dominante, al parecer obtuvieron un mayor beneficio.

Es por lo tanto de vital importancia evaluar detenidamente cada caso antes de llevarlo a cirugía, y explicar extensamente a la familia del paciente el procedimiento, sus riesgos y posibles beneficios e igualmente obtener un consentimiento informado y válido en la familia del paciente y cuando sea posible, en el paciente mismo.

Por otra parte, no es raro que en nuestro medio tengamos dificultad en encontrar neurocirujanos dispuestos a intervenir tempranamente a este tipo de pacientes. La intervención antes de las 48 horas generalmente presupone a un paciente que clínicamente aún no se ve tan comprometido y ante quien la conducta terapéutica puede estar basada en un “démole más tiempo” con la infundada esperanza de mejoría e intentando evitarle una “cruenta” cirugía.

Recibido: 6/09/11. Revisado: 6/09/11. Aceptado: 6/09/11.

Gabriel A. Centanaro, MD. Neurólogo Clínico – Intensivista – Bioeticista. Hospital Militar. Bogotá D.C.

Correspondencia: gabrielcentanaro@gmail.com

Silva F, Salgado SA, Ruíz N y colaboradores (4) nos presentan en este número un análisis descriptivo de 18 pacientes con ACV isquémico extenso (infarto hemisférico) de la arteria cerebral media, atendidos en el Instituto del Corazón de Floridablanca en 7 se realizó la hemicraniectomía decompresiva antes de las 48 horas. Realizan además una revisión muy completa de este tópico, evaluando los detalles pertinentes a esta patología, sus indicaciones, complicaciones, métodos de diagnóstico temprano, técnica quirúrgica recomendada, tipo de secuelas presentadas, punto de vista de los familiares y otros aspectos relacionados.

Con bastante frecuencia, el neurólogo se enfrenta a estos pacientes con una sensación de impotencia y al llevar su paciente a UCI, nota que esta es aún mayor en el intensivista. Es importante que ante eventos dramáticos y frecuentemente catastróficos como éste podamos evaluar junto con el paciente y su familia y en forma interdisciplinaria, cual es la mejor alternativa terapéutica en cada caso para así actuar con el máximo beneficio para el paciente. Nunca se debe olvidar que el principal objetivo no es evitar la muerte a toda costa sino aliviar la enfermedad y

contribuir a ofrecer la mejor opción de vida posible a los pacientes.

REFERENCIAS

1. VAHEDI K, VICAUT E, MATEO J, ET AL. Sequential-design, multicenter, randomized, controlled trial of early decompressive craniectomy in malignant middle cerebral artery infarction (DECIMAL trial). *Stroke* 2007; 38: 2506-2517.
2. JUTTLER E, SCHWAB S, SCHMIEDEK P, ET AL. decompressive surgery for the treatment of malignant infarction of the middle cerebral artery (DESTINY): a randomized, controlled trial. *Stroke* 2007; 38: 2518-2525.
3. HOFMEIJER J, KAPPELLE J, ALGRA A, ET AL. Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the hemicraniectomy after middle cerebral artery infarction with life-threatening edema trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial. *Lancet Neurol* 2009; 8: 326-333.
4. SILVA F, SALGADO SA, RUÍZ N Y COLABORADORES. Hemicraniectomía en pacientes con ataque cerebro vascular isquémico extenso: aspectos relevantes a propósito de una serie de casos. *Acta Neurol Col.* 2011; 27: 137-145.