

Aneurisma gigante de carótida

Del Arco Aguilar MT¹, Marrero Ramos MC², Martín Campos MC³

¹Centro de Salud Anaga. Santa Cruz de Tenerife

²Centro de Salud Los Gladiolos. Santa Cruz de Tenerife

³Centro de Salud Laguna-Geneto. La Laguna (Tenerife)

Los aneurismas cerebrales son dilataciones anormales, localizadas y persistentes de las arterias cerebrales, producidas por una debilidad en la capa media y ausencia de la lámina elástica interna de la pared vascular³. La incidencia en Europa se sitúa en torno a 12/100.000 habitantes.

Se debate aún entre la teoría adquirida y la genética para explicar su etiología. Se pueden clasificar básicamente en:

- Saculares o congénitos, los más frecuentes (90%).
- Fusiformes o arterioscleróticos.
- Micóticos o sépticos.
- Traumáticos.
- Disecantes³.

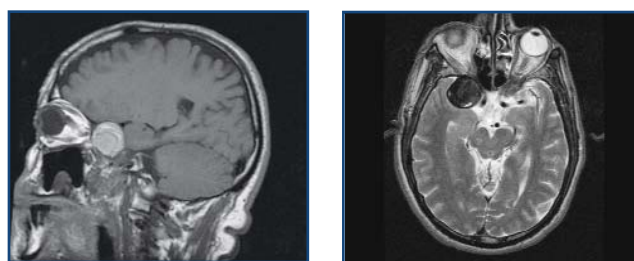
Se consideran aneurismas gigantes cuando su diámetro es mayor de 25 mm⁴. La localización característica se da en el Polígono de Willis y en el 90-95% de los casos en su parte anterior.

El cuadro clínico principal es el de la hemorragia subaracnoidea (HSA), pero pueden presentar otros síntomas neurológicos que nos pueden alertar de su presencia antes de su ruptura. El diagnóstico se basa en la clínica y en las pruebas de neuroimagen (TAC, RMN, angiografía).

El tratamiento ideal es su exclusión de la circulación cerebral, lo que requiere una actuación quirúrgica o endovascular.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 64 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fumador de 5 cigarrillos al día, dos hernias inguinales



Figuras 1 y 2

intervenidas, artrosis generalizada, cefalea vascular y migraña simple del adulto, diagnosticada en el año 2000 con TAC craneal normal. Antecedentes familiares de padre fallecido a los 74 años de edad por infarto agudo de miocardio y madre fallecida a los 84 años de edad por accidente cerebrovascular agudo.

El paciente acude por primera vez a consulta refiriendo cefalea hemicraneal derecha de dos semanas de evolución, de predominio fronto-orbitario y que no cede con el antiinflamatorio no esteroideo que usa habitualmente (naproxeno). En la exploración presenta tensión arterial (TA) de 142/95 mmHg, epífora en ojo derecho, palpación de senos paranasales negativa y exploración neurológica sin focalidad. Se le añade tratamiento con diclorhidrato de buclizina-fosfato de codeína-docusato de sodio-paracetamol.

Transcurrido un mes, el paciente acude nuevamente refiriendo persistencia de la cefalea a la que se ha añadido visión borrosa. En la exploración la TA es de 140/90 mmHg, hay epífora y ptosis palpebral derecha, paresia incompleta del III par craneal derecho (limitación de la mirada vertical, pupila hiporreactiva) y paresia del VI par derecho.

Ante la sospecha de lesión ocupante de espacio,

se remite al servicio de neurología hospitalario donde ingresa para estudio.

En las pruebas complementarias destaca glucemia de 123 mg/dl y orina con bacteriuria y piuria leve. Electrocardiograma en ritmo sinusal con patrón de bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de Hiss y hemibloqueo anterior izquierdo.

El estudio angiográfico cerebral muestra un aneurisma gigante de carótida intracavernosa derecha, casi totalmente trombosado.

Con este resultado se realiza arteriografía diagnóstica y, en segundo tiempo, tratamiento embolizador de la parte permeable del aneurisma con *coils matrix 2*, con resultado satisfactorio y sin complicaciones circulatorias.

Durante su estancia hospitalaria no se objetivaron nuevos déficits neurológicos; presentó una mejoría discreta de la paresia de III y VI pares derechos, pero persistieron la ptosis y la limitación de la mirada superior con respuesta pupilar lenta. La infección del tracto urinario se trató de forma empírica con buena evolución.

El paciente acude a consulta de atención primaria al mes del alta hospitalaria. Mostraba buen estado general, sin cefalea y mejoría de la visión derecha. En la exploración tenía cifras de TA de 120/75 mmHg, ligera paresia del III y VI pares craneales con enlentecimiento de la respuesta pupilar a la luz y ausencia de ptosis palpebral.

Actualmente, el paciente está en seguimiento por el servicio de neurología y por su médico de atención primaria.

COMENTARIO

Los aneurismas cerebrales son los responsables directos del 50-70% de las HSA espontáneas y los gigantes suponen el 2-5% de todos ellos⁵; son los que tienen mayor riesgo de ruptura. Constituyen la cuarta causa de enfermedad cerebrovascular y tienen una elevada mortalidad. En muchas ocasiones pacientes portadores de estas lesiones presentan síntomas que podríamos denominar *de aviso*, que nos pueden ayudar a diagnosticar la malformación antes de su ruptura.

Desde atención primaria debemos estar alerta ante la aparición de estos síntomas premonitorios, ya que nos permitirán hacer un diagnóstico temprano y un adecuado encauzamiento hacia los servicios de neurología-neurocirugía.

Por orden de frecuencia, el síntoma más habitual es la cefalea, con una presentación en el 48% de los casos; suele ser inespecífica y localizada. Un signo más típico es la parálisis del III par craneal, representada por una ptosis palpebral unilateral, sugestiva de un aneurisma de la carótida-comunicante posterior.

En el momento actual se considera el tratamiento endovascular como de elección en el caso de los aneurismas cerebrales⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallego JI, García E, De la Hoz J. Formación y crecimiento de los aneurismas saculares. Archivos de Medicina (Revista electrónica). (Consultado 15/05/06). Disponible en <http://www.archivosdemedicina.com>
2. Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16ª edición, 2005, vol. II: p.2627-2630.
3. Calatayud V. Neurocirugía Elemental. 2ª edición: p.311-322.
4. Vega-Basulto S, Silva-Adán S, Laserda-Gallardón A,

Peñones-Montero R, Varela-Hernández A. Aneurismas intracraniales supratentoriales gigantes. Neurocirugía 2003; 14:16-24.

5. Menéndez M, García C, Antón C, Oliva P, Herrero S, Navarro R. Aneurisma gigante carótido-oftálmico. Archivos de Medicina, 2005 (Revista electrónica). (Consultado 15/05/06). Disponible en <http://www.archivosdemedicina.com>.

6. Sales J, Navarro J, Nieto J, Botella C. Aneurisma cerebral. Neurocirugía (Revista electrónica). (Consultado 15/05/06). Disponible en <http://www.neurocirugia.com>.