

# Aneurisma incidental en mi consultorio

Edgar Nathal

Director Médico y jefe de Neurocirugía Vascular. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" Ciudad de México.

Con regularidad, llegan a mi consulta pacientes con aneurismas que fueron hallazgos incidentales durante estudios de imagen realizados por otras causas puntuales (v.gr. cefalea recurrente, adormecimiento facial, trauma craneal o simplemente por estudios de revisión rutinarios). El hallazgo de una imagen compatible con un aneurisma inicia una serie de comentarios y recomendaciones por el médico tratante (que frecuentemente no es neurocirujano). Algunas de ellas son dirigidas con conocimiento del tema hacia opciones quirúrgicas o endovasculares, en otros casos, existe un sesgo evidente y recomendaciones que se salen de las guías de manejo hechas por las asociaciones dedicadas al tema. Un factor muy común es el hecho de que el paciente llega frecuentemente aterrizado al consultorio por las recomendaciones realizadas por el médico que hace el diagnóstico ("es una lesión mortal", "tiene alto riesgo de ruptura si no se trata inmediatamente", "no debe hacer ningún esfuerzo", etc.). Desafortunadamente, estas afirmaciones son en ocasiones ratificadas por neurocirujanos.

Sin embargo, si somos honestos con nosotros mismos y con los pacientes, existen las suficientes evidencias acumuladas en la literatura que nos permiten ser claros y objetivos. En el pasado se decía "aneurisma que se detecta es aneurisma que se debe tratar". Actualmente, las recomendaciones que yo les ofrezco a los pacientes obedecen principalmente al tamaño y localización de las lesiones. Aneurismas muy pequeños (3 mm o menos) se pueden mantener en seguimiento si el paciente lo desea. Las lesiones entre 4-7 mm son lesiones controvertidas. Todo neurocirujano tiene experiencia en haber tratado aneurismas que se han roto en este rango de tamaño, contrario a lo que se recomienda en algunas publicaciones (v.gr. *N Engl J Med* 1999; 340:1439-1442. DOI: 10.1056/NEJM199905063401815) que extienden el riesgo real hasta lesiones de 10 mm. En estos casos, trato de ofrecerle al paciente una información suficiente para decidir si lleva un seguimiento con vigilancia periódica para su-

pervisar el tamaño de la lesión o se opta por tratarlos. Aneurismas de 10 mm o más indudablemente deben tratarse a la brevedad por el riesgo que representan. La razón de tratarlos es obvia basado en datos duros que deben ser entendidos por el paciente: la mortalidad asociada a una ruptura es del 50% y un riesgo de discapacidad del 25% de los sobrevivientes por complicaciones del tratamiento o de la hemorragia subaracnoidea. Por otro lado, en manos expertas, la morbimortalidad asociada debe ser menor del 3%. La otra variable que tomo en cuenta en las recomendaciones al paciente es la localización de los mismos. Aneurismas de la circulación anterior son asequibles al tratamiento quirúrgico. Los aneurismas incidentales de la circulación posterior localizados en el tope de la basilar, arteria cerebral posterior o arteria vertebral-PICA también pueden ser tributarios de cirugía. En lo personal, en los únicos aneurismas que recomiendo tratamiento endovascular de primera intención es en los localizados en el tronco de la arteria basilar por lo extenso de los abordajes para exponer este segmento arterial.

Finalmente, es conveniente hacer algunas consideraciones acerca del tratamiento endovascular. Si bien les comento a mis pacientes que existe esta opción segura para algunos aneurismas (excepto paraclinoideos y arteria cerebral media en donde el costo-beneficio claramente favorece a la cirugía), me resulta difícil aceptar cuando ya han recibido valoraciones por cirujanos endovasculares y les han dicho que en caso de cirugía "le van a tener que abrir la cabeza"(sic) cuando muchos de ellos son neurocirujanos y no dudan ni un momento en ofrecer una craneotomía en casos de patologías como hematomas o tumores. Al final, sigo pensando que la opción de tratamiento de aneurismas no rotos debe ser basada en la experiencia personal, costo-beneficio y la disponibilidad de recursos locales. El argumento más sólido del tratamiento quirúrgico es lo permanente del método y lo efectiva que resulta la técnica a largo plazo en términos de recanalización y resangrados.