

Aneurisma incidental en mi consultorio

Sergio Petrocelli

Neurocirugía endovascular, Rosario

La amable invitación a escribir este artículo me llevó al interesante ejercicio de reflexionar sobre qué hago y cómo enfrente a un paciente que llega a la consulta derivado con un aneurisma cerebral incidental: día normal en el consultorio, tratar de resolver en forma simple problemas que son complejos.

Como en toda consulta primero hay que escuchar y hacerse la idea de cómo viene el paciente, si está asustado, si muestra buena predisposición ¿Pregunta tranquilo qué hacer después de un hallazgo inesperado o llega desconfiado, de consulta en consulta, buscando definiciones u opiniones acerca de un aneurisma que le han encontrado en un estudio por una cefalea poco clara?

Comprendo la ansiedad y la incertidumbre que genera la noticia. Ponerlo en contexto general a veces ayuda: 3 al 5% de la población tiene aneurismas cerebrales, la mayoría pequeños y la posibilidad de un sangrado es del 1% anual o menos.

Sigue el interrogatorio. Repaso el motivo de consulta que llevó al estudio para corroborar que sea un aneurisma asintomático. Datos y antecedentes personales; comorbilidades, especialmente HTA o tabaquismo; antecedentes familiares; historia de HSA o aneurismas en la familia. Si hace falta hago un examen físico dirigido y veo los estudios para responder a la primera pregunta: ¿Tiene indicación de tratamiento?

Localización y tamaño es lo primero que se mira calculando el riesgo de hemorragia. Sabemos que CoA, CoP y sector posterior tienen más posibilidades de hemorragia que MCA.

Actualmente podemos considerar que los aneurismas menores a 5mm tienen un riesgo anual de hemorragia de alrededor del 0.5%, los mayores hasta 10mm y de CoA 1- 1.5%, de sector posterior y de CoP 2.5%. Los aneurismas grandes y gigantes con un riesgo alto de 15 y 30% anual no dan lugar a dudas. Esto implica que, basados sólo en el tamaño, los aneurismas mayores a 5mm en general requieren tratamiento. Todos los factores de riesgo que sumemos sólo refuerzan la indicación de tratar^{1,3}.

Los aneurismas más pequeños son los que necesitan mayor análisis. ¿Por qué la mayoría de los aneurismas rotos que vemos son pequeños si tienen un riesgo de sangrado tan bajo? En el ISAT por ejemplo, el 50% de los aneurismas rotos fueron < 5mm y casi el 90% < de 10mm.

No hay evidencia angiográfica ni histopatológica que sostenga que los aneurismas se achican luego de sangrar como escuchamos tantas veces. Una teoría es que los aneurismas tienen mayor riesgo de sangrado cuando recién se forman por su pared más delgada. Pasado un tiempo, si no sangran, el proceso de reparación de la pared los estabiliza y disminuye la posibilidad de hemorragia. Otra explicación es que los aneurismas pequeños son tan prevalentes que aunque el porcentaje de ruptura sea menor, igualmente muchos de los que sangran son pequeños. Pero de tantos, ¿cuáles se van a romper? ¿Cómo identificarlos?

La geometría del saco es un factor a analizar. El aspect ratio (altura/cuello) >1,6, el size ratio (diámetro/diámetro vaso) >3, el factor cuello de botella (diámetro/cuello), el ángulo del saco, son todos factores de riesgo de sangrado². Un aneurisma pequeño irregular, con vesícula, alargado, que está en una arteria delgada (como los de pericallosa o de ACoA), de cuello estrecho y cerca de estar alineado con el eje del vaso, tendrá mayor riesgo de sangrado que otro aneurisma del mismo diámetro pero en situación lateral sobre una arteria ancha (como un paraclinoideo), de cuello ancho y en forma de cúpula o semiesfera. Ahora, una semiesfera de cuello ancho de 3mm en el espacio clinoideo no me preocupa pero si está en el dorso carotídeo tipo blíster me apuro a tratarlo. La misma geometría en distinta localización, aún sobre la misma arteria, cambia la evaluación.

El aumento de tamaño en los controles es un factor de riesgo importante y podría significar un aumento de entre 12 y 24 veces la posibilidad de sangrado. También la aparición de vesículas o irregularidades. Aun así debemos aceptar que el crecimiento suele no ser lineal o predecible y que pueden romperse sin aumentar de tamaño. El tabaquismo es el único factor de riesgo modificable que se asocia con la posibilidad de aumento de tamaño. El otro factor es el diámetro ya que, como es lógico, los aneurismas más grandes tienen más chances de crecer.

En lo personal soy partidario de proponer sólo controles para los aneurismas carótido oftálmicos <3mm salvo que tengan características especiales. Les propongo un ejercicio como ejemplo: estoy controlando anualmente a un joven jaquecoso deportista sin factores de riesgo, con un aneurisma carótido oftálmico de 2,5mm. En un control con angioRMN encuentro que el aneurisma mide ahora 3mm y el fondo se ve algo irregular ¿Voy a tratar un aneurisma caró-

tido oftálmico de 3mm? Por supuesto que sí. Se modificó, creció y cambió la forma. Si no lo voy a tratar ¿para qué lo controlo?

Podemos utilizar las escalas PHASES, ELAPSS o UIATS para decidir si un aneurisma requiere tratamiento basados en un score. Estas escalas han recibido críticas cuando fueron aplicadas a series de HSA, porque gran parte de los aneurismas rotos se mostraban como de bajo riesgo para las escalas⁴.

¿Estamos en camino a ser reemplazados por algoritmos? Creo que no todavía. Creo que todavía pesan el criterio, la experiencia, la visión general del paciente y de lo que quiere, y el compromiso con la persona y con su seguimiento. En mi opinión, estos scores pueden utilizarse para reafirmar la decisión que tomamos como un elemento de juicio más, pero no para ser la base de la indicación, ya que hay elementos que no están contemplados. Entre los ítems puntuados tienen mayor peso los factores de riesgo que las características especiales de los aneurismas. Con esto se tiende hacia la generalización y cada vez más deberíamos caracterizar los casos para tomar decisiones dirigidas al individuo.

Algo importante que le falta a los scores es cómo voy a tratar. La elección de tratamiento endovascular o quirúrgico no entra en el cálculo y no se puede hacer valer la ventaja comparativa que tiene cada técnica para cada caso, por mejor resultado y por menor riesgo estimado. Ésta es la segunda pregunta ante un incidental en el consultorio: si hay que tratarlo ¿cómo lo hago?

Y el riesgo estimado del tratamiento elegido influye en la

conducta que se adopta. No es lo mismo proponer un abordaje orbito cigomático a una joven para un aneurisma carótido oftálmico que solucionarlo con flow diverter y coils. Asimismo, en un joven con un aneurisma silviano que incluye el origen de un tronco, prefiero como primera elección el clipado quirúrgico a tratarlo con un flow diverter que quede cruzando una rama de división.

Para manejo en consultorio deberíamos utilizar los estudios de pared vascular, biomarcadores para detectar inflamación de la pared de los aneurismas como predictores de riesgo de sangrado. El realce de la pared en RMN se asocia con un aumento de tamaño y con un aumento del riesgo de ruptura. Están en marcha estudios con aspirina y con estatinas para intentar contrarrestar esos cambios inflamatorios que son considerados marcadores de inestabilidad.

Hay un cierto grado de incertidumbre que tenemos que tolerar con los incidentales, con cualquier decisión que tomemos, tanto nosotros como el paciente. Es una gran responsabilidad indicar el tratamiento en un aneurisma que nunca sangró y correr el riesgo, aunque sea mínimo, de complicaciones. También lo es recomendar sólo control enfrentando un riesgo, aunque sea mínimo, de hemorragia. Debemos dedicarle tiempo al paciente para generar una relación de confianza y para explicarle en qué nos basamos para recomendar lo que recomendamos. No queremos asustarlo pero tampoco minimizar la patología, de manera de comprometerlo a volver a la consulta y a que no abandone los controles de imágenes que deberá realizarse periódicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dolati P, Pittman D, Morrish W F, et al. (June 18, 2015) The Frequency of Subarachnoid Hemorrhage from Very Small Cerebral Aneurysms (< 5mm): A Population-Based Study. *Cureus* 7(6): e279. DOI 10.7759/cureus.279
2. Zhihui Duan1, Yuanhui Li4, Morphological parameters and anatomical locations associated with rupture status of small intracranial aneurysms *Scientific REPOrTS* | (2018) 8:6440 | DOI:10.1038/s41598-018-24732-1 1
3. Guidelines for the Management of Patients With Unruptured Intracranial Aneurysms *Stroke*. 2015;46:2368–2400.
4. Renowden S, Nelson R Management of incidental unruptured intracranial aneurysms . *Pract Neurol* 2020;20:347–355 doi:10.1136/practneurol-2020-002521.