Aneurisma incidental en mi consultorio

Horacio Solé
Hospital Pirovano. CABA, Argentina.

El neurocirujano que hace consultorio suele encontrarse con pacientes con patologías muy variadas.

Hay quienes vienen por síntomas banales, contándonos sucesos que no tienen que ver con su patología, haciéndonos sentir más psicólogos que cirujanos. Otros, que informados por internet pretenden sugerirnos una determinada conducta. En el otro extremo, tenemos al paciente que trae entre sus estudios una patología grave y claramente quirúrgica, como lo es, por ejemplo, un tumor cerebral. En ocasiones, nos vemos enfrentados a situaciones complejas, como es la de aquellas patologías potencialmente peligrosas que aún no se han expresado en síntomas y ese es el caso de los aneurismas incidentales.

Con el término aneurismas incidentales hacemos referencia al hallazgo de la patología vascular en aquellos pacientes a quienes se le han solicitado estudios por otras causas o motivos como, por ejemplo, un trauma craneano o síntomas menores (mareos o hallazgos en el curso de estudios de rutina por otra enfermedad).

En general, el paciente que viene a la consulta por esta circunstancia no tiene conciencia aún de lo peligroso de la situación.

Cuando comenzamos a explicarle el diagnóstico, el paciente expresa en principio asombro e incredulidad y, luego, trasunta a mucho temor cuando se le advierte de un posible sangrado y riesgo de vida.

En la mayoría de los casos, hacerle entender al paciente lo riesgoso de esta patología es difícil considerando que no siente ningún síntoma y no comprende por qué debería someterse a más estudios y, eventualmente, a un procedimiento quirúrgico.

No existe duda en la comunidad neuroquirúrgica que un aneurisma es fuente potencial de sangrado y que, por ende, hay que actuar frente a una malformación vascular, antes que se rompa y sangre.

Existen hasta fórmulas matemáticas (Chang, Yoshimoto) para calcular el riesgo de sangrado en comparación al riesgo de tratamiento. Sin embargo, todos sabemos que en esta patología cada paciente es diferente por edad, ubicación de la lesión y tamaño de la misma.

Algunos estudios preconizan no hacer nada y sólo controlar periódicamente en aneurismas de menos de 3 mm, pero personalmente he visto que aneurismas muy pequeños han generado hemorragia subaracnoidea.

Figura 1: Hallazgo de disección que muestra un aneurisma silviano. Si bien esto muestra que no todos los aneurismas sangran, si el mismo hubiera sido hallado en vida de la persona, debería haber sido tratado.

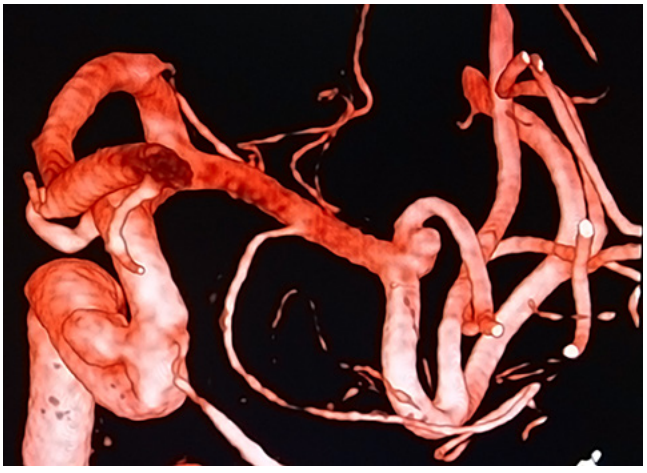

Figura 2: Un estudio que muestra el hallazgo incidental de 2 aneurismas pequeños: uno paraclinoideo y otro silviano. El paraclinoideo no implica riesgo importante de sangrado, ya que se encuentra debajo del anillo dural distal, en el segmento clinoideo de la carótida. El silviano si bien es pequeño, está en la dirección del flujo arterial y, para mí, debe tratarse.

Por otro lado, estudios prospectivos muestran una tasa anual de ruptura que ronda el 1%. Es sabido también que la posibilidad de sangrado es mayor en aneurismas de fosa posterior y que el mismo está en relación directa con el tamaño del aneurisma.

Nos enfrentamos también a la angustia del paciente que acaba de enterarse que tiene una lesión potencialmente mor-

tal. Lo primero que intento hacer es tranquilizarlo, explicándole que son lesiones que tienen tratamiento. También, que pese a pensar que de no haberse hecho el estudio no estaría atravesando este momento de desazón, trato de hacerle entender que lo mejor es haberlo "descubierto" cuando aún no dio síntomas.

Habiéndole explicado claramente los riesgos y las formas de tratamiento la decisión del paciente es fundamental. Y surgen así situaciones particulares: como el de una mujer, con un aneurisma silviano claramente quirúrgico que no aceptó ser intervenida quirúrgicamente y concurre desde hace 10 años al consultorio con su angio resonancia mostrándome que el aneurisma sigue allí sin crecer y, obviamente, sin sangrar.

También encontramos al paciente que se "desespera" y quiere que le resuelvan el problema lo antes posible.

Cuando se trata de aneurismas intracavernosos o paraclinoideos pequeños, debajo del anillo dural superior, no los considero tratables y los sigo anualmente. En relación con los otros aneurismas de la circulación anterior, por más pequeños que sean, soy muy prudente y en general indico la intervención. No encuentro manera razonable de asegurarle al paciente que su aneurisma nunca le va a sangrar.

En cuanto al tratamiento en sí, el clipado de un aneurisma incidental es anatómicamente muy placentero, dado que no existen adherencias o engrosamientos aracnoidales causados por una hemorragia, lo cual hace la disección y el consecuente clipado muy fácil. Además, en general, no existe el temido vasoespasmo post-operatorio, tan deletéreo para el paciente.

A pesar de ello, es fundamental plantearle al paciente todas las opciones terapéuticas sin soslayar los avances en el tratamiento endovascular de los aneurismas. Le planteo al paciente todas las opciones terapéuticas con sus pro y contras (ya que tanto el clipado como la embolización los tienen) y el paciente debe elegir qué hacer.

Como conclusión, debemos decir que un aneurisma cerebral, aún por pequeño que sea, representa un riesgo potencial de morbi-mortalidad, por lo cual se debe ser enérgico en la resolución del caso y muy explicito con el paciente acerca de su patología.