

Aneurismas no rotos. Consideraciones sobre su manejo

Edgardo Spagnuolo, Alejandra Jaume

Servicio de Neurocirugía. Unidad Docente Asistencial
Hospital Policial. Montevideo, Uruguay

Los aneurismas cerebrales rotos no merecen discusión en cuanto a la decisión de si tratar o no. Se puede discutir cuál es el tratamiento ideal para cada aneurisma en particular. Es diferente la situación cuando uno se enfrenta a un aneurisma no roto.

En lo personal, es un tema al que le dediqué horas de estudio en los últimos 15 años. Incluso presenté en Congresos Internacionales y luego publiqué una propuesta de clasificación y de tratamiento sobre estos aneurismas en particular.

Es muy común que al aneurisma no roto se lo mencione como "aneurisma incidental". Esto es erróneo, ya que el incidental es una variedad de aneurisma no roto. Además tiene implicancias terapéuticas.

Ni que hablar que es un tema muy importante y que debe lograrse un consenso entre los médicos sobre la terminología de este amplio grupo de aneurismas, y sus diferencias, para luego poder ofrecerle al paciente una opción terapéutica.

Por definición aneurisma no roto es aquel que no debutó con un sangrado. Cuando un aneurisma sangra, la mayoría de las veces corresponde a una Hemorragia Subaracnoidea (HSA) y en un porcentaje menor de casos a una hemorragia parenquimatosa (hematoma cerebral).

Es bien sabido que estos aneurismas, siempre y cuando el paciente esté en condiciones neurológicas aceptables, deben ser tratados y lo antes posible. La opción de cirugía convencional o endovascular dependerá de varios factores, desde la experiencia del cirujano actuante, pasando por las posibilidades económicas y de equipamiento del Centro Asistencial, y ni que hablar de las características del aneurisma. Todo esto ha sido y es motivo de múltiples publicaciones y discusiones, estando en este momento en Uruguay culminando un estudio multicéntrico prospectivo para el análisis de las HSA aneurismáticas. Al día de hoy podemos aseverar que el tratamiento ideal no existe y que, en manos con experiencia, los porcentajes de éxito y buena evolución son bastante similares con las dos grandes posibilidades terapéuticas.

En aneurismas no rotos no pasa lo mismo. Lo primero a aclarar es que el aneurisma no roto incluye a un amplio grupo de malformaciones vasculares y distintas situaciones. Los aneurismas no rotos se dividen en tres grandes grupos:

- Aneurismas incidentales
- Aneurismas testigo
- Aneurismas sintomáticos

Aneurisma incidental es aquel al que se llega al diagnóstico por un motivo distinto a una hemorragia. Además, siempre debe ser asintomático. Por ejemplo, un paciente al que se le solicita un estudio de imagen (Tomografía de Cráneo, Resonancia Magnética) por síntomas o motivos varios, como por ejemplo cefaleas crónicas o migraña. Estudios de valoración general. Búsqueda de lesiones en pacientes portadores de tumores sistémicos, etc. En esos estudios aparece una imagen sospechosa de un aneurisma que luego se puede confirmar con una angioTC, una angioRM o una angiografía por cateterismo. No hay que quedarse con la sospecha de la TC o de la RM. Es imprescindible un estudio vascular no sólo para confirmar, sino también para ver tamaño, existencia o no de pseudoaneurismas asociados, cuello, relación cuello-fondo. Hay que tener en cuenta también la edad y comorbilidades del paciente. Todos estos factores serán decisivos en el momento de tomar la decisión quirúrgica o no. Ni que hablar que por ser aneurismas incidentales y en caso de decidirse tratamiento debe ser llevado adelante por un especialista con mucha experiencia. Hay que tener en cuenta que la mortalidad del tratamiento de un aneurisma de este tipo debe ser cercana a 0% y la morbilidad menor al 5%.

Aneurisma testigo son un grupo de aneurismas no rotos, que se dan en pacientes con aneurismas múltiples y donde uno sangró. Al estudiar ese aneurisma sintomático aparece en la imagenología uno o más aneurismas no rotos. Pueden ser homolaterales o alejados en el encéfalo. Cabe incluso la posibilidad de aneurismas múltiples, tanto del mismo lado, como en hemisferio cerebral contralateral o supra e infratentoriales. Este grupo de aneurismas es muy importante reconocerlo, ya que siempre debe ser tratado. Las condiciones sistémicas que determinaron que un aneurisma sangrara persisten y, por lo tanto, el o los otros aneurismas (testigos) en algún momento van a sangrar. No es necesario recordar que la HSA tiene una elevada morbimortalidad. Si un paciente sobrevivió a un sangrado, tiene pocas chances de hacerlo ante un nuevo sangrado y por un aneurisma distinto al que provocó la hemorragia inicial. La pregunta puede ser cuándo tratar un aneurisma testigo. A mi criterio, si las condiciones neurológicas y sistémicas del paciente lo permiten, y si el cirujano tiene la suficiente experiencia, se pueden tratar en el mismo acto en que se trata el que se rompió. En caso de que las condiciones no lo permitan, una vez que el paciente esté mejor, ahí se debe tratar. En lo personal, inde-

pendientemente de los factores expuestos no dejo pasar más de 3 meses entre la cirugía inicial y la del tratamiento del aneurisma testigo.

Aneurisma sintomáticos son aquellos que no sangraron pero que se tornan sintomáticos por ser gigantes y actuar a forma pseudotumoral o que, sin ser gigantes, comprimen estructuras y dan síntomas vinculados a esa estructura comprimida. La mayoría de los aneurismas de este grupo son gigantes y pueden llegar a varios centímetros de tamaño, determinar edema peri-lesión y compresión de estructuras. La gran mayoría de estos son quirúrgicos y por técnicas convencionales, ya que se debe reseca la masa “tumoral” que comprime el cerebro.

Por esto, lo primero que debemos hacer frente a un aneurisma no roto en el consultorio es incluirlo en alguno de los grupos mencionados para definir la mejor conducta terapéutica.

Si bien el único trabajo grande sobre el manejo de los aneurismas no rotos es el ISUIA 1 en sus dos publicaciones, no lo considero como guía ya que no toma en cuenta mucho de lo que expongo en esta presentación. Además, son claros en decir que si bien en algunos aneurismas el riesgo de sangrado es muy bajo, nunca es “0”. Posterior al ISUIA no hay trabajos multicéntricos que nos permitan identificar qué aneurisma debe ser tratado y cuál no. El score de PHASES 2 publicado en 2014 es una clasificación más nueva que intenta determinar qué aneurismas tienen indicación de tratamiento. Este analiza 6 variables: población, edad, hipertensión, si tuvo HSA o no, tamaño, y topografía del aneurisma. El punto de corte se plantea a nivel de 3 puntos, y se recomienda tratar a todos los pacientes que tienen un score de

PHASES mayor a 3. De todas maneras, una puntuación de PHASES ≤ 3 se asocia con una probabilidad baja pero no despreciable de rotura de aneurisma, y la especificidad del clasificador es baja.

Por todo lo expuesto en mi consultorio cuando veo un paciente con un aneurisma grado 0, prefiero indicar el tratamiento, ya que insisto que en manos entrenadas el riesgo de mortalidad es prácticamente nulo y la morbilidad muy baja. Un aneurisma asegurado hace desaparecer el riesgo de sangrados en un futuro.

Como conclusión, los aneurismas no rotos testigo y sintomáticos siempre deben ser tratados, ya sea para evitar un sangrado o para reseca un “tumor” que comprime el cerebro.

El único grupo que puede llegar a requerir discusión son los incidentales. Aquí hay que poner en la balanza la mortalidad si sangran, el riesgo de ruptura de un aneurisma acumulable en el tiempo, y el riesgo vinculado al tratamiento seleccionado. La edad es un factor determinante, ya que si es joven y la expectativa de vida es larga, tiene mayor tiempo de exposición para favorecer un sangrado.

En lo personal, indico cirugía en todo aneurisma incidental en menores de 60 años, salvo algunos del sector posterior a los que refiero a terapia endovascular, pero siempre tratarlos.

En los mayores de 60 años, si la condición general es buena y si tienen factores de riesgo (hipertensión arterial, fumador, etc.) indico siempre tratamiento. Es muy personal y depende de cómo sea el aneurisma y cómo vea al paciente si lo dirijo a endovascular o cirugía convencional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whisnant JP et al. The International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms (ISUIA). Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. *Lancet* 2003; 362: 103–10.
2. Bijlenga P, Gondar R, Schilling S, Morel S, Hirsch S, Cuony J, et al.

PHASES Score for the Management of Intracranial Aneurysm: A Cross-Sectional Population-Based Retrospective Study. *Stroke*. 2017 Aug;48(8):2105-2112. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017391. Epub 2017 Jun 30.