

Aneurisma intracraneal distal con presentación atípica, localización y evolución en una mujer joven



Atypical presentation of a distal cerebral aneurysm: Location and outcome in a young woman

Los aneurismas localizados en la arteria cerebral posterior (ACP) son infrecuentes, con una incidencia descrita en la práctica clínica entre el 1-1,2% de todos los aneurismas intracraneales^{1,2}. Los aneurismas de la ACP pueden encontrarse en cualquiera de sus 4 divisiones³, sin embargo, estas lesiones muy raramente afectan al segmento P4⁴. La presentación clínica es variable siendo la hemorragia subaracnoidea (HSA) y la parálisis oculomotora las principales manifestaciones². La presencia de estos síntomas lleva en muchos casos a alcanzar la sospecha clínica, y permite generalmente el diagnóstico en la fase aguda de un aneurisma roto. Describimos el caso de una mujer joven con un aneurisma de presentación y localización atípica en el segmento P4 de la ACP.

Se trata de una mujer de 40 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por cefalea, inestabilidad, vómitos y visión borrosa de 24 h de evolución. La exploración reveló la existencia de una hemianopsia

homónima derecha sin otros déficits neurológicos. En la resonancia magnética cerebral y la angiografía por resonancia magnética solo se apreciaba la presencia de un hematoma intraparenquimatoso de localización parietooccipital izquierda sin otros hallazgos relevantes (fig. 1A y B). Puesto que esta era una localización poco frecuente para un hematoma en una paciente joven, se decidió completar el estudio mediante una angiografía para excluir una causa vascular subyacente. Este estudio se realizó 14 días después del inicio de los síntomas y reveló la presencia de un aneurisma de morfología sacular, con 3 mm de diámetro máximo, en el segmento P4 distal de la ACP izquierda (arteria calcarina) (fig. 1C). A pesar de tratarse de un aneurisma de localización atípica, la ausencia de fiebre durante toda la hospitalización, ausencia de soplos cardiacos o de cualquier fenómeno embólico arterial, hacían poco probable el origen endocardítico del mismo. Con respecto al manejo, se optó por tratamiento endovascular, bajo anestesia general, en la sala de radiología neurointervencionista. El acceso se realizó a través de una punción femoral y el catéter guía se colocó en la arteria vertebral izquierda. Se logró una oclusión total del aneurisma mediante la liberación controlada de *coils* por vía endovascular. Una vez finalizada la embolización se obtuvieron imágenes angiográficas de control donde pudo comprobarse la permeabilidad de la arteria principal y la oclusión completa del aneurisma (fig. 1D). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta 4 días después del procedimiento persistiendo la

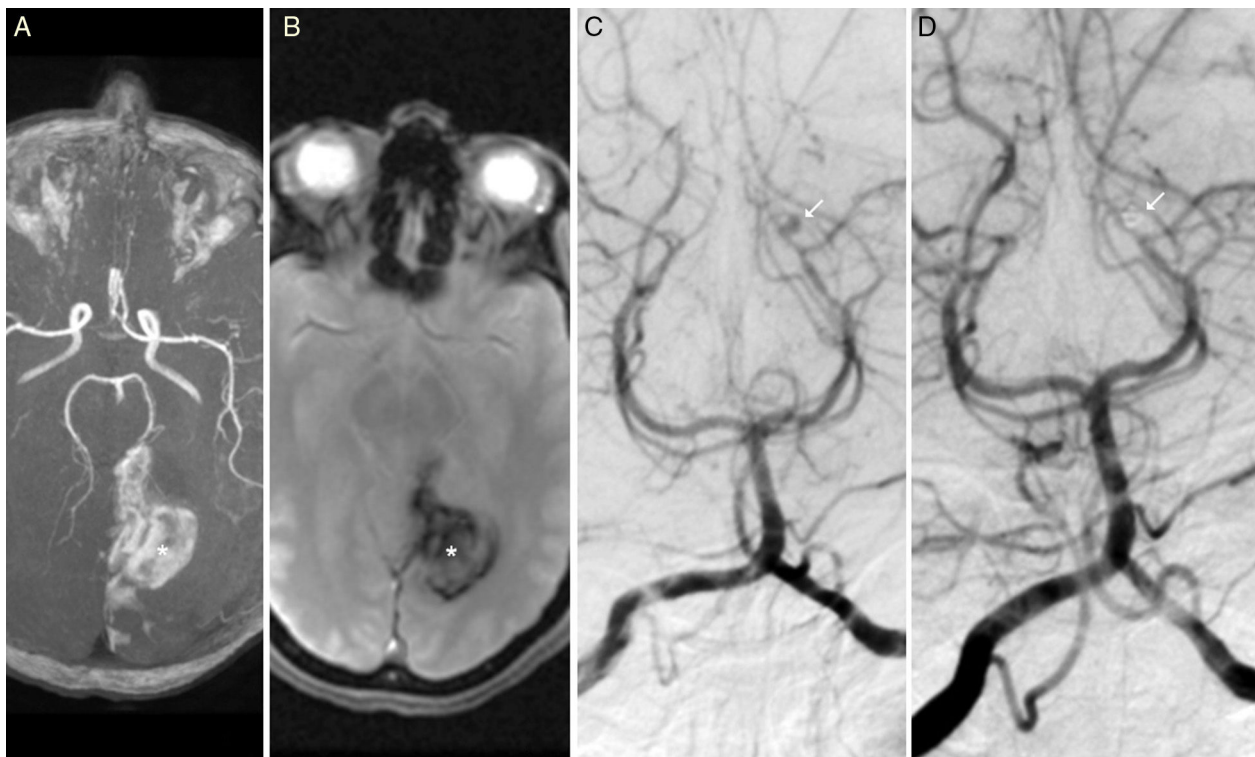


Figura 1 RM cerebral: A) Secuencia 3D de arterias intracraneales. B) Secuencia T2* axial que muestra un hematoma intraparenquimatoso en la región parietooccipital izquierda (* en A y B). Angiografía por sustracción digital: C y D) Vista anteroposterior que muestra un aneurisma sacular de 3 mm en el segmento P4 distal de la ACP izquierda (arteria calcarina), antes de la embolización (flecha blanca en C) y después de la oclusión con *coils* (flecha blanca en D).

hemianopsia. En el seguimiento, 3 meses después del alta persistía déficit parcial del hemicampo visual derecho, con mejoría clínica, sin haber sufrido complicaciones en relación al aneurisma o a su tratamiento.

Los aneurismas distales son poco frecuentes y representan aproximadamente el 5% de los aneurismas de la ACP⁵. El abordaje terapéutico de aneurismas localizados distalmente es complejo y difiere al de los proximales^{5,6}. El objetivo es ocluir de forma selectiva el saco aneurismático⁷ y, aunque puede realizarse a través de acceso endovascular o quirúrgico, en estos casos, los procedimientos quirúrgicos suponen un mayor riesgo de complicaciones neurológicas debido a la estrecha relación con el tronco cerebral y los nervios craneales. El tratamiento endovascular puede ser una alternativa terapéutica viable y eficaz para el tratamiento de aneurismas intracraneales de localización periférica⁵. Los aneurismas localizados distalmente podrían ser tratados de forma endovascular mediante una oclusión de la arteria principal en los casos en los que la oclusión selectiva del aneurisma con *coils* no sea posible⁵, sin embargo, es preferible conservar la arteria principal, como en nuestro caso.

A diferencia de los aneurismas rotos situados en otras localizaciones donde el sangrado se produce en el espacio subaracnoideo, los aneurismas de P4 suelen ocasionar hemorragia intraparenquimatosa, probablemente debido a la ubicación de la arteria calcarina que discurre por la fisura calcarina hasta alcanzar el polo occipital. De hecho, esta ubicación del hematoma en nuestro caso ocasionó un retraso en el diagnóstico etiológico con el consiguiente aumento del riesgo de resangrado. El riesgo de que esta complicación ocurra se asocia con una alta mortalidad y mal pronóstico⁸, y es máximo en las primeras 2 a 12 h, con tasas de aparición entre el 4 y el 13,6% dentro de los primeros 24 h⁷. De este modo, el diagnóstico precoz y tratamiento de estas lesiones establece el pronóstico de estos enfermos. Nuestra hipótesis es que, en el caso actual, la presencia de hemorragia intraparenquimatosa pudo ayudar a evitar el resangrado del aneurisma y, en consecuencia, mejorar el resultado clínico.

Este caso refuerza la necesidad de descartar una enfermedad vascular subyacente en pacientes jóvenes con hemorragia intraparenquimatosa de localización atípica. La angiografía cerebral sigue siendo el *gold standar* en estos casos, con estudios de angio-RM y angio-TC negativos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ferrante L, Acqui M, Trillo G, Lunardi P, Fortuna A. Aneurysms of the posterior cerebral artery: Do they present specific characteristics. *Acta Neurochir*. 1996;138:840–52.
2. Van Rooij WJ, Sluzewski M, Beute GN. Endovascular treatment of posterior cerebral artery aneurysms. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2006;27:300–5.
3. Ciceri EF, Klucznik RP, Grossman RG, Rose JE, Mawad ME. Aneurysms of the posterior cerebral artery: Classification and endovascular treatment. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2001;22:27–34.
4. Yamahata H, Tokimura H, Hirabaru M, Hirano H, Arita K. Aneurysm on the cortical branch (P4 segment) of the posterior cerebral artery. Case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2010;50:1084–7.
5. Andreou A, Ioannidis I, Mitsos A. Endovascular treatment of peripheral intracranial aneurysms. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2007;28:355–61.
6. Chen Z, Yang Y, Miao H, Chen J, Luo C, Feng H, et al. Endovascular treatment of ruptured peripheral intracranial aneurysms. *Neurosciences (Riyadh)*. 2012;17:133–8.
7. Taylor CL, Kopitnik TA Jr, Samson DS, Purdy PD. Treatment and outcome in 30 patients with posterior cerebral artery aneurysms. *J Neurosurg*. 2003;99:15–22.
8. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, Derdeyn CP, Dion J, Higashida RT, et al. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2012;43:1711–37.

P. Mulero^a, E. Nuñez^b, E. Utiel^c, M. Ruiz-Piñero^a, C.A. Rodríguez-Arias^c, A.I. Calleja^a, J.F. Arenillas^a y M. Martínez-Galdámez^{b,*}

^a Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Unidad de Neuroradiología, Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariomgaldamez@hotmail.com (M. Martínez-Galdámez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.10.011>