

ATROFIA OPTICA CATALOGADA DE CONGENITA POR VOLUMINOSO ANEURISMA DE LA COMUNICANTE POSTERIOR

R. PUNCERNAU

*Neurólogo Asesor del Departamen-
to de Angiología del Instituto
Policlínico*

J. ESPUÑA

*Oftalmólogo del Servicio de la
Cátedra de Oftalmología del Hos-
pital Clínico*

Barcelona (España)

INTRODUCCIÓN

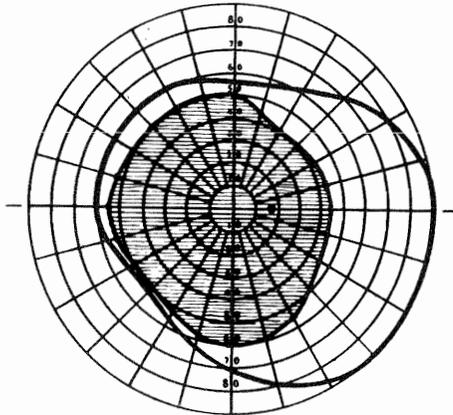
El concepto de los aneurismas arteriales cerebrales ha experimentado notables variaciones en los últimos tiempos. No solamente no se considera excepcional el hallazgo de estos aneurismas arteriales intracraneales y se han modificado los criterios sobre su etiología, sino que además, dada la gravedad de la ruptura de los mismos, los máximos esfuerzos de los clínicos se encaminan a poder hacer un diagnóstico clínico antes de la misma. Por este motivo creemos de interés presentar nuestra observación, por las especiales características que reúne y que demuestran hasta que punto puede permanecer durante muchos años monosintomático un enorme aneurisma de la base del cerebro.

OBSERVACIÓN

Enfermo de 33 años. El 27 de septiembre de 1960 acude al Dispensario de la Cátedra de Oftalmología de Barcelona (Prof. CASANOVAS). Explica que desde pequeño se dan cuenta sus familiares de que ve menos con el ojo derecho; pero no le dan mayor importancia, tanto más, dicen, cuanto que su padre había tenido una afección semejante desde pequeño. No obstante, se trasladan a la capital de provincia donde un oftalmólogo indica que se trata de una atrofia óptica congénita. La pérdida de visión de este ojo, sin embargo, en el curso de los años se fue haciendo más completa, hasta llegar a la amaurosis. En los últimos cuatro años se iniciaron cefalalgias intermitentes de gran intensidad, localizadas en hemisferio derecho y acompañadas últimamente de hemiparestesias fugaces en el hemilado izquierdo, de brazo, tronco y pierna correspondientes. Estos hechos fueron los que motivaron se procediera, además de su estudio oftálmico, a un examen neurológico del enfermo.

Al examen se encontró una visión abolida a la derecha y 0°9 a la izquierda. El estudio de los campos visuales muestra una hemianopsia temporal del O.I. (fig. 1). El fondo de ojo (fig. 2) muestra una atrofia óptica completa en el lado izquierdo ligeramente borrosa esbozando un síndrome de Foster-Kenedy. Ligerero estrabismo divergente del ojo derecho, debido a la falta de fijación por la ceguera de este lado. Aparte de una irritabilidad psíquica y nerviosismo «sui generis», el resto del examen neurológico es completamente negativo.

OJO IZQUIERDO



D. Cristóbal Maturana fecha 27/9/60

HSI

Color... blanco

Tamaño... 3/3°

luz.....

Fig. 1. — Campo visual de O.I. Hemianopsia temporal más acusada en el cuadrante superior.

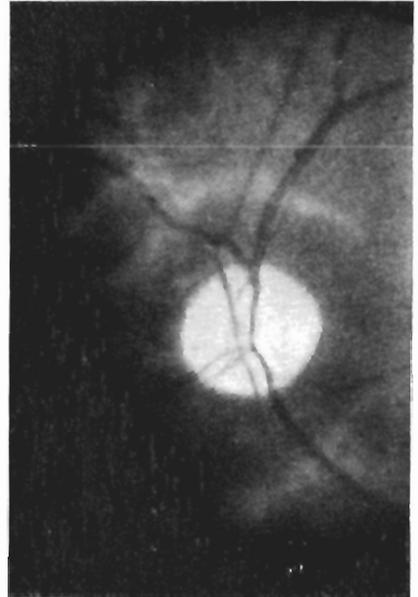


Fig. 2. — Fondo de ojo del lado derecho. Atrofia óptica, con la imagen papilar completamente blanca.

Se practica una angiografía cerebral, con la colaboración del radiólogo Dr. GRIFÉ, y se descubre un voluminoso aneurisma que emerge de la arteria comunicante posterior (fig. 3 y 4) y que en el clisé anteroposterior (fig. 5) alcanza la línea media.

Se traslada el enfermo al servicio del Dr. TOLOSA COLOMER para estudiar la posibilidad de verificar una intervención quirúrgica. Se le practica una ventriculografía (fig. 6) que da una imagen clara del manifiesto desplazamiento ventricular producido por el aneurisma, en todas las proyecciones, y que antes de la era angiográfica hubiera hecho pensar sin duda en la existencia de un tumor. Se le practicó, asimismo, una arteriografía contralateral para el estudio completo de la circulación, en la que se observa el desplazamiento de la parte inicial de la arteria cerebral anterior.

Se intentó proceder a una ligadura carotídea en dos tiempos, pero el enfermo no toleró el «clamp» de prueba, por lo que se tuvo que desistir de la misma. En vista de lo cual el 22-XI-1960, se procedió a realizar la intervención intracraneal, cuya *hoja operatoria* dice: «Operador, Dr. Tolosa; Ayudantes, Dres. Figuerola y Redondo. Anestesia general con gas e intubación (Sr. Cabarrocas). Hipotermia a 29 grados. Craneotomía osteoplástica fronto-temporal derecha. Se separan los labios de la cisura de Silvio en su mita anterior exponiéndose la cerebral media y dejándose al descubierto el polo anterior del aneurisma, que se halla por encima de la clinoides anterior y de la base de la fosa anterior (figura 7). Con objeto de liberar el resto del saco aneurismático se reseca una porción del lóbulo frontal y la mitad anterior del lóbulo temporal, ligándose la vena silviana. Se consigue así exponer las caras superior y exterior del aneurisma hasta el polo posterior del mismo. Hacia abajo el saco se extiende hacia la fosa temporal, aunque esta porción es menos voluminosa que la supraclinoidea. Entre las mismas existe una depresión ecuatorial, en forma de ranura anteroposterior, en forma pues bilobulada. La cara interna del aneurisma no ha podido ser liberada, pues se imprime en la cara medial del lóbulo frontal del otro lado. La cerebral media emerge de la cara externa del aneurisma y la carótida supraclinoidea tampoco puede verse, lo que indica que se halla englobada o que por lo menos el saco aneuris-

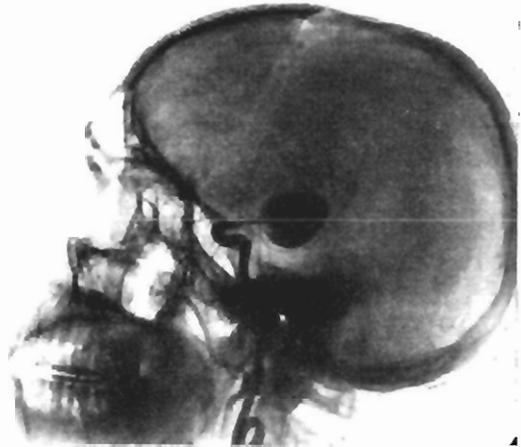


Fig. 3. — Voluminoso aneurisma. en el primer tiempo arteriográfico, que absorbe todo el contraste.



Fig. 4. — En el clisé del segundo tiempo arteriográfico se aprecian aunque con poco relleno, los vasos correspondientes a la cerebral anterior y media.



Fig. 5. — Proyección arteriográfica anteroposterior en la que se aprecia la situación y el tamaño del aneurisma que alcanza la línea media



Fig. 6. — Clisé ventriculográfico. muy demostrativo del desplazamiento ventricular producido por el aneurisma (Dr. Tolosa)

mático se superpone completamente a la misma. El quiasma, el II par izquierdo, la cerebral anterior y las son visibles a causa del volumen del

comunicantes anterior y posterior no saco aneurismático que obstaculiza la visualización de toda la región optoquiásmática. Se procede a revestir con gruesas láminas de músculo toda la superficie aneurismática puesta al descubierto.

El *curso postoperatorio*, es bueno. aunque naturalmente persiste la misma sintomatología neurooftálmica.

COMENTARIO

Los aneurismas congénitos, a veces resultado de la resolución incompleta de anteriores vasos embrionarios, son frecuentes en estas regiones de transición como son las arterias comunicantes. Pueden ser múltiples y en estos casos a veces se acostumbran a asociar con otras anomalías congénitas como riñón poliquístico y coartación de aorta. Pero también, como en nuestro caso, son con frecuencia únicos, dan síntomas a veces ya en temprana edad y, aun cuando acostumbran a ser de pequeño tamaño, su crecimiento puede ser paulatino y llegar a alcanzar gran volumen.



Fig. 7 — Fotografía del campo operatorio que da idea de la magnitud del saco aneurismático (Dr. Tolosa).

Es interesante notar que a pesar del tamaño del aneurisma no diera mayor sintomatología especialmente de otros pares craneales. En efecto, la sintomatología focal no óptica tan frecuente, en asociación según la topografía del aneurisma con alteraciones en otros pares craneales, fue nula. El estrabismo divergente anotado en nuestro enfermo, no era debido más que a la falta de fijación por la amaurosis del ojo afectado. El crecimiento lento del aneurisma quizá pueda influir en la presentación de esta escasa sintomatología.

Respecto a la sintomatología focal óptica, el aspecto de la ceguera de un lado y la hemianopsia temporal del otro es característica. Sin embargo, a veces hay una cierta dificultad en precisar el sitio por el aspecto de los campos visuales, debido en primer lugar a las variaciones de situación del quiasma, en relación con los vasos, pero además porque se pueden sobreañadir fenómenos de espasmo, trombosis o por el contrario goteo del aneurisma, alterando por lo tanto la sintomatología focal. El tamaño a su vez tiene importancia. Así por ejemplo se encuentran aneurismas de la cerebral anterior que pueden causar una hemianopsia homónima, por compresión de la cintilla óptica y en cambio aneurismas de la cerebral o comunicante posterior, como en nuestro caso, que lleguen además a comprimir directamente el nervio óptico dando ceguera de un ojo y hemianopsia temporal del otro. Hay que insistir en que frente aunque sean pequeñas alteraciones del campo visual o frente a atrofas ópticas iniciales en las primeras edades de la vida, con aspecto muchas veces de neuritis retrobulbar, debe pensarse siempre en la posibilidad de un aneurisma y proceder a los exámenes complementarios pertinentes.

Finalmente, queremos comentar en relación con nuestro caso, primero la posible confusión de estos aneurismas de gran tamaño, que dan estasis papilar y deformaciones y desplazamientos de la imagen ventriculográfica, con un tumor y por tanto la necesidad de proceder siempre a un examen angiográfico, y en segundo lugar hacer notar también que muchas veces no se llena con el contraste empleado la totalidad del aneurisma, ya porque éste sea de gran tamaño y la cantidad de contraste quede proporcionalmente pequeña, ya por la posible existencia —como en nuestra observación— de bilobulaciones del saco aneurismático.

RESUMEN

Se trata de un enfermo que desde los primeros años de la vida acusa pérdida progresiva de la visión en el ojo derecho. En los últimos años la evolución se hace más rápida llegando a la pérdida completa de la visión en este lado. El cuadro neurooftalmológico y la historia clínica hacen pensar en la posibilidad de que su atrofia óptica sea sintomática. La arteriografía carotídea demuestra un voluminoso aneurisma en la región de la comunicante posterior, que todavía se presenta de mayor tamaño en el curso de la exploración quirúrgica realizada. Se insiste en la pobreza sintomatológica que a veces pueden dar estos aneurismas que, por la edad del enfermo y la ausencia de otras enfermedades causales, hacen pensar en que sean de tipo congénito.

SUMMARY

A case of voluminous aneurysm of the posterior communicating artery is presented. The first diagnosis was congenital optical atrophy. Progressive loss of vision of the right eye was the most, and almost single, clinic manifestation. Later, cephalalgia and left hemiparesis appeared. Then neurologic examination and cerebral angiography disclose the aneurysm. At operation the size of the aneurysm permit only cover the surface of the aneurysm with a thick layer of muscle. No clinical changes were seen. The authors emphasizes the scanty simptomatology which sometimes occur in these aneurysms.

BIBLIOGRAFÍA

- Los aneurismas intracraneales insospechados. Estudio angiográfico y electroencefalográfico.* — SUBIRANA, A.; PUNCERNAU, R.; OLLER-DAURELLA, L. Comunicación a la Asociación de O.N.O. de la Academia de Ciencias Médicas. Barcelona, mayo, 1951.
- La sintomatología oftalmológica, neurológica y angiográfica de las hemorragias meníngeas espontáneas.* — SUBIRANA, A. y PUNCERNAU, R. "Arch. de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana". 13:991:1953.
- La sintomatología de compresión del nervio óptico en algunos aneurismas de la base del cerebro.* — PUNCERNAU, R. Comunicación a la Asociación de Oftalmología de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, marzo, 1960.