

Aneurismas Dolicoectásicos

Dr. Manuel Gadea Nieto
Especialista en Neurocirugía
Hospital México, San José, Costa Rica.

mgadean@hotmail.com

Con la aparición del reporte del Estudio Cooperativo de Aneurismas Intracraneeanos y Hemorragia Subaracnoidea en 1966, los aneurismas con un diámetro mayor de 25 mm fueron considerados gigantes, acuñándose el término de “aneurismas gigantes”. Estos aneurismas tienen una incidencia entre 5 y 7 % del total diagnosticado. La mayoría de los aneurismas gigantes son saculares, sin embargo, existe una subcategoría denominada aneurismas dolicoectásicos.

Durante las dos últimas décadas, los adelantos en las técnicas microneuroquirúrgicas, endovasculares, neuroanestésicas y de imágenes, han hecho posible el mejor manejo de estas lesiones tan complejas y anteriormente con tan altas tasas de morbimortalidad. El diagnóstico adecuado es la llave para el planeamiento del paradigma del tratamiento quirúrgico, sea este un abordaje microneuroquirúrgico o endovascular.

En 1934, E. Moniz hace la primera descripción por imágenes de una lesión dolicoectásica. Conforme la realización de estudios angiográficos fue siendo adoptada en los distintos centros como método de estudio, las publicaciones fueron apareciendo con contribuciones relacionadas con el diagnóstico y el manejo de este tipo tan complejo de casos.

Los aneurismas dolicoectásicos se tipifican por su tortuosidad, elongación y ectasia. A pesar de que son más frecuentes en la circulación posterior, no son exclusivos de ésta. La incidencia está influida por el patrón de referencia hacia el centro en el cual se realice el estudio de incidencia de este tipo de lesiones.

La clínica depende de si la lesión se sitúa en la circulación anterior o en la posterior. No obstante, el fenómeno más frecuente es el isquémico, seguido por efecto de masa, mientras que en muy pocos casos, el motivo de la consulta es un episodio de hemorragia subaracnoidea.

Los aneurismas dolicoectásicos se han asociado a enfermedades sistémicas tales como el síndrome de Marfán o la displasia fibromuscular, así como a otros desórdenes sistémicos, como la hipertensión arterial y la arteriosclerosis.

La meta en el tratamiento de este tipo de aneurismas gigantes incluye la disminución de los efectos de masa producidos, el riesgo de sangrado y el de embolismo. El método de tratamiento elegido depende de la experiencia de cada centro, teniendo en entendido que quién debe manejar este tipo de casos debe ser un profesional formalmente entrenado y con experiencia en la solución de los problemas complejos que conlleva cada caso individual, tanto quirúrgico como endovascular, o bien combinado, médico ó expectante.