

Manejo endovascular de aneurisma cavernoso gigante: reporte de caso y revisión de la literatura

Rueda-Vidarte Jhonathan J, Macha-Quillama Luis F y Solis-Chucos Frank G.
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

INTRODUCCIÓN:

Los aneurismas cavernosos gigantes (ACG), representan <10% de aneurismas intracraneales. Por su ubicación extradural y su cercanía al seno cavernoso suelen manifestarse con cefalea y oftalmoparesia. El manejo endovascular es la primera elección por su eficacia y seguridad.

OBJETIVOS:

Presentar el caso de un ACG tratado mediante técnicas endovasculares, destacando los retos técnicos del procedimiento y los resultados clínicos.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, sin antecedentes de importancia que presenta de forma brusca cefalea y oftalmoplejía izquierda. Fue diagnosticada de aneurisma cavernoso gigante parcialmente trombosado (26.5 diámetro y 9.7mm cuello). Recibió tratamiento endovascular con divisor de flujo y coils para el cierre del aneurisma.

METODOLOGÍA:

El presente estudio es un reporte de caso, previo consentimiento informado, se extrajo la información de la historia clínica, así como imágenes diagnósticas y de la neuro intervención.

RESULTADO/DISCUSIÓN:

La mayoría de los reportes de ACG se dan en mujeres y suelen debutar con síntomas oculomotores como en nuestro caso. A pesar que la hemorragia subaracnoidea es rara, está relacionada con el gran tamaño y extensión intradural. En su lugar la ruptura y crecimiento de ACG, puede llevar a la creación de una fistula carótido cavernosa (FCC) compleja o a una erosión del seno esfenoidal que conlleve a una epistaxis cavernosa mortal. La anatomía vascular óptima de la paciente, permite el uso de divisor de flujo (DF), y con un cuello ancho de 9.7mm, el uso de coils asegura un mejor resultado en el tiempo.

CONCLUSIONES:

- La aparición de nuevas técnicas endovasculares, como los dispositivos de desviación de flujo, ha revolucionado el tratamiento de los ACG.
- El uso DF y coils se reserva para aquellos ACG con cuello ≥ 10 mm por el riesgo de ruptura retardada.

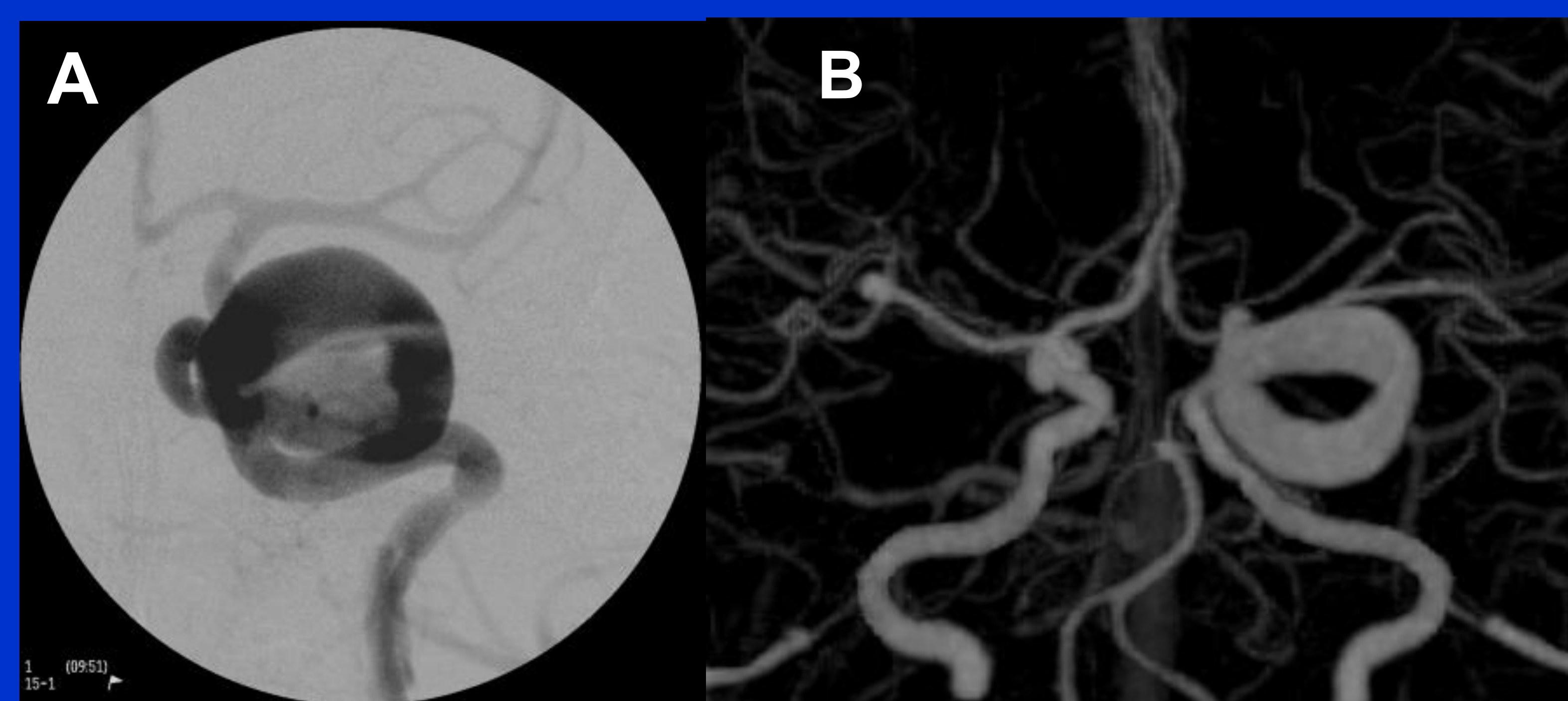


Imagen A y B: A: Angiografía de carótida interna izquierda: aneurisma cavernoso gigante, parcialmente trombosado . B: reconstrucción en 3D angio resonancia.

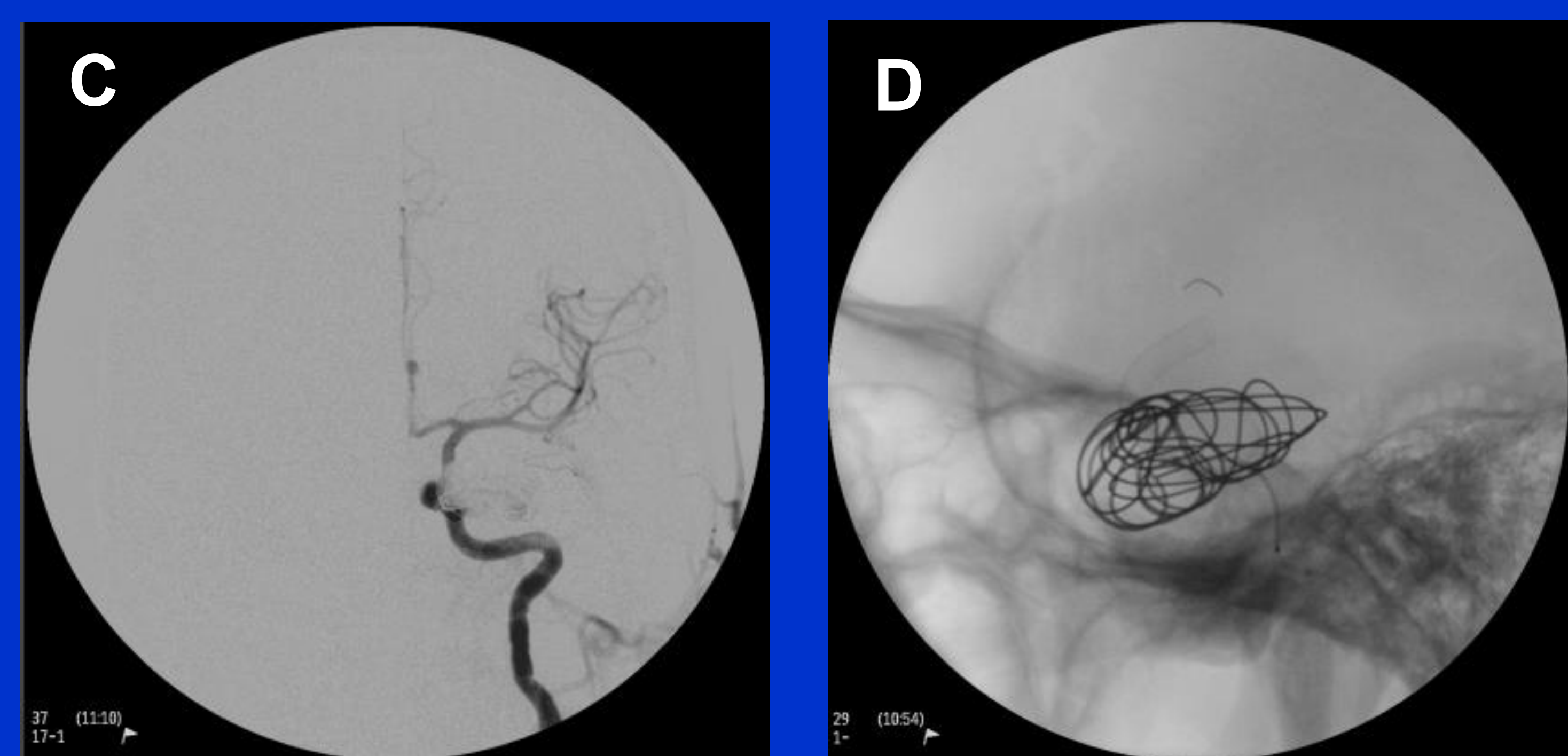


Imagen C y D: C: angiografía control en fase arterial carótida interna izquierda (clasificación O'Kelly Marotta: C). D: Cast final vista OIA: divisor de flujo y coils

BIBLIOGRAFÍA.

- Shahbandi, A., Halpin, B. S., Turcotte, E. L., Krishna, C., Di Nome, M. A., & Bendok, B. R. (2024). Natural History of Cavernous Carotid Artery Aneurysms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World neurosurgery*, 190, 362–370.e1. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2024.07.018>
- Fujii, T., Teranishi, K., Yatomi, K., Suzuki, K., Mitome-Mishima, Y., Kondo, A., & Oishi, H. (2022). Long-term Follow-up Results after Flow Diverter Therapy Using the Pipeline Embolization Device for Large or Giant Unruptured Internal Carotid Artery Aneurysms: Single-center Retrospective Analysis in the Japanese Population. *Neurologia medico-chirurgica*, 62(1), 19–27. <https://doi.org/10.2176/nmc.0a.2021-0203>