

Crisis parciales como presentación atípica de aneurisma gigante

Partial seizures as atypical presentation giant aneurysm

Javier Pelegrina Molina (1), Ángel Gómez Camello (1)

RESUMEN

Los aneurismas gigantes suelen manifestarse en forma de hemorragia subaracnoidea o cefalea. La presentación clínica de un aneurisma gigante intracraneal como epilepsia parcial es inusual, como lo indican los pocos casos recogidos en la literatura.

Se presenta el caso de un aneurisma gigante intracraneal de arteria carótida interna derecha, que debuta con crisis focales del lóbulo temporal, manteniéndose sin otra manifestación a lo largo de años a pesar de las llamativas dimensiones.

PALABRAS CLAVE: Arteria carótida, crisis focales, aneurisma intracraneal gigante, cefalea, epilepsia parcial, hemorragia subaracnoidea (DECS).

SUMMARY

Giant intracranial aneurysms are usually manifested as subarachnoid hemorrhage or headache. The clinical debut of a giant intracranial aneurysm as partial epilepsy is unusual and indicates the few cases reported in the literature.

For giant aneurysm of an intracranial internal carotid artery occurs. Debuts with focal seizures of the temporal lobe, remaining without further demonstration over the years despite the striking dimensions

KEY WORDS. Carotid artery, focal seizure, giant intracranial aneurysm, headache, partial epilepsy, subarachnoid hemorrhage (MeSH).

Presentación del caso

Paciente de 68 años con antecedentes de osteoporosis. Hace diez años comenzó con episodios de desconexión breves precedidos en ocasiones de cuadro compatible con *déjà vu* en frecuencia variable. De forma esporádica seguían con pérdida total de conciencia, caída al suelo y contracciones tónico-clónicas en los cuatro miembros. La resonancia magnética nuclear con angiorresonancia mostró un aneurisma gigante intracraneal en la bifurcación de la arteria carótida interna derecha, de 48,5 mm de diámetro máximo junto a otro de 5 mm de diámetro máximo en arteria cerebral media derecha. El aneurisma gigante se encuentra en proximidad de la bifurcación de la arteria cerebral media derecha y de la arteria cerebral posterior derecha (Figura 1).

La exploración neurológica es normal; el hemograma, bioquímica de rutina, no muestra hallazgos significativos

y los niveles farmacológicos se mantienen en rango. El electroencefalograma muestra un foco irritativo temporal derecho congruente con la localización de las dilataciones aneurismáticas. La resonancia magnética se muestra en la Figura 1.

Diagnosticado de epilepsia focal con generalización secundaria y tratado con fenitoina y ácido valproico en la actualidad, solo presenta episodios esporádicos y breves de desconexión, en ocasiones precedidos de un *déjà vu*. Tras intento de embolización por radiología intervencionista sin resultado, se valora por neurocirugía. Debido al riesgo de las posibles actitudes intervencionistas, junto con el paciente han acordado una actitud conservadora dada la elevada morbimortalidad por una eventual intervención.

(1) Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario Granada. Granada, España.

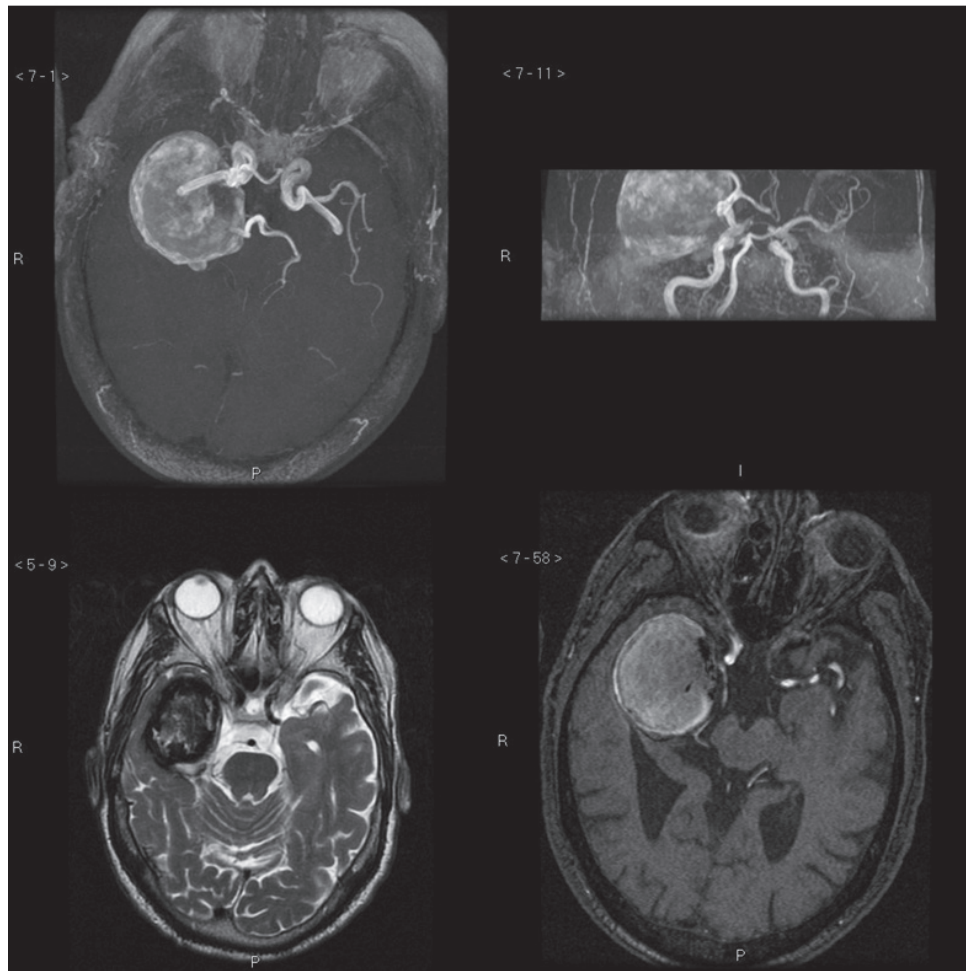


Figura 1. RM craneal y angioRM cerebral empleando técnicas TOF y contraste que muestra aneurisma gigante en la bifurcación de la arteria carótida interna derecha, de 48,5 mm de diámetro máximo, observándose paso de contraste a su interior, y aneurisma en la bifurcación de la arteria de la arteria cerebral media derecha de 5 mm de diámetro máximo

DISCUSIÓN

Los aneurismas intracraneales pueden manifestarse de diferentes formas. La mayoría de los aneurismas no producen sintomatología hasta que no se produce su ruptura; cuando se rompen, la manifestación más frecuente es la hemorragia subaracnoidea. En muchas ocasiones no llega a producirse rotura, y puede aparecer compresión de algún par craneal, cefalea, edema de papila, o crisis epilépticas. El inicio clínico como epilepsia de aneurismas gigantes intracraneales ha sido reportado en pocos casos (1-3).

Son considerados como aneurismas gigantes aquellos con un tamaño mayor a 2,5 cm. Dentro de la clasificación de aneurismas, los gigantes son los que suelen producir con más frecuencia crisis epilépticas.

La edad media de aparición suele ser los 50 años (4), en la cual se alcanza una prevalencia de hasta un 3% y no existen diferencias entre varones y mujeres (1:1).

Las localizaciones informadas corresponden a arteria cerebral anterior, cerebral media (5, 6) y arteria comunicante posterior (7, 8). La sintomatología de los aneurismas depende de su localización. Cuando aparecen en la arteria cerebral posterior suelen debutar con hemorragia subaracnoidea u otra focalidad neurológica, y es muy poco frecuente la aparición de crisis epilépticas. Los aneurismas gigantes intracraneales son más frecuentes en la arteria cerebral media, produciéndose sintomatología en nuestro caso de tipo epiléptico del lóbulo temporal (8), ya que las características clínicas de la crisis de nuestro paciente son compatibles con un origen temporal de las mismas; esto lo apoya

la focalidad irritativa mostrada en el electroencefalograma. Los hallazgos clínicos y neurofisiológicos, por lo tanto, son congruentes con la localización del aneurisma gigante.

La mejor prueba diagnóstica es la angiografía, que nos ayuda al mejor conocimiento de la estructura del aneurisma y nos facilita la diferenciación con otras lesiones similares como meningiomas.

La actitud terapéutica de los aneurismas puede ser conservadora mediante un seguimiento por pruebas de neuroimagen, o bien pueden tratarse a través de cirugía endovascular si existe riesgo de rotura (6).

En conclusión, creemos interesante la presentación de este caso por la peculiaridad y lo inusual del mismo. Resulta interesante resaltar la evolución de nuestro paciente: una vez controladas las crisis, el paciente se mantiene sin ninguna otra sintomatología asociada al aneurisma, tras más de diez años de evolución.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. BELLOSTA-DIAGO E, CAMACHO-VELÁSQUEZ JL, MAURI-LLERDA JÁ, ET AL. Intracranial aneurysms and epilepsy. *Rev Neurol*. 2013;56:492-3.
2. NANDA A, SONIG A, BANERJEE AD, ET AL. Microsurgical Management of Giant Intracranial Aneurysm: A Single Surgeon Experience from Louisiana State University, Shreveport. *World Neurosurg*. 2012 Dec 12.
3. CARNEIRO A, RANE N, KÜKER W, ET AL. Volume changes of extremely large and giant intracranial aneurysms after treatment with flow diverter stents. *Neuroradiology*. 2013
4. VLAK MH, ALGRA A, BRANDENBURG R, RINKEL GJ. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Neurol* 2011; 10: 626-36.
5. MIYAGI J, SHIGEMORI M, SUGITA Y, NISHIO N, HARADA K, KURAMOTO S. [Giant aneurysm of the middle cerebral artery presenting with complex partial seizure. Case report]. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 1991 Dec;31(13):953-6. Japanese. PubMed PMID: 1726259.
6. SHI ZS, ZIEGLER J, DUCKWILER GR, ET AL. Management of giant middle cerebral artery aneurysms with incorporated branches: partial endovascular coiling or combined extracranial-intracranial bypass--a team approach. *Neurosurgery*. 2009;65:121-9.
7. VELAT GJ, ZABRAMSKI JM, NAKAJI P, ET AL. Surgical management of giant posterior communicating artery aneurysms. *Neurosurgery*. 2012;71
8. GNANALINGHAM KK, COLQUHOUN I, VAN DELLEN J. Temporal lobe seizures: unusual presentation of a giant unruptured posterior communicating artery aneurysm. *Br J Neurosurg*. 2003 Aug;17(4):370-1. PubMed PMID: 14579909.