



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

V-28 - TRATAMIENTO MEDIANTE COILECTOMÍA DE DÉFICIT VISUAL SECUNDARIO A COMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA DERECHA

N. Mirón Jiménez, V. González Maestre, P. Vega Valdés, C.L. Ortiz Alonso, C. González Moldes, J.I. Gimeno Calabuig, J.C. Gutiérrez Morales

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Resumen

Introducción: Los aneurismas de la región paraclinoidea pueden causar disfunción visual por su proximidad al aparato óptico. El tratamiento endovascular se considera en ocasiones de elección dado el riesgo de deterioro visual del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, se han reportado varios casos de pérdida visual diferida en aneurismas paraclinoideos tratados mediante *coiling*.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años con deterioro visual no explicado por patología oftalmológica, por lo que se realiza resonancia magnética (RM) cerebral en la que se observa un aneurisma sacular gigante de la arteria carótida interna supraclinoidea izquierda con compresión del quiasma, sobre el que se lleva a cabo tratamiento endovascular combinado (*coiling* + *flow diversion*) con buen resultado radiológico y clínico. Transcurrido un año presenta cefalea así como déficit agudeza visual y campimétrico por lo que se realiza nueva RM que constata saco aneurismático sin recanalización acompañado de realce mural por reacción inflamatoria y edema del aparato óptico. Se inicia tratamiento con corticoides sin mejoría de la clínica visual tras lo cual se decide descompresión microquirúrgica vía minipterional, coilectomía y trombectomía hasta conseguir la liberación del aparato óptico. Tras un mes de la cirugía, la paciente presenta mejoría de la visión y disminución del edema en RM de control.

Discusión: Se hipotetiza que los casos descritos de pérdida visual diferida tras tratamiento endovascular de los aneurismas paraclinoideos se deben a reacción inflamatoria mural por los *coils*, a actividad aneurismática mural por los *vasa vasorum*, trombosis interna o a una combinación de los mecanismos anteriores. El tratamiento con corticoides sistémicos es el tratamiento de elección, pero en casos en los que no haya una mejoría significativa, se debe contemplar el tratamiento quirúrgico mediante coilectomía y trombectomía para descompresión del sistema óptico.