

# Aneurisma de la arteria basilar

*J.Sales-Llopis*

*Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Alicante , sales@neurocirugia.com*

[Aneurisma intracraneal](#) de la punta de la [arteria basilar](#) o bifurcación de la basilar.

## Epidemiología

Junto con los aneurismas verdaderos (no por disecciones de la pared vascular) de las arterias encefálicas basilares, están presentes entre el 2 y el 5 % de todas las autopsias.

Los aneurismas en la unión de la [arteria trigeminal primitiva](#) con la arteria basilar son raros <sup>1)</sup>.

Los aneurismas del tronco basilar (también los de las arterias vertebrales) son los que adquieren mayor tamaño y pueden llegar a tener varios centímetros de diámetro (véase [aneurisma gigante](#)), e cuyo caso la arteriosclerosis juega un papel importante en la formación <sup>2)</sup>.

## Tipos

véase [aneurisma fusiforme de la arteria basilar...](#)

## Clínica

Por [hemorragia subaracnoidea](#) indistinguible clínicamente del de los aneurismas de la circulación anterior.

Por compresión o isquemia:

Su sintomatología habitual es la de un [tumor de fosa posterior](#) o de región bulboprotuberancial.

Los aneurismas gigantes de la bifurcación o grandes pueden comprimir el mesencéfalo y región pontina, causando trastornos neurooftalmológicos, incluyendo signos de parálisis del [sexto par](#), [tercer par](#), paresia de la mirada horizontal, oftalmoplejía internuclear, retracción del párpado, y nistagmo típicamente asociados a signos de tracto del tronco encefálico, tales como hemiparesia o alteraciones de la conciencia.

Los síntomas pueden también derivarse de un trombo, obstruyendo el flujo pontino.

La enfermedad tromboembólica también puede resultar en trastornos neurooftalmológicos causantes de anomalías de la convergencia y mirada verticales, desviación oblicua, defectos del campo visual, alucinaciones visuales, amnesia, y delirio <sup>3)</sup>.

## Diagnóstico

Puede ser detectado ocasionalmente mediante TAC o Resonancia como una masa redonda en la región de la [cisterna supraselar](#).

En los casos con hemorragia subaracnoidea la sangre se suele encontrar en la [cisterna interpeduncular](#), con cierto reflujo al [cuarto ventrículo](#).

En ocasiones puede recordar a la [hemorragia subaracnoidea pretruncal no aneurismática](#)

## Angiografía cerebral

La cúpula aneurismática suele apuntar a nivel superior.

## Angio-TAC

La [angio-TAC](#) puede mostrar una extravasación de contraste (es una observación cada vez más común).

Se debe ser conscientes de que la extravasación en la arteria basilar puede imitar la apariencia de un aneurisma <sup>4)</sup>.

## Tratamiento

La mayoría de los casos son tratados por vía endovascular <sup>5) 6)</sup>.

En los niños, el método óptimo para los aneurismas de la arteria basilar saculares no ha sido discutido porque son poco comunes <sup>7)</sup>.

Los aneurismas de la bifurcación basilar de cuello ancho son tratados con embolización mediante stent-Y.

En los aneurismas de la punta de la basilar, se utiliza generalmente el stent Neuroform . A veces, el stent Enterprise puede ser usado junto con el stent Neuroform de configuración Y. Cuando se usa de esta manera, los 2 stents se enredan para evitar la migración proximal de cualquier stent. Sin embargo, se precisa un buen conocimiento de la realización para prevenir posibles complicaciones, incluyendo la migración del stent tardío <sup>8)</sup>

## Quirúrgico

La mayoría se tratan por un [abordaje pterional](#) excepto los que apuntan hacia la región posterior y pósteroinferior, los cuales son mejor accesibles mediante un [abordaje subtemporal](#) <sup>9)</sup>.

## Abordaje subtemporal

Clipaje mediante microcirugía exovascular, por abordaje pretemporal transilviano, transcavernoso inicialmente reportado por Drake y retomado por Krisht.

Para una correcta planificación quirúrgica se precisa realizar el [test de Allcock](#).

Precisar mediante la angiografía la relación con el [dorsum sellae](#).

[Abordaje subtemporal](#) derecho a través de la [incisura tentorial](#) o división del [tentorio](#).

Los pacientes con aneurismas gigantes, no pueden ser tratadas utilizando técnicas convencionales y precisan una técnica quirúrgica que incluye el uso de paro circulatorio hipotérmico profundo <sup>10)</sup>.

## Desventajas

Retracción del [lóbulo temporal](#).

Mala visualización del segmento P1 de la [arteria cerebral posterior](#) y arterias [tálamoperforantes](#).

## Abordaje pterional

[Abordaje pterional](#) descrito por [Yasargil](#), por el lado derecho al menos que apunte hacia el lado derecho, a la izquierda de la línea media o aneurisma adicional izquierdo que puede ser tratado en el mismo acto o paciente con hemiparesia derecha o paresia del nervio oculomotor izquierdo.

La cisura de Silvio se abre hasta exponer la M1 de la [arteria cerebral media](#).

El abordaje es entre el [nervio óptico](#) y la [arteria carótida interna](#).

## Ventajas

Leve o ninguna retracción del [lóbulo temporal](#).

Mejor visualización del segmento P1 de la [arteria cerebral posterior](#) y arterias [tálamoperforantes](#).

Se pueden clipar otros aneurismas en el mismo acto quirúrgico.

## Desventajas

Se suelen encontrar 1 cm más lejos.

Precisa apertura amplia del [valle silviano](#).

El campo quirúrgico es menor.

Las [tálamoperforantes](#) pueden ser invisibles.

## Riesgos

Paresia del [nervio motor ocular común](#) hasta en el 30 % (la mayoría son mínimos o transitorios).

## Abordaje pterional modificado

## Abordaje orbitozigomatico

## Bibliografía

1)

Aguiar, G B, M L M Conti, J C E Veiga, M Jory, and R B Souza. 2011. "Basilar Artery Aneurysm at a Persistent Trigeminal Artery Junction. A Case Report and Literature Review." *Interventional Neuroradiology: Journal of Peritherapeutic Neuroradiology, Surgical Procedures and Related Neurosciences* 17 (3) (September): 343–346.

2)

Yu YP, Zhao HQ, Ren WF, Chi XL. Giant aneurysm of the basilar artery in an 86 year old woman. *F1000Res*. 2013 Apr 18;2. doi: 10.12688/f1000research.2-112.v1.PubMed PMID: 24327908.

3)

Kasner SE, Liu GT, Galetta SL. Neuro-ophthalmologic aspects of aneurysms. *Neuroimaging Clin N Am* 1997;7: 679–92.

4)

Stetson, Nate D, John Pile-Spellman, and Jonathan L Brisman. 2012. "Contrast Extravasation on CTA Mimicking a Basilar Artery Aneurysm in Angiogram-Negative Subarachnoid Hemorrhage: Report of Two Cases." *Neurosurgery* (July 16). doi:10.1227/NEU.0b013e318268fecb.

5)

Jordan LC, Johnston SC, Wu YW, Sidney S, Fullerton HJ: The importance of cerebral aneurysms in childhood hemorrhagic stroke: a population-based study. *Stroke* 40: 400–405, 2009

6)

Ryttefors M, Enblad P, Kerr RS, Molyneux AJ: International subarachnoid aneurysm trial of neurosurgical clipping versus endovascular coiling: subgroup analysis of 278 elderly patients. *Stroke* 39: 2720–2726, 2008

7)

Hayashi S, Maehara T, Mukawa M, Aoyagi M, Yoshino Y, Nemoto S, Ono T, Ohno K. Successful Coil Embolization of a Ruptured Basilar Artery Aneurysm in a Child with Leukemia: A Case Report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2013 Nov 20. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24257487.

8)

Gao, B, and A M Malek. 2010. "Possible Mechanisms for Delayed Migration of the Closed Cell-designed Enterprise Stent When Used in the Adjunctive Treatment of a Basilar Artery Aneurysm." *AJNR. American Journal of Neuroradiology* 31 (10) (November): E85–86. doi:10.3174/ajnr.A2258.

9)

Chiyatte D., Philips M. Surgical approaches for basilar artery aneurysms. *Contemp. Neurosurg.* 13:L-6, 1991

10)

Barzó, P, G Bogáts, B Babik, A Hortobágyi, E Vörös, E Nagy, Z Mencser, L Csepregi, K Mátyás, and M Bodosi. 2001. "[Surgical Treatment of Giant Basilar Artery Aneurysm with Induced Hypothermia and Circulatory Arrest]." *Orvosi Hetilap* 142 (49) (December 9): 2747–2752.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

[https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=aneurisma\\_de\\_la\\_arteria\\_basilar](https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=aneurisma_de_la_arteria_basilar)

Last update: **2025/03/10 15:19**

