

LA EVOLUCIÓN "NATURAL" DE LOS ANEURISMAS NO ROTOS

El primer tramo del Estudio Internacional de Aneurismas No Rotos (ISUIA)¹ estableció que el porcentaje de aneurismas no rotos que presentan hemorragia subaracnoidea es mucho más bajo de lo que se estimaba previamente, en aneurismas de menos de 10 mm lo que ha llevado a tratar con mucha cautela la indicación de intervención por cualquiera de las dos vías en estos pacientes, teniendo en cuenta la morbimortalidad del tratamiento, provista por el mismo estudio.

Especialmente el último tramo de este trabajo multicéntrico², presenta un estudio prospectivo que indica que un grupo de pacientes no tratados, seguidos por un período medio de 4,1 años (2- 6 años) tuvo un promedio de hemorragia acumulativo del 3% (menos de 1% por año), encontrando muy bajo índice de ruptura en aquellos pacientes con aneurismas de menos de 7 mm que no habían sufrido HSA previa.

Esta parte del estudio acepta que "en aneurismas de más de 7 mm en ambos grupos, las tasas acumulativas eran mayores, pero igualadas o excedidas por el riesgo del tratamiento ya sea quirúrgico o endovascular"². En realidad, el riesgo de ruptura sería alto especialmente en aneurismas de la comunicante posterior y vertebro basilares², aunque la idea de aunar estos dos grupos no parece clara³.

Además del bien expuesto hecho de la influencia del tamaño, bajando el punto de corte de 10 a 7 mm, la idea general que ha dejado el ISUIA en el ambiente es que la tasa de ruptura es baja. Sin embargo un análisis de los números presentados en el brazo de "historia natural" de los aneurismas no rotos del estudio, nos lleva a discutir esta idea.

Veamos (Cuadro 1):

- 1) El número total de pacientes es 1.692.
- 2) Fueron sacados los fallecidos: 193.
- 3) Fueron sacados los operados: 534.
- 4) Hay que excluir los perdidos para el seguimiento: 4.
- 5) De los fallecidos hay que descontar los que murieron por hemorragia intracraneana: 52. Quedan 141.
- 6) Quedan entonces: 1.013 pacientes con aneurisma no roto para seguimiento.
- 7) 51 pacientes presentaron hemorragia subaracnoidea.
- 8) El porcentaje de HSA en el grupo de historia natural sería entonces de 5% (1,21% anual). Y la mortalidad por esta causa, del 3,2% (0,78% anual).

Como se trata de un estudio actuarial, los porcentajes deben ser algo menores que los que extraemos nosotros, pero no se deberían tomar sobre el total original de pacientes, ya que **en buena parte de ellos, la evolución ha sido modificada por una intervención sobre el o los aneurismas, que fue llevada a cabo durante el período de observación.** Estos casos,

Cuadro 1. Historia natural
n=1692. Seguimiento medio: 4,1 años (2-6)
Grupo 1 - 1.077 - Grupo 2 = 615

534 tratados	410 directo 124 endovascular 4 perdidos para el seguimiento
193 fallecieron	52 hemorragia intracraneana (33 HSA) 44 cáncer 16 enfermedad respiratoria 5 infarto cerebral 7 insuficiencia cardíaca 44 otros 11 desconocido
Excluidos: (operados +perdidos+fallecidos por otra causa) 538+141=679 Restantes para el seguimiento (AA no rotos, no operados) 1.692 - 679= 1.013 HSA= 51 Porcentaje de HSA=5%. Mortalidad por HSA=3,2% 1.692 - 193=1.499. Porcentaje de tratados=35,7%	

Cuadro 1: análisis del brazo "historia natural" del ISUIA. El total de pacientes es de 1692, distribuidos en un grupo 1 sin HSA previa y un grupo 2 con HSA previa por otro aneurisma ya tratado. Se descuentan los pacientes que fueron tratados durante el lapso de observación y los que se perdieron, como así los que murieron no por hemorragia intracraneana. Queda un total de 1.013 individuos sobrevivientes no tratados. Los porcentajes finales están sacados siguiendo estos conceptos. Fuente: ISUIA²

han contribuido sin embargo, a engrosar la cantidad de pacientes-año de seguimiento, hasta el momento de su intervención.

Este es un punto sumamente interesante. El estudio no da las razones por las cuales estos pacientes fueron intervenidos. Probablemente, la aparición de síntomas, aumento de tamaño del aneurisma, factores psicológicos del paciente o del equipo tratante, etc. Lo importante es que este grupo suma casi el 36%, si descontamos los fallecidos, y constituye algo menos de 1/3 del total originario.

Juvela et al de Finlandia⁴, publican un índice de ruptura algo superior al que hemos extraído nosotros: 1,3% anual. ¿Tienen los finlandeses más riesgo de HSA³?

Un aspecto que queda sin resolver es el del ítem "hemorragia intracraneana" como causa de muerte. Aunque las cifras son parecidas al de HSA, sólo 33 de estos pacientes forman parte de aquella. ¿Qué pasó en los otros 19? Parece poco probable que en ninguno de ellos la hemorragia no haya tenido que ver con el aneurisma/s que portaban. El estudio no se expide al respecto.

El ISUIA incluye en este grupo 12,4% de aneurismas intracavernosos, muchos de los cuales nunca tendrán una HSA, porque se trata de un hecho **imposible.**

Dejando de lado sesgos, lo que podemos decir a partir de este estudio sobre la historia natural de los aneurismas no rotos en un medio civilizado, es que aunque se los quiera dejar evolucionar, **en un lapso medio de cuatro años, casi la tercera parte de ellos estarán operados y 5% de los sobrevivientes habrán sufrido una hemorragia subaracnoidea que habrá dado cuenta del 3,2%.**

Estos números superan, en tan sólo 4 años, el riesgo de mortalidad del tratamiento por cualquiera de las dos vías, que el mismo estudio provee, y no hay datos sobre el estado físico o neuropsicológico de los que sobrevivieron a la hemorragia en el grupo no tratado.

Por otro lado, demuestran que **la vida de alrededor del 35% de los portadores de un aneurisma no roto se habrá visto complicada seriamente** (operación o HSA) por el mismo, en el relativamente corto lapso de observación referido, a un ritmo promedio de 9% anual.

El estudio habla de calidad de vida, pero no se refiere a ésta cuando considera la "historia natural". Es prác-

ticamente obvio que la calidad de vida se deteriora desde el momento en que la persona se entera de que es portadora de un aneurisma cerebral.

¿Por qué se presentan las cosas de manera tan liviana tratándose de una patología cuyas consecuencias después de la ruptura son habitualmente graves? Error o intención.

Horacio Fontana
Editor

1. Unruptured Intracranial Aneurysms. Risk of rupture and risks of surgical intervention. *New Eng J Med*, 1998; 339: 1725-33.
2. Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. *New Eng J Med*, 2003; 362: 103-10.
3. Clarke, G, Mendelow, AD, Mitchell. Predicting the risk of rupture of intracranial aneurysms based on anatomical location. *Acta Neurochir (Wien)*, 2005; 147: 259-63.
4. Juvela, S, Porras, M, Poussa, K. Natural history of unruptured intracranial aneurysms: probability and risk factors for aneurysm rupture. *J Neurosurg*, 2000; 93: 379-87.