

Aneurisma de la arteria hipofisaria superior

El [aneurisma](#) de la [arteria hipofisaria superior](#) se denomina con frecuencia [aneurisma paraoftálmico](#) o [paraclinoideo](#), pero constituyen una entidad anatómica distinta.

Nacen del [segmento C6 de la arteria carótida interna](#) y desplazan el [nervio óptico](#) superiormente y la [arteria carótida](#) superior o súperolateralmente.

La extensión proximal del aneurisma se confina al piso de la base craneal, debajo del nervio óptico y surgen justo por encima del [anillo dural](#) de la curva media de la arteria carótida interna, en el lugar del origen de las arterias perforantes de la cara superior de la [hipófisis](#), y no tienen relación directa con la [arteria oftálmica](#).

Tipos

Estas lesiones pueden extenderse medialmente debajo del [quiasma](#) (variante supraselar), o extenderse ventralmente a la [apófisis clinoides anterior](#) (variante paraclinoidea) (Day, 1990).

Epidemiología

Son muy poco frecuentes (1% de los aneurismas intracraneales).

Clínica

Parece que tienen mayor riesgo de sangrado y cuando se presentan suelen tener aneurismas en otras localizaciones.

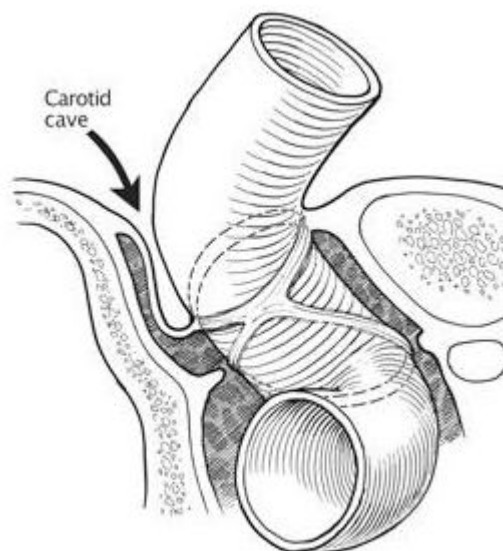
Clínicamente pueden producir [alteraciones visuales](#) relacionadas con el efecto de masa sobre el nervio óptico o quiasma (Ferrell y col., 2011).

Diagnóstico

Además de la [angiografía](#), la [angio-TAC 3D](#) se puede utilizar como una alternativa en todos los aneurismas que se encuentran cerca de la [base del cráneo](#) (Sakamoto y col., 2004).

El problema de identificar la arteria hipofisaria superior radica en que a menudo es demasiado fina para aparecer opacificada en los angiogramas cerebrales.

Generalmente están situados en la pared medial o inferomedial de la arteria carótida interna a nivel clinoidal o infraclinoidal y hay que distinguirlos del aneurisma del cavum de la carótida (Tanaka y col., 2002).



http://www.thebarrow.org/Education_And_Resources/Barrow_Quarterly/205264

Tratamiento

Endovascular

Tienen la menor tasa de recurrencia con el [tratamiento endovascular](#) en comparación con aneurismas en otros lugares.

Debido a su seguridad y eficacia, la terapia endovascular se debe considerar el procedimiento de elección para el tratamiento de los aneurismas de esta localización (Chalouhi y col., 2012), especialmente en los de pequeño tamaño (Gurian y col., 1996).

Cuando no es posible tratarlo mediante este método se debe recurrir al método quirúrgico.

Quirúrgico

Especialmente los de proyección medial son un reto para acceder a través de una [craneotomía pterional](#) ya que se puede dañar el nervio óptico durante la cirugía (Kassam y col., 2007).

Generalmente se precisa una [clinoidectomía](#) anterior tras abrir el anillo dural. Esta etapa requiere un cuidado extremo para lo cual la cureta ultrasónica SONOPET puede ser de gran ayuda (Onoda y col., 2006), aunque también se ha realizado sin clinoidectomía cuando permite la visualización o se ha practicado con ayuda del endoscopio (Kinouchi y col., 2002).

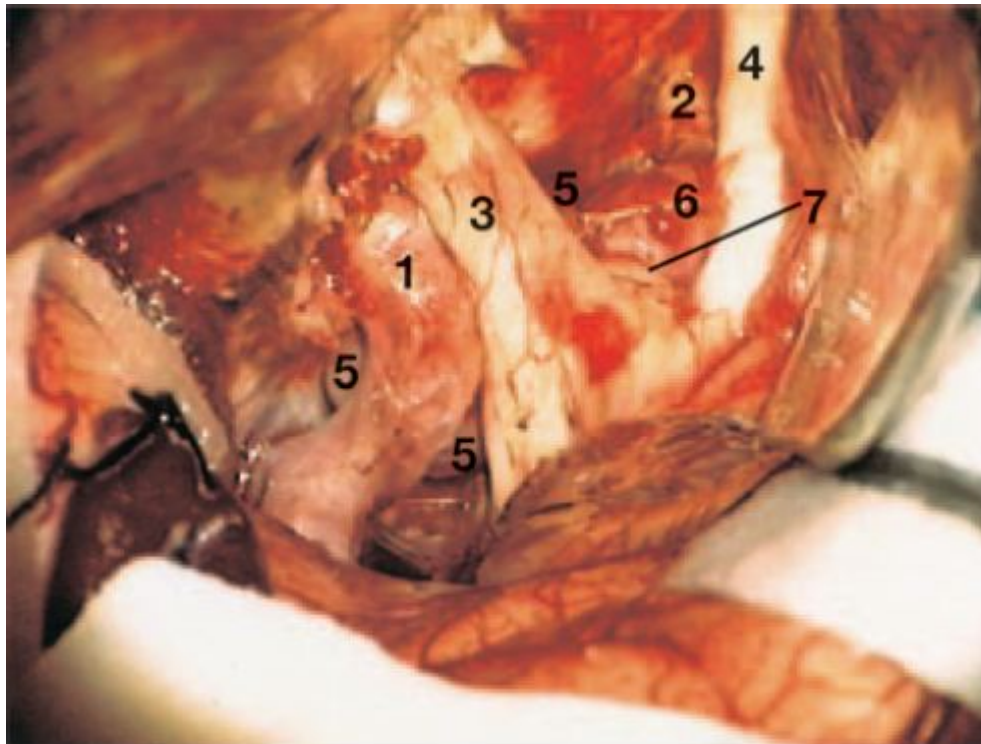
Apertura de la cisterna supraquiasmática, donde se identifica la arteria comunicante posterior y la arteria oftálmica. Entre estas dos arterias y en la cara medial carotídea se suele identificar el aneurisma.

Por su configuración suelen precisar clips fenestrados (Yapor y Crowell, 1991).

El abordaje contralateral pterional para el abordaje de los aneurismas no rotos es técnicamente

factible y segura en un grupo selecto de pacientes en los que los resultados óptimos se pueden alcanzar sin retracción significativa de las estructuras neurovasculares (Chen y col., 2012).

Los potenciales evocados visuales se pueden utilizar para ayudar a determinar si se puede sacrificar la arteria de forma segura (Goto y col., 2007).



Fotografía de la revista Free: Ide, Mitsunobu, Shinji Hagiwara, Noriko Tanaka, and Hirotsune Kawamura. 2002. "Bilateral Ophthalmic Segment 'Kissing' Aneurysms Presenting with Subarachnoid Hemorrhage—case Report." *Neurologia Medico-chirurgica* 42 (10) (October): 427–430.

1.- Arteria carótida interna

5.- Aneurisma de la arteria hipofisaria superior

Bibliografía

Chalouhi, N, S Tjoumakaris, A S Dumont, L F Gonzalez, C Randazzo, D Gordon, R Chitale, R Rosenwasser, and P Jabbour. 2012. "Superior Hypophyseal Artery Aneurysms Have the Lowest Recurrence Rate with Endovascular Therapy." *AJNR. American Journal of Neuroradiology* (March 8). doi:10.3174/ajnr.A3004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403776>.

Day, A L. 1990. "Aneurysms of the Ophthalmic Segment. A Clinical and Anatomical Analysis." *Journal of Neurosurgery* 72 (5) (May): 677–691. doi:10.3171/jns.1990.72.5.0677.

Ferrell, Andrew S, Mark L Lessne, Michael J Alexander, Pratish Shah, Kiarash Golshani, Ali Zomorodi, Tony P Smith, and Gavin W Britz. 2011. "Visual Complications After Stent-Assisted Endovascular Embolization of Paraophthalmic and Suprasellar Variant Superior Hypophyseal Aneurysms: The Duke Cerebrovascular Center Experience in 57 Patients." *World Neurosurgery* (December 10). doi:10.1016/j.wneu.2011.12.003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22381310>.

Goto, Tetsuya, Yuichiro Tanaka, Kunihiro Kodama, Yoshikazu Kusano, Keiichi Sakai, and Kazuhiro Hongo. 2007. "Loss of Visual Evoked Potential Following Temporary Occlusion of the Superior

Hypophyseal Artery During Aneurysm Clip Placement Surgery. Case Report." *Journal of Neurosurgery* 107 (4) (October): 865-867. doi:10.3171/JNS-07/10/0865.

Gurian, J H, F Viñuela, G Guglielmi, Y P Gobin, and G R Duckwiler. 1996. "Endovascular Embolization of Superior Hypophyseal Artery Aneurysms." *Neurosurgery* 39 (6) (December): 1150-1154; discussion 1154-1156.

Kassam, Amin B, Paul A Gardner, Arlan Mintz, Carl H Snyderman, Ricardo L Carrau, and Michael Horowitz. 2007. "Endoscopic Endonasal Clipping of an Unsecured Superior Hypophyseal Artery Aneurysm. Technical Note." *Journal of Neurosurgery* 107 (5) (November): 1047-1052. doi:10.3171/JNS-07/11/1047.

Kinouchi, Hiroyuki, Katsuya Futawatari, Kazuo Mizoi, Naoki Higashiyama, Hisashi Kojima, and Tetsuya Sakamoto. 2002. "Endoscope-assisted Clipping of a Superior Hypophyseal Artery Aneurysm Without Removal of the Anterior Clinoid Process. Case Report." *Journal of Neurosurgery* 96 (4) (April): 788-791. doi:10.3171/jns.2002.96.4.0788.

Onoda, Keisuke, Koji Tokunaga, Kenji Sugiu, Shigeki Ono, and Isao Date. 2006. "[Direct Surgery for Paraclinoid Aneurysm Arising from the Anterolateral Wall of the Internal Carotid Artery]." *No Shinkei Geka. Neurological Surgery* 34 (3) (March): 267-272.

Sakamoto, S, Y Kiura, M Shibukawa, S Ohba, K Arita, and K Kurisu. 2006. "Subtracted 3D CT Angiography for Evaluation of Internal Carotid Artery Aneurysms: Comparison with Conventional Digital Subtraction Angiography." *AJNR. American Journal of Neuroradiology* 27 (6) (July): 1332-1337.

Tanaka, Yuichiro, Kazuhiro Hongo, Tsuyoshi Tada, Hisashi Nagashima, Tetsuyoshi Horiuchi, Tetsuya Goto, Jun-ichi Koyama, and Shigeaki Kobayashi. 2002. "Radiometric Analysis of Paraclinoid Carotid Artery Aneurysms." *Journal of Neurosurgery* 96 (4) (April): 649-653. doi:10.3171/jns.2002.96.4.0649.

Yapor, W Y, and R M Crowell. 1991. "Superior Hypophyseal Artery Aneurysm. Report of Two Cases." *Journal of Neurosurgery* 74 (3) (March): 501-503. doi:10.3171/jns.1991.74.3.0501.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=aneurisma_de_la_arteria_hipofisaria_superior

Last update: **2019/09/26 22:28**

