

Según morfología

Los aneurismas intracraneales son divididos en tres tipos básicos:

[Aneurisma sacular](#), que a su vez pueden ser de cuello normal, estrecho o ancho

[Fusiforme](#)

[Disecante](#)

[Aneurisma tipo blister](#)

Según localización

[Aneurisma de la arteria comunicante anterior](#)

[Aneurisma de la arteria comunicante posterior](#)

[Aneurisma de la arteria basilar](#)

[Aneurisma de la arteria carótida interna](#)

[Aneurisma de la arteria cerebral anterior](#)

[Aneurisma de la arteria cerebral media](#)

[Aneurisma de la arteria cerebral posterior](#)

[Aneurisma de la arteria hipofisaria superior](#)

[Aneurisma de la arteria oftálmica](#)

[Aneurisma de la arteria cerebelosa pósterio inferior PICA](#)

[Aneurisma de la arteria vertebral](#)

Según su relación con estructuras vecinas

[Aneurisma paraclinoideo](#)

[Aneurisma intraselar](#)

Según el cuello

[De cuello ancho.....](#)

Según su aparición

Recurrente, residual , de nueva formación.....

Según su morfología

Saculares, fusiformes...

Complejos....

Según su relación con estructuras vecinas

Con efecto masa....

Paraclinoideos.....

Según su hallazgo

Incidental

[Roto](#)

No roto

Según su tamaño

Pequeños (< 10 mm)

Medianos (10-14 mm)

Grandes (15-24 mm)

[Aneurisma gigante](#) 25 mm o más.

Según su resultado tras el tratamiento

Recanalizados, compactados...

Según la cantidad

Único

Múltiples

La localización más frecuente de los aneurismas cerebrales es en las arterias de la base del cerebro, conocido como “círculo polígono de Willis”.

El 85 % de los aneurismas cerebrales se desarrollan en la porción anterior del polígono de Willis y afectan la arteria carótida interna y sus ramas intracraneales.

La localización más frecuente incluye el complejo de la arteria comunicante anterior (39-35 %), el origen de la arteria comunicante posterior a partir de la arteria carótida interna (39-35 %), la bifurcación de la arteria cerebral media (20 %), la bifurcación de la arteria basilar y el resto de las arterias de la circulación posterior (5 %). Pueden ser solitarios (70 % a 75 %) o lesiones vasculares múltiples (25 % a 30 %), usualmente localizados en el polígono de Willis.

Clasificación por etiología

Aneurismas espontáneos

La mayoría de los aneurismas intracraneales son verdaderos aneurismas que contienen todas las capas o componentes de la pared vascular normal. En contraste, en los aneurismas falsos o pseudo-aneurismas la luz del vaso no crece, aun cuando el diámetro externo del segmento anormal puede estar incrementado. Estos aneurismas son poco frecuentes dentro del cráneo.

Algunos factores externos como el tabaquismo, el consumo intenso de alcohol, y el uso de anticoagulantes y anticonceptivos parecen estar relacionados con la formación de este tipo de aneurismas.

La causa más frecuente para el desarrollo de un aneurisma son lesiones vasculares inducidas hemodinámicamente, aterosclerosis, vasculopatía subyacente y estados de alto flujo. Causas menos comunes son trauma, infección, abuso de drogas y neoplasias.

Los aneurismas intracraneales no caen precisamente en la categoría de verdaderas malformaciones vasculares; usualmente son adquiridos. La mayoría de los aneurismas cerebrales resultan de una anomalía (debilidad) innata en la pared de la arteria. Los aneurismas cerebrales son también más frecuentes en personas con ciertas anomalías genéticas, como las enfermedad de la colágena o enfermedad de riñones poliquísticos y en ciertos trastornos circulatorios como las malformaciones arteriovenosas (MAV's).

Otras causas incluyen: Hipertensión arterial, trauma craneal, lesiones penetrantes craneales, infecciones, tumores, aterosclerosis, y otras enfermedades vasculares, uso de drogas (Ej. cocaína y el tabaquismo). Algunos investigadores especulan que el uso de anticonceptivos orales incrementa el riesgo para el desarrollo de un aneurisma.

Aneurismas micóticos

Los aneurismas que resultan de la infección en la pared de una arteria son llamados aneurismas micóticos.

Aneurismas traumáticos

Son considerados con una frecuencia menor al 1%. Por lo general se trata de pseudoaneurismas ya que parte de su estructura es tejido cerebral. Se ven asociados a trauma penetrante de cráneo (por objeto punzo-cortante o por proyectil de arma de fuego); pero también pueden verse en traumatismo

craneal cerrado. En este último es más común y se puede producir lesión de porción proximal de vaso principal como la arteria carótida en su porción petrosa o cavernosa o puede ocurrir en arterias distales corticales que sufren trauma por fractura craneal deprimida.

Según la ruptura

Aneurisma rotos

Aneurismas no rotos

El porqué las mujeres y los pacientes con aneurismas de más de 5 mm o aneurismas de circulación posterior tienen un mayor riesgo de ruptura aún no se ha resuelto (Vlak y col., 2011).

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=clasificacion_de_aneurisma_intracraneal

Last update: **2025/05/03 23:57**

