

Título: Quiste aracnoideo retrocerebeloso de línea media. Presentación de caso.

Autores: Dr. Alexis Gamboa Núñez*, Est. Jorge Luis Hernández Camejo, Est. Orlando David Castro Ortiz
alexisgamboa130@gmail.com

Institución: Hospital Provincial General "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Granma

INTRODUCCIÓN: Los quistes aracnoideos (QA) son colecciones extracerebrales delimitadas por una membrana aracnoidea. Su contenido es un líquido claro, incoloro, indistinguible del líquido ceforraquídeo (LCR) normal. Las paredes de estos quistes están en contacto con la aracnoides normal que los rodea. Pueden ser primarios/congénitos, los que constituyen el 1% de las lesiones ocupativas de espacio (LOE) intracraneal, o secundarios. Dentro de las hipótesis invocadas en su formación se encuentran la embrionaria, la hipoplasia encefálica focal, las alteraciones en la secreción de sustancias del espacio subaracnoideo (ESA) al sistema venoso y los plegamientos y engrosamientos de la aracnoides. En su mayoría son asintomáticos. La mayoría se localizan en la fosa temporal. Pueden aparecer a cualquier edad aunque por lo general se hacen sintomáticos durante la lactancia y la edad preescolar, predominan en el sexo masculino y se ubican, como regla, en línea media o hacia las porciones laterales. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) son los estudios de oro para el diagnóstico. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.

PRESENTACIÓN DE CASO: Femenina de 27 años de edad aparentemente sana. Cuadro progresivo de cefalea holocraneal intensa, pulsátil, que arrecia con el esfuerzo físico y de difícil control con analgésicos, pérdida lenta y progresiva de la visión e inestabilidad para la marcha. Examen físico: ataxia troncal, aumento del plano de sustentación y papiledema incipiente. Funciones de integración conservadas, escala de Glasgow para el coma (EGC) 15/15 pts. Se plantea un síndrome de hipertensión intracraneal (HIC) con signos de focalización neurológica. Diagnóstico nosológico de LOE cerebelosa vermiana. TAC simple y contrastada de cráneo: LOE quística, cerebelosa, en línea media, de 42x37 mm de diámetro, hipodensa con atenuación LCR (10 UH), redondeada, bordes regulares, que no capta contraste comprimiendo y desplazando el IV ventrículo generando hidrocefalia obstructiva triventricular (Imagen 4 preoperatoria). Se opera realizándose abordaje suboccipital medial mediante craneotomía osteoclástica suboccipital bilateral (Imagen 1 y 2). Se realiza fenestración, resección parcial de las paredes (toma de muestra para biopsia) y comunicación del QA con el ESA (Imagen 3). Biopsia informa tejido aracnoideo. Diagnóstico definitivo: quiste aracnoideo retrocerebeloso de línea media. Evolución favorable sin complicaciones. TAC evolutiva constata la desaparición del quiste y la restitución de la dinámica del LCR. No evidencia de recidiva hasta la fecha (Imagen 4).

Imagen 1. Craneotomía osteoclástica suboccipital bilateral

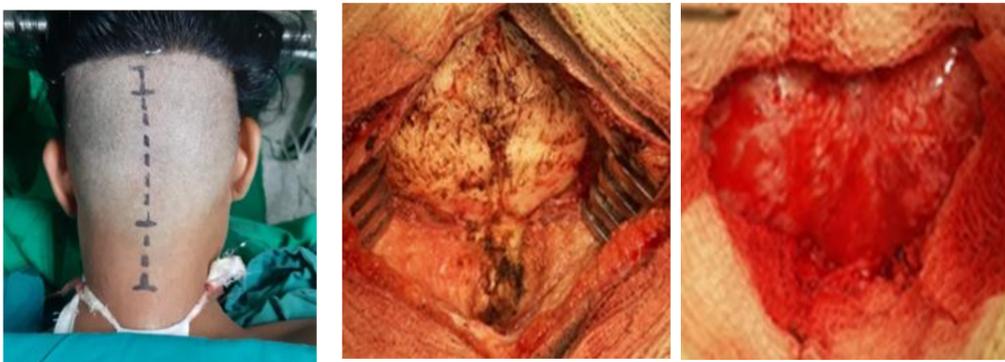


Imagen 3. Fenestración del quiste con resección parcial de sus paredes

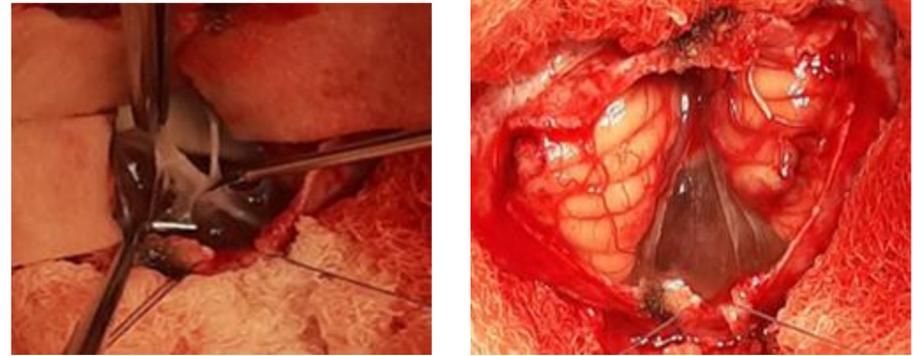


Imagen 2. Abordaje Suboccipital. Superficie occipital de hemisferios cerebelosos y quiste aracnoideo

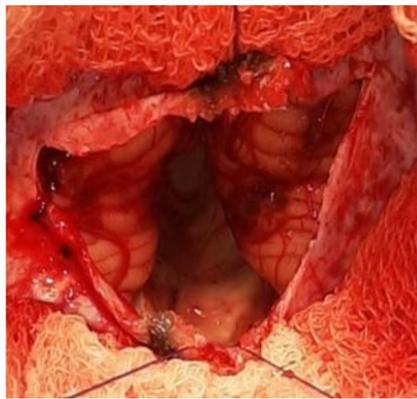
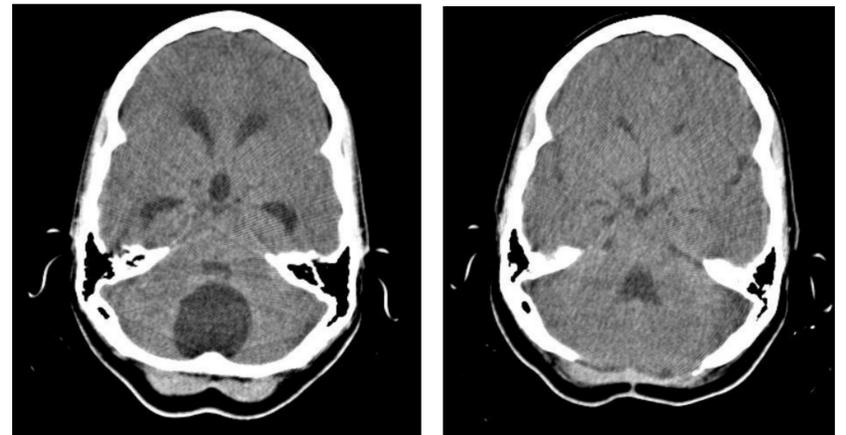


Imagen 4. TAC simple de cráneo preoperatoria (izquierda) y postoperatoria (derecha)



DISCUSIÓN: Los QA primarios (congénitos) son el resultado de alteraciones en el desarrollo del cerebro ocurridas durante las primeras semanas de gestación. Al producirse la disección hídrica durante el desarrollo de la aracnoides existe una separación incompleta dentro del mesodermo. Esto provoca la formación de compartimentos aislados delimitados por septos intraaracnoideos. En estos compartimentos queda atrapado el LCR. Aproximadamente 2/3 de los QA intracraneales son supratentoriales. El 1/3 restante, como el caso analizado, asientan en a fosa posterior. Aquí son más frecuentes en relación con el vermis y la cisterna magna (hasta 12 % del total). La mayoría de los QA permanece estable durante toda la vida. El diagnóstico se hace generalmente durante la infancia. Los síntomas secundarios a QA infratentoriales no son frecuentes en jóvenes ni adultos pues la mayoría debuta también en la infancia. Al tratarse de lesiones congénitas y teniendo en cuenta la edad de presentación de este caso se plantea que se produjo un crecimiento por mecanismo valvular: entrada de líquido desde el ESA al quiste (durante la sístole cardiaca) sin salida. El QA comprimió la estructuras de fosa posterior (vermis cerebeloso y IV ventrículo) ocasionando síntomas cerebelosos y de HIC por la hidrocefalia obstructiva. Aunque en la actualidad la RMN es el método diagnóstico de elección (no disponible en nuestro medio), se realizó el diagnóstico imagenológico con TAC simple y contrastada de cráneo. En el diagnóstico diferencial se consideraron lesiones quísticas congénitas (megacisterna magna, quistes epidermoides, Síndrome de Dandy-Walker) y adquiridas (astrocitomas, quistes hidatídicos, cisticercosis, quistes porencefálicos). El tratamiento quirúrgico, reservado para los casos sintomáticos, tiene como objetivo el control o desaparición de la sintomatología, aunque no se logre curar el tamaño del quiste. Todas las técnicas quirúrgicas se pueden realizar a cielo abierto o con soporte endoscópico (no disponible en nuestro medio). En este caso se utilizó el abordaje directo con fenestración y resección de las paredes posterolaterales del quiste. Se preservó la pared anterior del quiste al estar adherida al tejido cerebeloso para evitar el potencial daño neurovascular. Esta técnica permitió comunicar el quiste con las vías fisiológicas de circulación del LCR, minimizar la posibilidad de recidiva y lograr la descompresión de las estructuras vecinas.

CONCLUSIONES: La mayoría de los QA permanecen estables toda la vida. Son causados por un fallo embriológico en el desarrollo de la aracnoides. El mecanismo valvular con un flujo unidireccional hacia el quiste es la teoría de crecimiento más aceptada. Las manifestaciones clínicas varían en dependencia de la edad del paciente, la topografía y el tamaño de los quistes. La TAC simple y contrastada de cráneo es una herramienta imprescindible y suficiente para el diagnóstico si la RMN no está disponible. El tratamiento quirúrgico a cielo abierto es una opción eficaz y efectiva para el tratamiento quirúrgico de los quistes aracnoideos.