

Quiste aracnoideo congénito temporal medial izquierdo, resuelto espontáneamente*

Abraham Ibarra-de la Torre, Marcial Anaya-Jara, Alfonso Marhx-Bracho,
Fernando Rueda-Franco

RESUMEN

Los quistes aracnoides intracraneales se pueden detectar como hallazgo y el manejo es conservador aplicado cuando no hay datos de aumento en la presión intracraneal o déficit focal, representan el 1% en incidencia de lesiones intracraneales. Presentamos el caso de un paciente pediátrico, con un quiste aracnoideo congénito temporal medial izquierdo, diagnóstico prenatal y silente posnatal con resolución espontánea.

Palabras clave: quiste aracnoideo intracraneal, pediátrico, resolución espontánea, tomografía craneal.

Congenital archnoid cyst left temporal resolved spontaneously

ABSTRACT

The arachnoid cyst intracranial may be a find and his management conservative when don't have intracranial pressure or focal deficit, they represents the 1% of the intracranial lesions. We presented a pediatric case with a congenital arachnoid cyst left temporal medial, prenatal diagnosis and postnatal silent with spontaneous resolution.

Key words: arachnoid cyst intracranial, pediatric, spontaneous resolution, cranial tomography.

*Presentado en el XIX Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica, 2007, México, D. F.

Los quistes aracnoideos intracraneales fueron descritos por primera vez en 1831 por Bright¹; se les considera congénitos y son colecciones de líquido desarrolladas dentro de la membrana aracnoidea, originados por división o duplicación de esta estructura. Su incidencia es de 1%, puede ser hallazgo incidental o pueden manifestarse con agrandamiento cefálico, convulsiones, datos de aumento en la presión intracraneal (PIC) o déficit neurológico focal. Pueden crecer por mecanismo de gradiente osmótico (no comunicante), por comunicación anatómica con una vía funcional o expresión de aguaporinas en la pared del quiste. Los quistes aracnoideos supratentoriales, por lo común están en la fisura de Silvio. Los quistes aracnoideos intracraneales causan distorsión y desplazamiento de estructuras cerebrales subyacentes. El manejo

es conservador aplicado cuando no hay datos de aumento en la PIC o déficit focal²⁻⁵. El quiste aracnoideo comúnmente representa un volumen fijo en el tiempo y la resolución espontánea se considera rara y puede ser por curso natural en la evolución del quiste aracnoideo^{1,6-10}.

Presentamos el caso de una niña con un quiste aracnoideo congénito temporal medial izquierdo, diagnóstico prenatal, seguimiento por imagen y silente postnatal con resolución espontánea.

Recibido: 18 diciembre 2009. Aceptado: 19 febrero 2010.

Departamento de Neurocirugía, Instituto Nacional de Pediatría. Correspondencia: Abraham Ibarra de la Torre, Departamento de Neurocirugía, Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes Sur # 3700-C, Col. Cuicuilco. 04530 México, D.F. E-mail: abrahamibarra@hotmail.com

Presentación del caso

Femenino, edad 3 años 9 meses, de la gestación III, a quien se le realizó diagnóstico de lesión quística aracnoidea intracraneal desde periodo prenatal por ultrasonido al final del noveno mes de gestación; en posnatal con integridad y sin manifestación clínica neurológica. Enviada al Instituto Nacional de Pediatría para seguimiento y se decidió conducta conservadora por su estado neurológico y manifestación "silente" del quiste. Por imagen de resonancia magnética (RM) neonatal presenta un quiste aracnoideo temporal media izquierdo y efecto de volumen sobre el tejido cerebral subyacente.

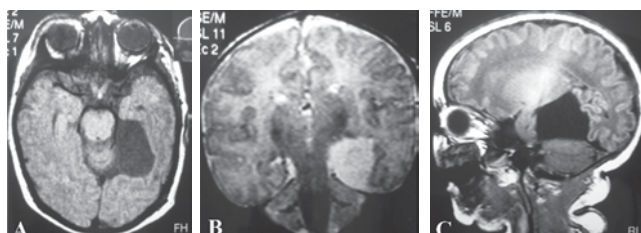


Figura 1. RM 7 de Octubre 2003. Lesión quística temporal medial izquierda con efecto de volumen en cortes axial T-1 (A), coronal T-2 (B) y sagital T-1 paramedial (C).

Tomografías craneales (TC) de control a nueve y 45 meses de la RM inicial, en donde se demuestra claramente la reducción del volumen del quiste aracnoideo congénito intracraneal.

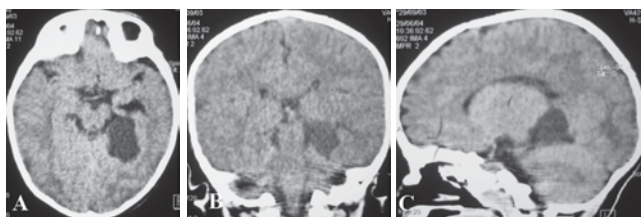


Figura 2. TC 29 de Junio 2004. Lesión quística temporal medial izquierda con efecto de volumen, cortes axial (A), coronal (B) y sagital (C).

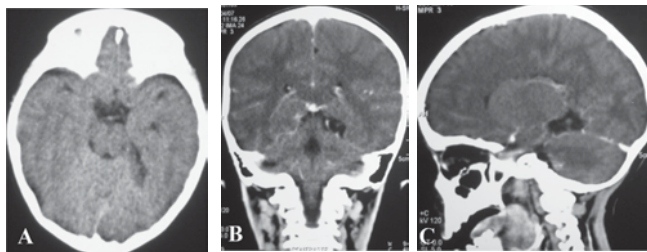


Figura 3. TC 3 de abril 2007. Se nota apenas la lesión quística temporal medial izquierda.

Tiene electroencefalogramas normales por no presentar paroxismos. El paciente ha permanecido sin datos de aumento en la PIC e integridad neurológica.

DISCUSIÓN

Se tiene conocimiento de los quistes aracnoideos intracraneales desde 1831, son congénitos, representan el 1% de las lesiones intracraneales, localizados con mayor frecuencia en el valle silviano, se propone que son a causa del mecanismo de válvula, gradiente osmótico, malformación y líquido atrapado, hiperproducción de líquido o expresión de aguaporinas¹⁻⁶. El quiste aracnoideo comúnmente representa un volumen fijo en el tiempo y la resolución espontánea se considera rara y puede ser por curso natural en la evolución del quiste aracnoideo^{1,6-10}.

El primer reporte de resolución espontánea de un quiste aracnoideo intracraneal fue en 1985 por Beltramello y Mazza⁷. Se han propuesto que los mecanismos para resolución/regresión de un quiste aracnoideo intracraneal puede ser debido a la comunicación entre el quiste y el espacio subaracnoideo¹, espacio subdural², posterior a un trauma^{1,6-8,10}. En el presente reporte, no se conoce el antecedente de trauma craneal y otros mecanismos por lo que se resuelven espontáneamente los quistes aracnoideos intracraneales con los hallazgos de respiración excesiva, tos o actividades deportivas⁹, que pueden producir fuerza suficiente para el desgarro de la aracnoides; también meningitis, hemorragia, vasoespasmo^{9,10}.

Otro punto a considerar, es que los quistes aracnoideos tienen su origen congénito, pocos son diagnosticados en la vida neonatal o infancia, en muchos por ser visible en tomografía o imagen de resonancia magnética por alguna otra razón⁶; y en este caso, el diagnóstico fue antenatal.

Mediante una revisión¹ de quistes aracnoideos intracraneales con resolución espontánea, se analizó que en la mayoría son niños; la edad media de 9.1 años; el tiempo medio entre el diagnóstico y la regresión del quiste fue de 40 meses; su localización más frecuente en el área fronto-temporal, uno en ángulo cerebelo pontino, uno supracerebelar, uno en región prepontina y en éste reporte, temporal medial. Y la resolución del quiste aracnoideo ocurre durante el período pediátrico o de la adolescencia¹⁰.

El manejo se considera conservador a menos que el quiste fuese sintomático^{1,8,9}, el seguimiento por imagen de forma seriada puede decidir el plan de tratamiento final⁶.

CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente pediátrico, quien padeció un quiste aracnoideo congénito temporal media izquierdo diagnosticado desde el periodo prenatal, corroborado posnatal sin repercusión clínica aparente. La resolución espontánea del quiste aracnoideo es poco común y en este paciente se dará seguimiento neurológico, de imagen y neurofisiológico.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Gloria Angélica Díaz Méndez, por el apoyo y esfuerzo realizados para la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Seizeur R, Forlodou P, Coustans M, Dam-Hieu P. Spontaneous resolution of arachnoid cysts: review and features of an unusual case. *Acta Neurochir (Wien)* 2007;149:75-8.
2. Galassi E, Piazza G, Gaist G, Frank F. Arachnoid cysts of the middle cranial fossa: a clinical and radiological study of 25 cases treated surgically. *Surg Neurol* 1980;14: 211-9.
3. Galassi E, Tognetti F, Gaist G, Fagioli L, Frank F, Frank G. CT scan and metrizamide CT cisternography in arachnoid cysts of the middle cranial fossa: clasification and pathophysiological aspects. *Surg Neurol* 1982;17:363-9.
4. Di Rocco C. Arachnoid cysts. En: Youmans JR (editor) *Neurological surgery*. Volume 2, Fourth edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1996: 967-94.
5. Basaldella L, Orvieto E, Dei Tos AP, Della Barbera M, Valente M, Longatti P. Causes of arachnoid cyst development and expansion. *Neurosurg Focus* 2007; 22(2):E4.
6. McDonald PJ, Rutka JT. Middle cranial fossa arachnoid cyst that come and go. *Pediatric Neurosurg* 1997; 26: 48-52.
7. Beltramello A, Mazza C. Spontaneous disappearance of a large middle fossa arachnoid cyst. *Surg Neurol* 1985; 24: 181-3.
8. Weber R, Voit T, Lumenta C, Lenard HG. Spontaneous regression of a temporal arachnoid cyst. *Child's Nerv Syst* 1991; 7: 414-5.
9. Bristol RE, Albuquerque FC, McDougall C, Spetzler RF. Arachnoid cysts: spontaneous resolution distinct from traumatic rupture. *Neurosurg Focus* 2007; 22:1-4.
10. Moon KS, Lee JK, Kim JH, Kim SH. Spontaneous disappearance of a suprasellar arachnoid cyst: case report and review of the literature. *Child's Nerv Syst* 2007; 23:99-104.