

Quiste aracnoideo, presentación de un caso clínico en adolescente de 13 años

Arachnoid cyst, presentation of a clinical case in a 13 years old adolescent

Rosendo Omar Hernández-Perera¹

RESUMEN

Introducción. Los quistes aracnoideos, son principalmente asintomáticos, y se diagnostican comunmente de forma accidental, los más comunes son los supratentoriales, se presentan predominantemente en masculinos en la segunda década de vida. Los quistes congénitos se deben principalmente a defectos de la membrana aracnoidea, un número menor son causas secundarias de infección, traumatismo o tumores. Los quistes aracnoideos principalmente están llenos de líquido cefalorraquídeo y el estándar diagnóstico es la resonancia magnética.

Caso clínico. Masculino de 13 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, el cual acude al servicio de urgencias posterior a traumatismo craneoencefálico y pérdida de la fuerza de hemicuerpo izquierdo, se realiza tomografía de cráneo simple en la que se observa quiste aracnoideo.

Conclusión. Los quistes aracnoideos representan el 1% de todas las masas cerebrales, son asintomáticas en su totalidad, o con síntomas generales que no hace sospechar de la enfermedad, por lo que su diagnóstico principalmente es accidentalmente, sin embargo en pacientes sintomático o con quistes grandes, se deben tratar lo más pronto posible, ya que existe el riesgo de presentar un efecto de masa, herniación medular y la muerte.

Palabras clave: Quistes Aracnoideos; Líquido Cefalorraquídeo; Cefalea.

ABSTRACT

Introduction. Arachnoid cysts are mainly asymptomatic, and are mainly diagnosed accidentally, the most common are supratentorial, predominantly in males in the second decade of life, congenital cysts are mainly due to defects of the arachnoid membrane, a number minor are secondary causes of infection, trauma or tumors, arachnoid cysts are mainly filled with cerebrospinal fluid and the diagnostic standard is magnetic resonance.

Clinical case. Male, 13 years of age, with no relevant personal history, who went to the emergency department after cranioencephalic traumatism and loss of left hemibody strength. A simple skull tomography was performed in which arachnoid cyst was observed.

Conclusion. Arachnoid cysts represent 1% of all brain masses, are asymptomatic in their entirety, or with general symptoms that does not raise suspicion of the disease, so their diagnosis is mainly accidental, however in symptomatic patients or with large cysts, should be treated as soon as possible, since there is a risk of presenting a mass effect, spinal herniation and death.

Keywords: Arachnoid Cysts; Cerebrospinal Fluid; Headache

¹ Residente de primer grado. Hospital General de Chetumal. Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. México.

Correspondencia: Rosendo Omar Hernández- Perera.

Correo electrónico: rosendohernandezperera@gmail.com

Recibido: 30 de agosto de 2019.

Aceptado: 26 de noviembre de 2019.

INTRODUCCIÓN

Los quistes aracnoideos son estructuras patológicas de características benignas que pueden definirse como cavidades rellenas de líquido claro, similar al líquido cefalorraquídeo, contenido dentro de una membrana indistinguible histológicamente de la aracnoides sana ⁽¹⁾.

Los quistes aracnoideos tienen una prevalencia aproximadamente del 1.7/1000 adolescentes, con predominio del sexo masculino, el diagnóstico principalmente se realiza durante la primera y segunda década de vida. La localización más frecuente es en fosa media. Los quistes aracnoideos de fosa media se estiman en torno al 25-65%. En general, el 70% de los quistes son supratentoriales (concretamente 25% silvianos, 20% intraventriculares y 20% supraselares), el 25% son espinales y el 5% son infratentoriales ⁽²⁾.

Los quistes aracnoides son principalmente asintomáticos, las características clínicas que se pueden presentar son: náuseas, vómitos, crisis comiciales, remodelación craneal en niños, retraso psicomotor, hemiparesia, macrocefalia, hidrocefalia, alteraciones endocrinas como diabetes insípida, oftalmoparesias, y otros más graves como pérdida de la audición, de la visión o alteraciones respiratorias ⁽³⁾.

La tomografía muestra lesiones habitualmente extraxiales con una densidad similar a la del líquido cefalorraquídeo (LCR) y que no se modifican con la administración de contraste intravenoso. La resonancia magnética es el método diagnóstico de elección de los quistes aracnoideos que se manifiestan como lesiones con densidades similares al LCR tanto en secuencias T1 (hipo intensos) como T2 (hiperintensos) y no existe captación de gadolinio. En ocasiones los quistes aracnoideos pueden ser hiperintensos en secuencias T1 debido a la presencia de una alta concentración de proteínas, secundaria a una hemorragia o a una infección dentro del quiste ⁽⁴⁾.

Los quistes aracnoideos de convexidad e interhemisféricos suelen ser tratados mediante craneotomía y fenestración directa del quiste, con buenos resultados. Las principales complicaciones de éstas son los hematomas y el déficit neurológico. Las derivaciones cistoperitoneales son más seguras, con menos complicaciones, pero existe un 30% más de recidivas y posteriormente nueva intervención ⁽⁵⁾.

Caso clínico

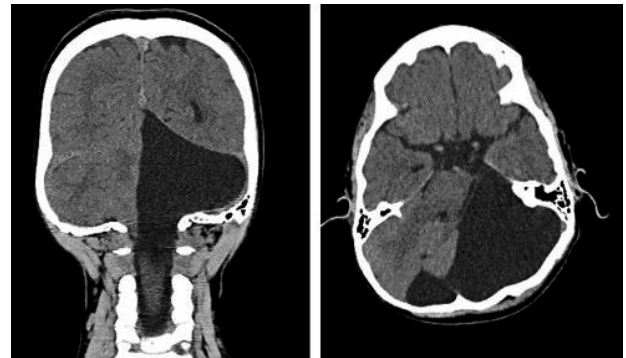
Se trata de paciente masculino de 13 años de edad, el cual refiere que durante varios años, ha presentado cefalea ocasional, la cual remite con analgesia, sin enfermedades, alergias u hospitalizaciones previas.

Acude al hospital general posterior a traumatismo directo en región occipital, al perder el equilibrio cuando jugaba basquetbol, posteriormente presenta pérdida del conocimiento durante aproximadamente 5 min. A la valoración médica, se encuentra pérdida de la fuerza muscular 4/5 del lado izquierdo, en extremidades superiores e inferiores, en comparación del lado derecho 5/5.

Se integra el diagnóstico, posterior a realización de tomografía de cráneo simple, en la cual se observa imagen quística de 115.3 mm x 79.4 mm x 45.5mm en región occipital, compatible con quiste aracnoideo. Figura 1.

Se realiza valoración por neurocirugía, el cual confirma el diagnóstico, y programa la derivación cistoperitoneal.

FIGURA 1. TAC simple de cráneo, corte coronal y axial, donde se observa quiste aracnoide, densidad líquido cefalorraquídeo.



DISCUSIÓN

Los quistes aracnoideos mayormente se producen como resultado de una alteración del desarrollo, es decir, son congénitos (desdoblamiento de la membrana aracnoides), y un número menor ocurren secundariamente a tumores y como complicación a determinados procesos como meningitis, hemorragias, posquirúrgicos o traumáticos ⁽⁶⁾.

Los quistes aracnoideos son lesiones características de la infancia, ligeramente más frecuentes en varones. Suelen diagnosticarse en los primeros años de vida, aunque se han descrito casos en todas las edades, e incluso casos asintomáticos en la tercera edad, descubiertos en estudios radiológicos realizados por otros motivos ⁽¹⁾.

Los quistes aracnoideos deben tratarse quirúrgicamente cuando son sintomáticos. Sin embargo, sigue sin aclararse cuál es el mejor tratamiento. Los avances en técnicas endoscópicas pueden ser el tratamiento ideal frente al desbridamiento por craneotomía; frente a ello, la derivación cistoperitoneal soluciona el problema con un menor riesgo quirúrgico ⁽⁷⁾.

CONCLUSIÓN

Se han documentado cientos de casos de quistes aracnoideos, en muchos de estos, el diagnóstico fue de forma accidental, posterior a un traumatismo craneal, el medio de diagnóstico más utilizado es la tomografía computarizada; sin embargo, se considera estándar de oro la resonancia magnética, los quistes aracnoideos deben ser tratados de forma oportuna en pacientes sintomáticos.

El tratamiento más utilizado actualmente es la derivación cistoperitoneal, por su tasa baja de complicaciones en comparación a otras técnicas; sin embargo, se han visto más recidivas y necesidad de nueva intervención quirúrgica.

Los quistes aracnoideos pequeños, pueden pasar desapercibidos durante toda la vida, existen estudios de casos, de diagnóstico accidental en paciente de la tercera edad.

REFERENCIAS

1. Iglesias-Pais, M., Gelabert-González, M., López-García, E., Allut, A. G., Fernández-Villa, J. M., González-García, J., & Rumbo, R. M. (2003). Quiste aracnoideo de novo tratado con derivación cistoperitoneal. *Rev neurol*, 36, 1149-52.
2. Candela, S., Puerta, P., Alamar, M., Barcik, U., Guillén, A., Muchart, J., ... & Ferrer-Rodríguez, E. (2015). Epidemiología y clasificación de los quistes aracnoideos en niños. *Neurocirugía*, 26(5), 234-240.
3. López, B. R., Gallego, Á. M., & Moroño, S. I. (2016). Quistes aracnoideos del sistema nervioso central. Algoritmos y recomendaciones generales de manejo. *Neurocirugía*, 27(2), 67-74.
4. Gelabert-González, M., Santín-Amo, J. M., Aran-Echabe, E., & García-Allut, A. (2015). Diagnóstico por imagen de los quistes aracnoideos. *Neurocirugía*, 26(6), 284-291.
5. Rojas, J. E. S., Almansa, Á. H., & López, B. R. (2016). Tratamiento microquirúrgico de los quistes aracnoideos intracraneales. *Neurocirugía*, 27(1), 24-27.
6. García-Conde, M., & Martín-Viota, L. (2015). Quistes aracnoideos: embriología y anatomía patológica. *Neurocirugía*, 26(3), 137-142.
7. Pulido-Rivas, P., Villarejo-Ortega, F. J., Cordobés-Tapia, F., Martín-Gamero, A. P., & Pérez-Díaz, C. (2005). Tratamiento quirúrgico de los quistes aracnoideos sintomáticos en niños. *Rev neurol*, 41(7), 385-390.