

## HAGA SU DIAGNOSTICO

**Dres. Gerardo A. Mena, Carlos Rugilo**

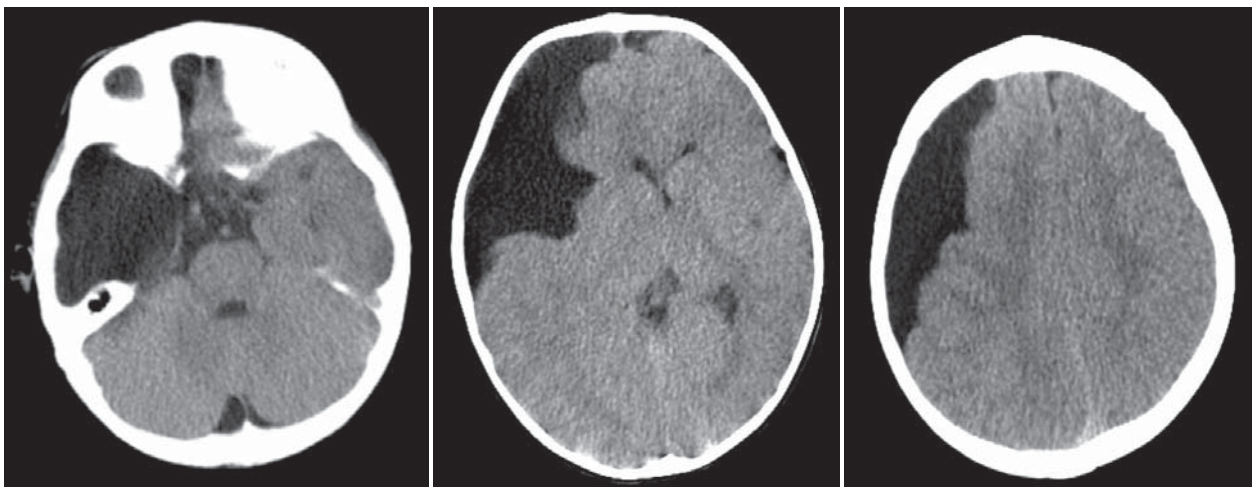
### CASO CLINICO

Paciente de 1 año y medio de vida que es traído a la guardia de este hospital por su madre por presentar convulsión tónica- clónica generalizada en la vía pública.

Antecedentes personales: RNT PAEG, sin antecedentes patológicos de interés.

Examen Físico: normal, afebril, postictal con recuperación espontánea.

Se solicita TAC de cerebro:



### Descripción de las imágenes

Imagen quística fronto-temporo-insular derecha, isodensa al LCR, con efecto de masa sobre el parénquima adyacente, el ventrículo lateral y la línea media.

## QUISTE ARACNOIDEO DE LA FOSA MEDIA CON EXTENSION A LA FOSA ANTERIOR GALASSI III

### Quiestes Aracnoideos

Los quiestes aracnoideos son lesiones congénitas de la membrana aracnoidea que se expanden debido a la secreción de líquido cefalorraquídeo. Tienen una ubicación intraaracnoidea, sus paredes internas y externas consisten en láminas de células aracnoideas que se unen con la aracnoidea normal en los límites del quiste. Estas células son las responsables de la secreción del líquido.

Corresponden al 1% de todas las lesiones intracraneales ocupantes de espacio.

Generalmente surgen en el interior de las cisternas de LCR y expanden sus bordes. Las cisternas de Silvio son la ubicación más frecuente (50%), y las cisternas supraselar, cuadrigeminal y las de la fosa posterior (Ángulo Pontocerebeloso y retrocerebeloso) representan el otro 50%.

### Características clínicas

Se presentan de manera esporádica. Se los puede relacionar con enfermedad poliquística renal (8%).

Los síntomas provocados están en relación con su distribución anatómica. Cuando son pequeños, habitualmente son asintomáticos y su descubrimiento es casi siempre accidental. Los grandes quiestes pueden provocar hidrocefalia y estar asociados a cefalea, convulsiones o raramente hemiparesia, algunos pueden generar hipertensión endocraneana, retraso en el desarrollo, craneomegalia, trastornos de la visión y disfunción hipotálamo-hipofisaria.

Se ha estimado que la hidrocefalia puede observarse en menos del 10% de los pacientes con quiestes aracnoideos. Cuando está presente, puede ser o no comunicante, causada por un defecto en la reabsorción de LCR o la obstrucción mecánica de salida del LCR de los ventrículos.

### Características imagenológicas

Los quiestes aracnoideos aparecen en la TAC como masas homogéneas, uniloculares, y de bordes bien delineados, con señales idénticas tanto en la TAC (hipodensas) como en la RMI (hipointensas en secuencias ponderadas para T1 e hiperintensas en secuencias ponderadas para T2).

En la ecografía transfontanelar se observan como masas hipo o anecoicas y netamente delineadas, con un refuerzo acústico posterior.

Aparecen como espacios de LCR entre el parénquima y los huesos del cráneo.

Los principales diagnósticos diferenciales de los quiestes aracnoideos de ubicación supraselar, son principalmente los tumores epidermoideos y los astrocitomas quísticos, para ello se realizan secuencias especiales (FLAIR, imágenes de difusión) y/o la administración de material de contraste (gadolinio).

Aproximadamente el 50% de los quiestes de la fosa media son de tamaño moderado (tipo I o II de la clasificación de Galassi), y ocupan la porción anterior y media de la fosa temporal, desplazan la punta del lóbulo temporal en sentido posterior, superior y medial, y abren los labios de la cisura de Silvio en sentido lateral. En el 30% son grandes quiestes ocupando la totalidad de la fosa temporal, con marcado efecto de masa.

En pacientes con quiestes aracnoideos y avance agudo de los síntomas, o ante la presencia de trauma de cráneo, debe descartarse metódicamente hemorragia subdural o intraquística.

Las ubicaciones más frecuentes de los quiestes aracnoideos de la fosa posterior son a nivel del ángulo pontocerebeloso y retrocerebeloso. La diferencia de estos con el complejo Dandy Walker es saber si el quiste está en el cuarto ventrículo o forma parte del espacio subaracnoideo cortical, sin dejar de lado que los pacientes con quiestes aracnoideos en la región retrocerebelosa que presenten síntomas, lo harán en forma de ataxia o disdiadococinesia, mientras que los pacientes con el complejo Dandy Walker manifestarán hidrocefalia o retraso en el desarrollo.

### Clasificación

Galassi y colaboradores han propuesto una clasificación de los quiestes aracnoideos de la fosa media:

**Tipo I:** quiestes situados en la cara anterior del lóbulo temporal sin aparente efecto de masa.

**Tipo II:** quiestes de tamaño medio localizados en la parte anterior y media de la fosa temporal; con frecuencia comprimen el lóbulo temporal.

**Tipo III:** quiestes de gran tamaño, de forma oval o redonda, que ocupan la totalidad de la fosa temporal y tienen un gran efecto de masa invadiendo otras fosas.

### **Tratamiento**

Los aspectos fundamentales son la indicación de tratamiento (cirugía o vigilancia) y la elección de la técnica quirúrgica más adecuada; la fenestración endoscópica parece ser el procedimiento de elección. Debe considerarse una actitud expectante en los quistes de pequeño volumen, sobre todo en los asintomáticos que se diagnosticaron al practicar un estudio neurorradiológico por otro motivo.

### **LECTURA RECOMENDADA**

- Barkovich J., Raybaud C. Pediatric Neuroimaging. Editorial Wolters-Kluwer- Lippincott, Williams y Wilkins, Philadelphia 2011; Quinta Edición: 524-28.
- Gosalakal JA. Intracranial arachnoid cyst in children: a review of Pathogenesis, clinical features, and management. Pediatric Neurology 2002; 26: 93-8.
- Vega-Sosa A., Obieta-Cruz E., Hernández-Rojas M. A. Quistes aracnoideos intracraneales Cir Cir 2010; 78 (6): 556-562.
- Iglesias-Pais M, Gelabert-González M, López-García E, et al. Quiste aracnoideo de novo tratado con derivación cistoperitoneal. Rev. Neurol 2003; 36: 1149-52.