

Casos Clínicos

Quiste aracnoideo gigante.

Melissa Pérez Almedo¹, Luis Torres Ramírez², Miriam Vélez Rojas², Martha Flores Mendoza²

Caso clínico:

Varón de 22 años sin antecedentes médicos contributorios, procedente de Piura, ingresa con tiempo de enfermedad de 14 meses, caracterizado por déficit motor y sensitivo en miembros inferiores de curso progresivo, asociado a disfunción de esfínteres. En la exploración se encontraba despierto y orientado en tiempo, espacio y persona. Ausencia de manchas café con leche. Fuerza conservada en miembros superiores. En miembros inferiores: fuerza segmentaria 2/5, hiperreflexia osteotendinosa, signo de Babinski y clonus bilateral, maniobra de Mingazzini (+), atrofia muscular y

alteración de sensibilidad profunda. Nivel sensitivo D10. Exámenes auxiliares: Hemograma con 7800 leucocitos, VSG: 13, BK en esputo, orina y jugo gástrico negativos. Radiografía de columna dorsal: Escoliosis concavidad izquierda. No se observan pedículos de D4 a D9. Imagen bilobulada (densidad de tejido blando) en borde lateral izquierdo a nivel vertebral dorsal. Resonancia magnética (RMN) Columna dorsolumbar: Quiste aracnoideo epidural posterior de D3 a D10 que condiciona severa compresión de cordón medular (Figura 1) EMG y VC: Negativa para lesión radicular, nervio periférico o músculo. Evaluado por Neurocirugía, se decide tratamiento quirúrgico, se realiza laminectomía en niveles D3 y D11, con

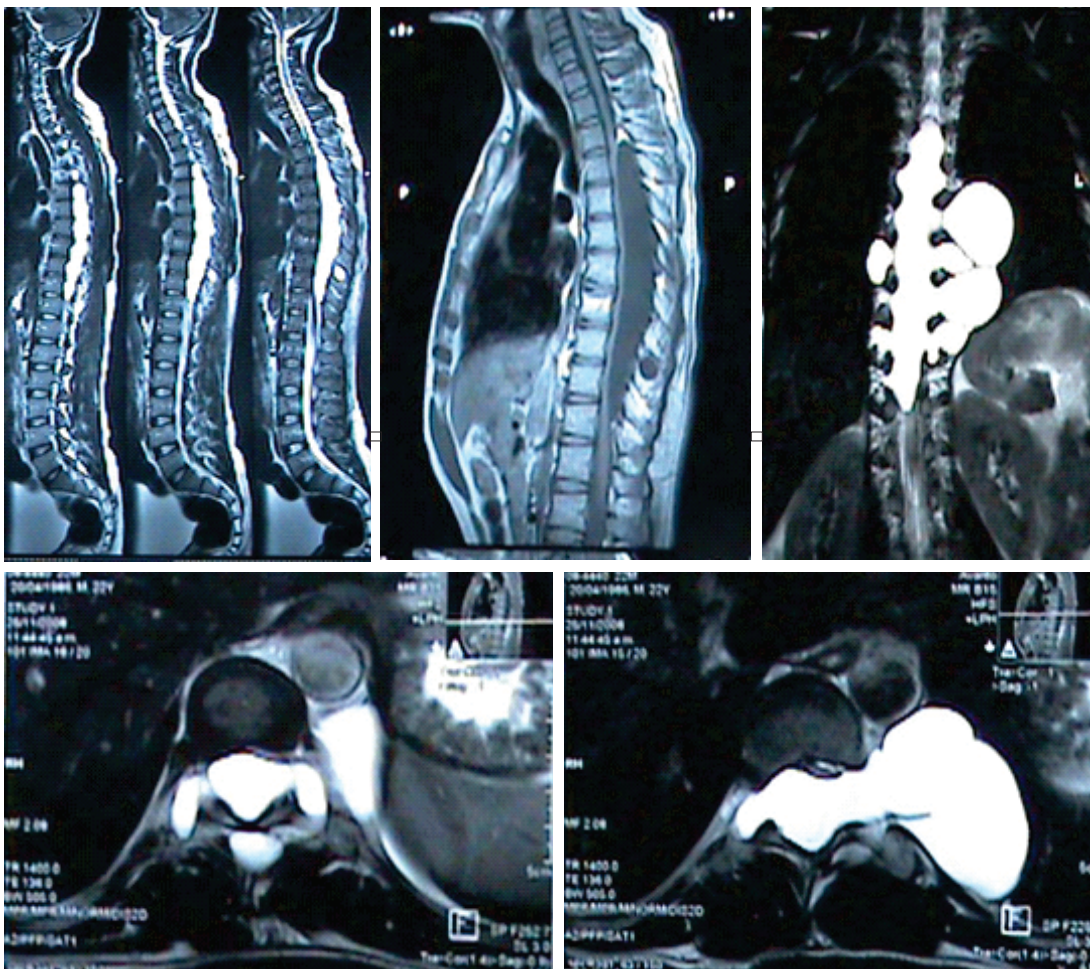


Figura 1. RMN Dorsolumbar con Gadolinio: se evidencia imagen epidural hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 que se extiende desde el segmento D3 hasta D10, en relación a quiste aracnoideo gigante.

¹Médico Residente Neurología UNSA- Arequipa. ²Médico Neurólogo del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas.

fenestración de quiste y derivación subdural. Anatomía patológica: Muestra constituida por tejido conectivo y adiposo compatible con quiste aracnoideo. La evolución postoperatoria fue favorable, a los pocos días se evidenció que el paciente movilizaba activamente los miembros inferiores, fuerza muscular MID: 4/5 y MII: 3/5, aún presentaba alteración en la sensibilidad superficial y al examen se encontró nivel sensitivo D7, hiperreflexia en miembros inferiores, signo de Babinski izquierdo y clonus ausente.

Discusión

Los quistes aracnoideos son lesiones benignas que se forman debido a la división congénita de la capa aracnoidea. A menudo se descubren incidentalmente, ya sea por ultrasonido craneal fetal o como un hallazgo asintomático en estudios posteriores de neuroimagen en la edad adulta⁽¹⁾. En general, la literatura cita una prevalencia de aproximadamente 1 a 1.5% en adultos y es más frecuente en varones⁽²⁾. La ubicación más común de los quistes aracnoideos en la población adulta es la fosa craneal media, donde invaginan a través de la cisura de Silvio (50-60%); los infratentoriales generalmente se encuentran detrás del cerebelo (cisterna magna) y representan el 33%⁽¹⁾. Los quistes aracnoideos espinales son una entidad rara, por tanto su patogénesis, etiología y tratamiento no han sido bien establecidos, los casos comunicados son escasos y en su mayoría hallados incidentalmente, sin llegar a condicionar

cuadros clínicos graves⁽³⁾. Las imágenes de RMN dorsal que presentamos corresponden a un paciente con un síndrome de comprensión medular que se desarrolló en poco más de un año, requirió tratamiento quirúrgico de urgencia para no desarrollar más complicaciones. A pesar de su aparente benignidad causó secuelas en la vida del paciente debido principalmente a la paraparesia que le imposibilitaba la marcha y a la retención urinaria; y todo esto debido al gran tamaño del quiste ¿Si fue congénito, su volumen aumentó progresivamente a lo largo de sus 22 años? ¿O alguna condición específica permitió que creciera en los últimos 14 meses? Se han propuesto mecanismos etiológicos congénitos^(1,2), traumáticos⁽⁴⁾ e inflamatorios⁽⁵⁾. Se comunica que los quistes congénitos asintomáticos podrían agrandarse debido a un trauma y volverse sintomáticos^(4,6). Nuestro paciente aparentemente no sufrió ningún trauma previo. La dinámica pulsátil del LCR, el gradiente osmótico entre el espacio subaracnoideo y el quiste, y el mecanismo tipo válvula entre el quiste y el espacio subaracnoideo pueden jugar un papel importante en la ampliación de los quistes aracnoideos extradurales espinales⁽⁴⁾. Después del tratamiento quirúrgico, la recuperación neurológica depende del tamaño del quiste y del grado y duración de la compresión de la médula espinal. Es poco probable que una mielopatía de larga evolución tenga una mejoría significativa. Nuestro paciente presentó mejoría de la paraparesia a los pocos días de la intervención, lo que nos permite ser optimistas en cuanto a su pronóstico.

Referencias bibliográficas

1. Logan C, Asadi H, Kok HK, Looby S, O'Hare A, Thornton J, et al. Arachnoid Cysts: Common and Uncommon Clinical Presentations and Radiological Features. *J Neuroimaging Psychiatry Neurol.* 2016;1(2):79-84.
2. Al-Holou WN, Terman S, Kilburg C, Garton HJ, Muraszko KM, Mather CO, et al. Prevalence and natural history of arachnoid cysts in adults. *J Neurosurg.* 2013;118(2):222-231.
3. Hamamcioglu MK, Kilincer C, Hicdonmez T, Simsek O, Birgili B, Cobanoglu S. Giant cervicothoracic extradural arachnoid cyst: case report. *Eur Spine J.* 2006;15(Suppl. 5): S595-S598.
4. Varullo B, Raj R. Arachnoid cyst. *N Engl J Med.* 2015;373:11.
5. Stern Y, Spiegelmann R, Sadeh M. Spinal intradural arachnoid cysts. *Neurochirurgia (Stuttg)* 1991;34:127-130.
6. Chen HJ, Chen L. Traumatic interdural arachnoid cyst in the upper cervical spine: case report. *J Neurosurg.* 1996;85:351-353.