

Asimetría craneal como único síntoma de un quiste aracnoideo

Garezurraren asimetria kiste aracnoidoaren sintoma bakar bezala

P. Embid¹, M.A. Municio¹, I. Cabeza²,
I. Varona¹, M. Gil¹

¹Cátedra de Enfermería Materno-Infantil. UPU/EHU. ²Centro de Salud de Galdakano. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

Los quistes aracnoideos (QA) son colecciones líquidas intracraneales y extracraneales debidas, probablemente, a la evaginación o duplicación del espacio subaracnoideo. La gran mayoría de los autores sostienen que son debidos a una malformación congénita que puede cambiar en el período postnatal. Esta malformación puede ser el acontecimiento primario o bien ser explicada por el deterioro del drenaje del fluido cerebroespinal, generado por una agenesia venosa. El QA está formado por una cavidad que contiene un líquido de características semejantes al líquido cefalorraquídeo (LCR) y una pared formada por células aracnoides. Aunque han sido descritas diversas localizaciones de los QA el área de localización más frecuente es la temporosylviana^(2,3).

No está aclarado por qué crecen los quistes. No es raro hallar en los estudios de TAC un aumento de los espacios subaracnoideos y cisternas, lo cual es sugerente de que, al menos en algunos casos, el defecto preexistente de la aracnoides se rellene ante un aumento de la presión del LCR⁽⁴⁾.

Aunque la radiografía simple de cráneo puede revelar signos de hipertensión endocraneal, presencia de asimetría craneal, adelgazamiento del diploe y otros signos indirectos producidos por el QA, es la TAC craneal el examen diagnóstico más útil para diagnosticar el QA. La imagen más común corresponde a una área de baja densidad, extraparenquimatosa, bien definida, no se modifica con la administración de contraste y que suele producir un efecto masa⁽¹⁾. Finalmente, destacar la utilidad de la ecografía bidimensional para el diagnóstico prenatal⁽⁷⁾, como para el seguimiento del QA en niño con fontanela abierta.

CASO CLÍNICO

Varón de 3 años, primer hijo de padres

sanos, que ha gozado siempre de buena salud. Durante el verano a raíz de cortarle el pelo, se observó una asimetría craneal, con protrusión de la zona temporal derecha. No refiriéndose traumatismos previos en dicha zona (Fig. 1).

Exploración. Perímetro cefálico de 51,5 cm (P75). Protuberancia en temporal derecho. Ausencia de signos focales del sistema nervioso. Pares craneales normales. Motilidad ocular normal. El tono muscular, la función motora y los reflejos son normales y simétricos. Fondo de ojo que permite observar una papila óptica normal con venas de calibre normal y sin signos de hipertensión intracraneal.

Pruebas complementarias. Radiología simple de cráneo: asimetría craneal, con abombamiento del diploe en la región temporal derecha.

Escáner cerebral: muestra una anomalía consistente en una colección de líquido que ocupa la punta del lóbulo temporal, rechazando las estructuras nerviosas hacia atrás, de unos 5 x 5 cm, que adelgaza levemente la escama temporal y que no provoca ni invasión de la cisterna ni anomalías de la línea cerebral (Fig. 2).

Diagnóstico. Quiste aracnoideo congénito de la punta del lóbulo temporal.

DISCUSIÓN

Debido a que la localización del QA condiciona la repercusión clínica y, por tanto, la actitud terapéutica, es imposible en esta revisión pormenorizar las diferentes formas de seguimiento y abordaje terapéutico. Por eso esbozaremos la clínica más común y las pautas de tratamiento irán dirigidas a los QA intracraneales asintomáticos, como es nuestro caso.

La clínica del QA está en función de la localización del quiste y de la edad del paciente. En el niño la forma más común de presentación es la megalocefalia, en ocasiones



Figura 1.



Figura 2.

asimétrica. Le siguen en frecuencia las crisis convulsivas focales, retraso en el desarrollo psicomotor y síndrome de hipertensión endocraneal aguda. En nuestro caso, el motivo de consulta fue la aparición de megalocefalia asimétrica como síntoma único⁽¹⁾.

La actitud terapéutica ante un QA permanece en controversia; los criterios terapéuticos van, desde actitudes intervencionistas^(5,6,8), hasta grupos que optan por una actitud expectante⁽⁴⁾. Los resultados terapéuticos varían mucho con la localización del quiste, el tipo de intervención y el tiempo de seguimiento. Centrándonos en la actitud de los QA asintomáticos, como es el caso clínico presentado, la actitud deberá ser absolutamente conservadora, estando contraindicado manipular la anomalía de una forma quirúrgica. No necesiéndose realizar exploraciones periódicas, salvo controles de salud, a no ser que aparezcan síntomas.

Es posible una descompensación brusca de un paciente con QA, ya que un traumatismo craneal puede provocar un sangrado intraquístico o la rotura del quiste, generalmente, al espacio subaracnoideo⁽⁹⁾. Por eso se debería evitar, en lo posible, los golpes directos en la cabeza y tomar las medidas oportunas para que ello no ocurra (casco, etc., en situaciones de riesgo).

La descompensación en nuestro paciente produciría signos de hipertensión intracraneal y el manejo terapéutico consistiría en la colocación de una válvula de derivación del líquido cefalorraquídeo del quiste al peritoneo⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campistol J, Costa J, Fernández-Álvarez E. Quistes aracnoideos intracraneales en el niño. Revisión de 34 observaciones. *An Esp Pediatr* 1983; **19**: 459-470.
2. Catalá M, Poirier J. Arachnoid cysts: histologic, embryologic and physiopathologic review. *Rev Neuro(Paris)* 1998; **154**: 489-501.
3. Choi J, Kim D. Pathogenesis of arachnoid cyst: congenital or traumatic? *Pediatr Neurosurg* 1998; **29**: 260-266.
4. Fegerman N, Fernández-Álvarez E. En: *Neurología pediátrica*. 3ª edición. Ed. El Ateneo, 1988; 7-48.
5. Hopf NJ. Endoscopic neurosurgery and endoscope-assisted microneurosurgery for the treatment of intracranial cysts. *Neurosurgery* 1998; **43**: 1330-1337.
6. Paladino J. Neuroendoscopic fenestration of arachnoid cysts. *Minim Invasive Neurosurg* 1998; **41**: 137-140.
7. Rafferty PG. Prenatal diagnosis of a large fetal arachnoid cysts. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; **12**: 358-361.
8. Rampini P. Stereotactically guided endoscopy for the treatment of arachnoid cysts. *Pediatr Neurosurg* 1998; **29**: 102-104.
9. Soukup VM. Cognitive improvement despite minimal arachnoid cyst decompression. *Brain Dev* 1998; **20**: 589-593.