

Artículo original**Aracnoidocele en una niña de 12 años de edad**

Dr. Mauricio Turati,* Dra. Patricia Solano,** Dr. Mario Turati***

Resumen

Los quistes aracnoideos son pequeños tumores saculares llenos de un líquido incoloro de composición semejante al líquido cefalorraquídeo (LCR). Son tumores benignos y de crecimiento lento. Constituyen el 1% de todas las masas intracraneales de etiología no traumática. Pueden presentarse a cualquier edad aunque son más frecuentes en niños; predomina en el sexo masculino en una relación de 2-3:1. Se informa el caso de una niña de 12 años de edad que acudió a valoración por presentar diplopía y desviación nasal del ojo derecho. A la exploración oftalmológica se encontró edema de papila grave, bilateral. Se le realizó una resonancia magnética nuclear y se diagnosticó aracnoidocele intraselar grado II.

Palabras clave: Aracnoidocele, papiledema, diplopía, quistes aracnoideos, resonancia magnética.

Introducción

Los quistes aracnoideos son pequeños tumores saculares llenos de un líquido incoloro de composición semejante al líquido cefalorraquídeo (LCR)¹. Son tumores benignos y de crecimiento lento. Constituyen el 1% de todas las masas intracraneales de etiología no traumática^{2,3}. Pueden presentarse a cualquier edad aunque son más frecuentes en niños; predomina en el sexo masculino en relación de 2-3:1.

Informe del caso

Niña de 12 años de edad, originaria del estado de Chiapas. Acudió a consulta por presentar visión doble de dos semanas de evolución. Los padres notaron desviación del ojo derecho al lado nasal. Antecedentes familiares y personales patológicos sin importancia para el padecimiento actual. Exploración oftalmológica: Agudeza visual 20/20

* Residente 1er año. Hospital Luis Sánchez Bulnes. Asociación para evitar la ceguera en México.

** Pre-residente. Hospital Luis Sánchez Bulnes.

*** Cirujano Oftalmólogo. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

Correspondencia: Dr. Mario Turati. Tule 125. Real del Monte, San Cristobal de las Casas, Chiapas, C.P. 29299.

Recibido: julio, 2002. Aceptado: septiembre, 2002.

Abstract

Arachnoid cysts are small sacular tumors, filled with a transparent liquid, similar to the cerebrospinal fluid (CSF). They are benign slow growing tumors and represent 1% of non-traumatic intracranial tumors. They can present at any age, but they are more common in children, with a predominance of 2-3:1 for males. The case of a 12 year-old girl with diplopia and nasal deviation of the right eye is presented. Ophthalmologic examination: There was severe bilateral papilledema. A diagnosis of arachnoid cyst grade II was made with magnetic resonance imaging (MRI).

Key words: Arachnoid cyst, papilledema, diplopia, saccular tumors, magnetic resonance imaging.

en ambos ojos con endotropía de 10° Hirschberg en ojo derecho. En posiciones extremas de la mirada refirió diplopía. Reflejos oculares normales; percepción normal de colores. En el fondo de ojo se observó intenso edema papilar bilateral (Figura 1). Los campos visuales (Figura 2) mostraron aumento de la mancha ciega. Se diagnosticó edema papilar por posible tumoración intracraneana. Se solicitó resonancia magnética de cráneo con cortes sagital, coronal y axial en T1 y T2 con medio de contraste endovenoso (gadolinio). Se observó extensión intraselar del espacio subaracnoideo (Figura 3). La hipófisis mostró adecuada diferencia entre la adeno y la neurohipófisis. Estos datos apoyaron el diagnóstico de aracnoidocele intraselar grado II.

La paciente fue referida a un neurólogo para valoración y seguimiento, quien ordenó tratamiento con un inhibidor de la anhidrasa carbónica (diamox) a dosis de 250 mg (1- ½- ½) e indicó la necesidad de manejo quirúrgico para su padecimiento. El padre de la paciente rehusó el tratamiento.

En un examen posterior la agudeza visual se conservó en 20/20 en ambos ojos; desapareció la diplopía y el fondo de ojo mostró desaparición del edema.

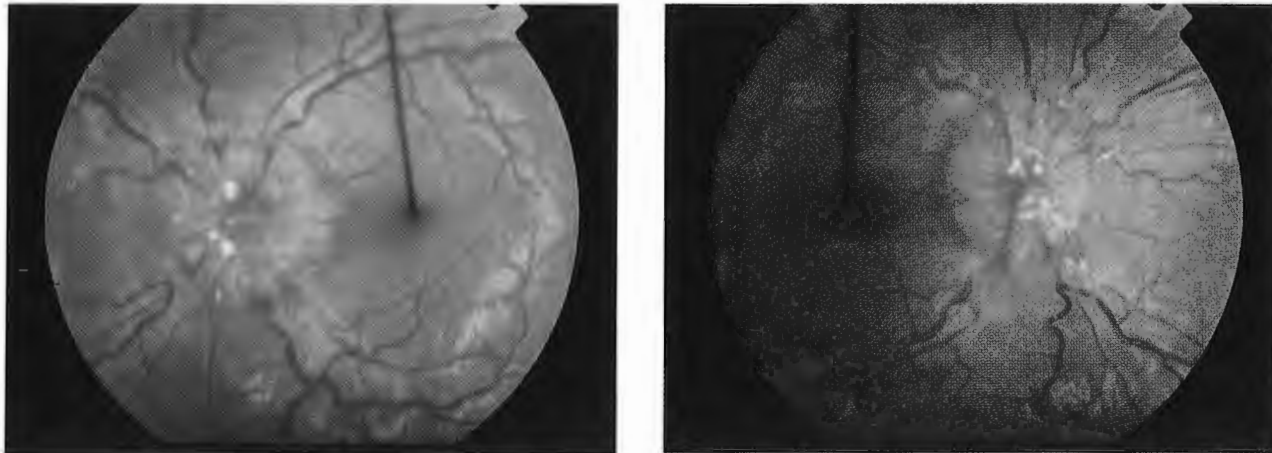


Figura 1. Fondo de ojo. Ambos ojos. Muestra papiledema grave.

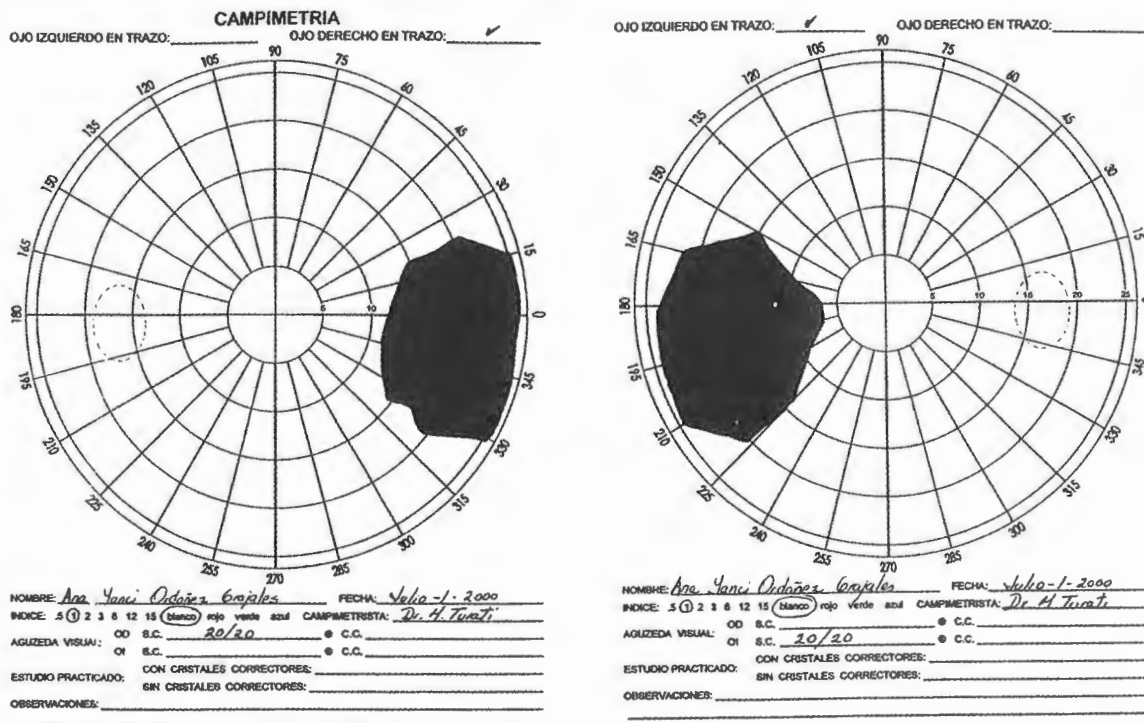


Figura 2. Campos visuales. Obsérvese el aumento de la mancha ciega.

La paciente no regresó a consulta, por lo que se desconoce la evolución del padecimiento.

Discusión

Los quistes aracnoideos son de origen embrionario; se forman hacia el tercer mes de vida intrauterina, cuando se desarrolla el espacio subaracnoideo⁴. Probablemente se deben a

la duplicación anómala de la endomeninge durante el cierre del tubo neural¹. Se asocian a otras malformaciones congénitas como agenesia del cuerpo calloso, a síndrome de Marfan. Se ha visto como afección familiar en hermanos^{5,6}.

La localización más frecuente es en la fosa media (cisura de Silvio); también ocurren en el ángulo cerebelo-pontino, las áreas cuadrigeminal, retrocerebelar, supraselar, intraselar

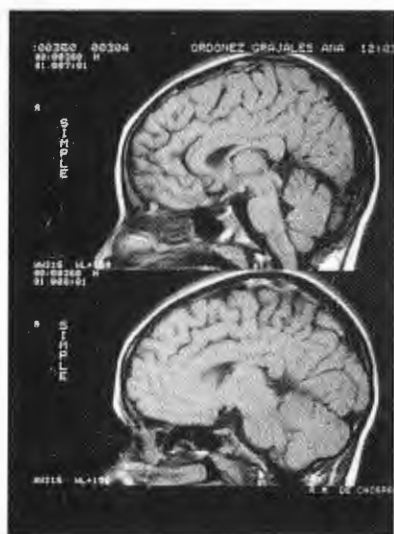


Figura 3. Resonancia magnética. Aracnoidocele intraselar grado II.

y en el interhemisferio ^{7,8}. Los síntomas que causan se deben al efecto de masa que provocan; por esta razón varían dependiendo de su localización ⁹.

El diagnóstico se sospecha clínicamente pero se apoya en estudios de imagen. En una radiografía simple de cráneo se pueden observar datos de hipertensión craneal crónica que no existieron en el caso presente. La tomografía computarizada muestra una masa quística de densidad similar a la del LCR, cuya morfología no se modifica con la administración de medio de contraste intravenoso; también se puede observar desplazamiento de estructuras vecinas cuando tienen efecto de masa ⁴. La resonancia magnética también es de gran utilidad; muestra cavidades extraaxiales con o sin efecto de masa, de densidad y comportamiento magnético similar al del LCR. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con astrocitomas quísticos, las malformaciones quísticas y quistes hidatídicos infratentoriales ¹⁰, tumor necrosado, absceso, craneofaringioma quístico, quistes epidermoides, quiste de Rathke y quistes por parásitos ¹¹.

No se requiere ningún tratamiento si el quiste no produce efecto de masa o síntomas, independientemente de su tamaño o localización ⁷; los pacientes deben ser vigilados cada seis a doce meses.

Cuando el quiste produce síntomas se debe operar: craneotomía con excisión o marsupialización del quiste. Los sistemas derivativos (ventriculoperitoneales o cistoperito-

neales) y la endoscopia son algunas de las opciones. Algunos autores proponen como tratamiento de primera elección las derivaciones cistoperitoneales y reservar la craneotomía para pacientes con múltiples recidivas ¹². La endoscopia es un procedimiento menos invasivo pero no está exenta de complicaciones ^{12,13}.

Se ha señalado que los aracnoidocelos intraselares se presentan tardíamente, a una edad media de 42 años; sin embargo, nuestra paciente era una niña de 12 años de edad. El principal síntoma es la cefalea en el 50% de los casos. En nuestra paciente el síntoma principal fue la diplopía y no refirió cefalea. Se pueden presentar síntomas de disfunción pituitaria y si el crecimiento es acentuado, puede dar alteraciones visuales. Son los únicos quistes aracnoideos extradurales y no se hallan en relación con ninguna cisterna. Probablemente se originan por herniación de un divertículo de la aracnoides a través del diafragma sellae, que crece posteriormente por un mecanismo valvular.

El papiledema se debe al aumento de la presión intracraneana; frecuentemente se asocia a cefalea, náusea, vómito o diplopía por compresión del III y IV pares craneales. Es importante señalar que en el estudio de imagen de esta paciente no hubo datos de hipertensión intracraneana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rengachary SS, Watanabe I. Ultrastructure and pathogenesis of intracranial arachnoid cysts. *J Neuropathol Exp Neurol* 1981;40:61-83

2. Robinson R. Congenital cysts of the brain: arachnoid malformations. *Prog Neurol Surg* 1971;4:133-74
3. Passero SF, Filosomi G, Cioni R, Venturi C, Volpini B. Arachnoid cyst of the middle cranial fossa: a clinical, radiological and follow-up study. *Acta Neurol Scand* 1990;82:94-100
4. Galassi E, Tognetti F, Frank F, Gagioli L, Nasi MT, Gaist G. Infratentorial arachnoid cysts. *J Neurosurg* 1985; 63:210-7
5. Handa J, Okamoto K, Sato M. Arachnoid cyst in the middle cranial fossa. Report of bilateral cyst in sibilings. *Surg Neurol* 1986;16:127-30
6. Wilson WG, Deponte KA, Mclhenny J, Dreifuss FE. Arachnoid cysts in brother and sister. *J Med Genet* 1998;25:714-5
7. Oberbauer RW, Haase J, Pucher R. Arachnoid cysts in children: a European cooperative study. *Child Nervous System Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery* 1992;8:281-6
8. Wester KG, Gihlus NE, Hugdahl K, Larsen JL. Spontaneous disappearance of an arachnoid cyst in the middle intracranial fossa. *Neurology* 1991;41:1524-6
9. Sato HS, Soto N, Kátayama S, Tamake N, Matsumoto S. Effective shunt-independent treatment of primary middle fossa arachnoid cyst. *Child Ner Syst* 1991;7:375-81
10. Banna M. Arachnoid cysts on computed tomography. *Am J Roentgen* 1976;127:979-82
11. Diemann JL, Guessoum M, Schultz A, Zollner G, Sanoussi S, Maitrot D. Intracranial arachnoid cysts: computed tomography and MRI. A propos of 2 cases. *J Neuroradiol* 1997;24:168-73
12. Ciricillo SF, Cogen PH, Harsh GR, Edwards MSB. Intracranial arachnoid cysts in children. A comparison of the effects of fenestration and shunting. *J Neurosurg* 1991;74:230-5
13. Gangemi MM, Maiuri F, Donati P, Sigona L, Iaconetta G, De Divitiis E. Neuroendoscopy. Personal experience, indications and limits. *J Neurosurg* 1992;42:1-10

Asociación de Pediatría que Trabaja para el IMSS, AC (APTIMSS)

PROGRAMA ACADÉMICO DEL ÚLTIMO BIMESTRE DEL AÑO 2002

Sede:

**HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI,
DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN CONTINUA Y TOXICOLOGÍA.**

CURSOS AVALADOS POR LA APTIMSS

II Curso de toxicología clínica

Sede: Auditorio del HGR núm. 72, IMSS, Tlalnepantla, Estado de México.

Del 11 al 15 de noviembre.

Informes: 5565-9444 ext. 338 y 205.

IV Curso internacional de gastroenterología y nutrición pediátrica

Sede: Hotel Juriquilla, Querétaro.

Del 23 al 24 de noviembre.

Informes: 5578-6769 y 5627-6900 ext. 3334.