

## QUISTES ARACNOIDEOS ENCEFALICOS - CONDUCTA

ZADORECKI, E. LUCACCINI, R. FARINELLA, E. LOZANO, C. PLOT, H. M.

Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano", 1984. División Neurocirugía.

---

**PALABRAS CLAVES:** Quistes aracnoideos encefálicos - Derivación quiste peritoneal

### Introducción

En el quehacer neuroquirúrgico es frecuente detectar la presencia de quistes aracnoideos. Esto sucede con mayor frecuencia desde el advenimiento de la tomografía computada. Superada así la eventual dificultad diagnóstica, muchas veces el problema se centra en decidir la conducta, y en particular, determinar la responsabilidad del quiste, con respecto a los síntomas neurológicos motivo de la consulta.

Creemos que un mejor conocimiento de la etiología y fisiopatogenia de los mismos pueden señalar el camino más atinado.

Se entiende por quiste aracnoideo la colección de L.C.R. contenida en una cavidad cuyas paredes están compuestas exclusivamente por aracnoides.

Estos quistes ocupan el espacio correspondiente a estas cubiertas meníngeas, en el encéfalo, pero en el raquis tienen la particularidad de hacerse extradurales al atravesar brechas de la duramadre.

Si bien no existe absoluta certeza, la hipótesis más acertada, en cuanto a etiología, es la del desarrollo embriológico de las cubiertas encefálicas.

Las aracnoides se forman a partir del mesénquima por un mecanismo de pulsión del L.C.R. y plexos coroideos, que produce por disección un espacio entre dos hojas que será el aracnoideal.

### Patología

La disección del estroma en algún punto y por causa desconocida formaría un fondo de saco mientras que a su lado progresaría la disección de ambas hojas.

Otras etiologías propuestas son la infecciosa, traumática y hemorrágica, dada la presentación de quistes aracnoideos en estas circunstancias.

Pero los numerosos casos de quistes congénitos, familiares, bilaterales, sin patología asociada, abonaría en favor de la anteriormente descrita.

Estos quistes pueden ser volumétricamente evolutivos, hecho que se explicaría por la acción de los siguientes fenómenos:

- A) De válvula: Este haría que el quiste perteneciera a la variedad de los comunicados con el espacio subaracnoideo.
- B) Secreción celular aracnoidea.
- C) Filtrado a través de la pared.
- D) Secreción de células coroideas ectópicas.

### Clasificación Topográfica

#### A) Intracraneales

- 1) Supratentoriales:  
Fosa media o silvianos o temporales.

De la convexidad.  
Cisura interhemisférica.  
Región selar.  
Nervio óptico.  
Mesencefálicos.

- 2) Infratentoriales:  
Supra cerebelosos.  
Retro cerebelosos.  
Látero cerebelosos.  
Clivales.  
Mixtos.

B) *Raquídeos*

- 1) Intradurales.  
2) Extradurales.

El cuadro precedente corresponde a la clasificación tradicional.

Basándose en la fisiopatología y con proyección clínica, tiene más sentido agruparlos de acuerdo a la morfología tomográfica (el método de seguimiento), siendo los más frecuentes los de fosa media.

Se diferencian así tres tipos:

Tipo I: Forma ahusada, pequeño, en la parte anterior de la fosa temporal, sin desplazamiento de la línea media.

Tipo II: Forma cuadrada, porción anterior y media de la misma fosa y que se extiende por la cisura de Silvio, pudiendo llevar a la cisura interhemisférica. Este, frecuentemente desplaza la línea media.

Tipo III: Forma oval, gigante, ocupa toda la fosa media y desplaza la línea media, con importante efecto de masa.

Los mecanismos fisiopatológicos descriptos anteriormente, explican el pasaje de estos quistes de un tipo a otro, condicionando la conducta terapéutica.

**Cuadro Clínico**

Los quistes aracnoideos encefálicos predominan en hombres jóvenes, y varían desde el asintomático, hallado casualmente, hasta la hipertensión endocraneana, pasando por mareos, cefaleas posturales, crisis convulsivas o equivalente comiciales y déficits sensitivos o motores focales.

El tipo II es el que se detecta con mayor frecuencia, pues cuando aparecen los síntomas como cefaleas episódicas y/o posturales, convulsiones focales y/o déficit motor, suele ser diagnosticado por tomografía computada.

**Diagnóstico**

La Rx simple puede mostrar en niños y jóvenes abultamiento de la escama temporal adelgazada, elevación del ala esfenoidal, junto a las imágenes clásicas de la hipertensión endocraneana. El E.E.G. tiene valor cuando muestra alteraciones focales.

La cisternografía radioisotópica acumula al radiofármaco en la cavidad en la variedad comunicante.

La neumocisternografía puede demostrar el lleno siempre que el azar o las maniobras hagan que la comunicación quede en posición adecuada. La cisternografía con contraste positivo también llena el quiste.

La arteriografía puede mostrar desplazamientos avasculares, como en cualquier proceso ocupante.

La tomografía computada es el estudio de elección para objetivar esta patología. Esta debe realizarse con y sin la inyección de metrizamida subaracnoidea con controles seriados horarios para dar tiempo a actuar al sistema valvular cuando este existe, teniendo en cuenta el tiempo de absorción de la metrizamida.

**Casuística**

*Caso 1.* Hombre de 16 años con cefalea jaqucosa. E.E.G. disminución del umbral de excitabilidad generalizada. T.A.C. quiste de punta de temporal.

El control tomográfico no mostró cambios 24 meses después.

*Caso 2.* Hombre de 29 años que consulta por cefaleas como único síntoma.

La T.A.C. muestra el quiste temporal y una imagen compatible con meningioma del ala del esfenoides. Se intervino quirúrgicamente, comprobándose la ausencia del tumor. Se procedió al destechamiento del quiste y perforación hacia la cisterna silviana.

*Caso 3.* Mujer de 47 años con síndrome depresivo y neurosis de angustia. T.A.C. quiste de mediano tamaño en cisterna interhemisférica posterior, sin cambios, en tres años de seguimiento tomográfico.

*Caso 4.* Hombre de 27 años que consultó por cefalea, en ocasiones posturales. T.A.C. quiste temporal tipo I. Evolución estacionaria.

*Caso 5.* Mujer de 25 años de edad que consulta por leves cefaleas y síndrome depresivo. La T.A.C. mostró un quiste en la cisterna de la vena de Galeno. Actualmente se encuentra en control evolutivo.

*Caso 6.* Mujer de 40 años atendida por un hematoma subdural. Como hallazgo casual se encuentra un quiste aracnoideo temporal contralateral asintomático.

### Conducta a seguir

Podemos dividir a los pacientes en tres grupos de acuerdo a la clínica y a la T.A.C.

- A) Asintomáticos: Hallazgo tomográfico casual.
- B) Síntomas leves controlables, no invalidantes como cefalea.
- C) Síntomas invalidantes: Cefalea de intensidad progresiva, signos deficitarios y/o irritativos clínicos, alteraciones electroencefalográficas focales correspondientes, S.H.E.

Los pacientes del grupo A deben ser controlados clínica y tomográficamente cada 6 meses, si aparecieran síntomas del grupo C o el quiste aumentara de tamaño, pasaría a ser un tratamiento quirúrgico.

Los pacientes con síntomas mínimos como cefaleas, deberían ser controlados más frecuentemente. En los pacientes del grupo C la conducta es quirúrgica.

### Tratamiento quirúrgico

Teniendo en cuenta los mecanismos fisiopatológicos de crecimiento del quiste, el objetivo quirúrgico será evacuar la cavidad. Esta puede lograrse resecaando la pared del mismo y asegurando la comunicación con el espacio cisternal

basal o derivando el L.C.R. a través de un sistema valvulado.

Algunos de estos quistes tratados con resección, recidivan por lo que algunos autores preconizan la derivación como primera táctica. Otros autores, a los que adherimos, prefieren no dejar elementos que puedan dar lugar a complicaciones (válvula). Por lo tanto creemos que en primer lugar debe efectuarse destechamiento del quiste con fenestración de la membrana interna. Si se producen recidivas del quiste por adherencias, colocamos un sistema de derivación quisto-peritoneal de alto flujo.

### BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON. "Use of computerized tomography scanning in supratentorial arachnoideal cyst". Journal N. 50 (333-338), 1979.
2. SMITH, R. A. "Arachnoid cysts of the middle cranial fossa". Surg. Neurol. 5 (246-252), 1976.
3. GESSINGER, J. D. "Arachnoideal cysts of middle cranial fosse: Surgical considerations". Surg. Neurol. 20 (27-33), 1978.