

Quistes Aracnoideos Bilaterales de Ángulo Pontocerebeloso.

Sira Carrasco-García de León, Daniel López, Natalia Giraldo-Restrepo

Los quistes aracnoideos (QA) intracraneales son cavidades rellenas de líquido cefalorraquídeo (LCR), localizadas en el espacio subaracnoideo. Representan el 1% de todas las lesiones intracraneales ocupantes de espacio.^{1,2} Pueden presentarse en todos los grupos de edad, aunque el 75% ocurre en niños. La localización más frecuente es en la fosa temporal (30-50%).³ Aproximadamente, 1/3 de los casos se localiza en la fosa posterior, principalmente en vermis y cisterna magna.³ Sólo el 8% se ubica en el ángulo pontocerebeloso.³ Los síntomas de presentación más comunes en estos pacientes son inestabilidad, mareo y vértigo, pudiéndose diagnosticar incidentalmente.⁴ El objetivo de este artículo es presentar un caso de QA de localización inusual y debut tardío.

Se trata de una mujer de 80 años que consultó por inestabilidad y caídas. Refería sensación de mareo continuo, desde varios años de evolución, que empeoraba con el giro cefálico. En la exploración, destacaba una marcha muy cautelosa con aumento de la base de sustentación (atáxica). La valoración por Otorrinolaringología reveló hipoacusia neurosensorial bilateral, simétrica, de 35 dB. La tomografía computarizada (TC) craneal objetivó un aumento del espacio extra-axial infratentorial, a nivel de ambas fosas cerebelosas, más acusado en el lado izquierdo. La resonancia magnética (RM) cerebral evidenció un aumento de volumen de ambas cisternas de los ángulos ponto-cerebelosos, morfológicamente compatibles con sendos quistes aracnoideos, de aproximadamente 20x10x30 mm en el lado

derecho, y de 25x28x45 mm en el lado izquierdo; que condicionaban discreto efecto de masa sobre la cara anterior de ambos hemisferios cerebelosos.

El diagnóstico de QA se realiza con TC o RM, al evidenciarse colecciones líquidas extra-axiales que tienen atenuación e intensidad de señal del LCR; y que no realzan tras la administración de contraste. Plantean diagnóstico diferencial con quistes leptomenígeos, porencefálicos y neuroepiteliales.^{2,3} La indicación quirúrgica se reserva para aquellos casos sintomáticos en los que se aprecia crecimiento progresivo en la neuroimagen y en aquellos que se manifiestan con hemorragia intraquistica.³

Referencias

1. Aggouri M, Boujraf SA, Benzagmout M, Chaoui ME. Arachnoid cyst of the posterior fossa. *Neurosciences (Riyadh)* 2010;15(4):277-9.
2. Kollias SS, Ball WS Jr, Prenger EC. Cystic malformations of the posterior fossa: differential diagnosis clarified through embryologic analysis. *Radiographics* 1993;13(6):1211-31.
3. Vega-Sosa A, Obieta-Cruz E, Hernández-Rojas MA. Quistes aracnoideos intracraneales. *Cir Cir* 2010;78(6):556-562.
4. Tunes C, Flønes I, Helland C, Goplen F, Wester KG. Disequilibrium in patients with posterior fossa arachnoid cysts. *Acta Neurol Scand.* 2015;132(1):23-30

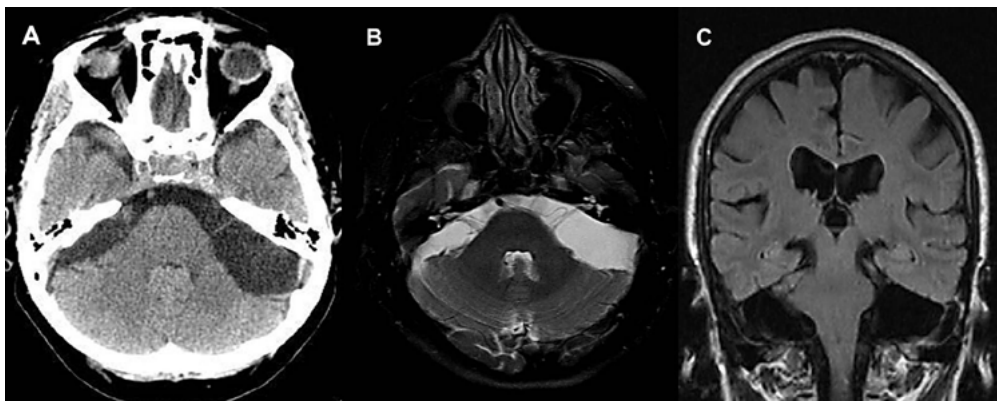


Figura 1. A). TC craneal: aumento del espacio extraaxial infratentorial en ambas fosas cerebelosas; B y C). RM cerebral, secuencias T2 axial y T1 coronal, respectivamente. Quistes aracnoideos bilaterales situados en ambos ángulos pontocerebelosos.

Servicio de Neurología, Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario, Ciudad Real, España.

Correspondencia
Dra. Sira Carrasco García de León.
siracarrasco@hotmail.com
647867986

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Ciudad Real
C/ Obispo Rafael Torija. s/n 13005 Ciudad Real