



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



CASO CLÍNICO

Quiste aracnoideo espinal pediátrico: a propósito de un caso clínico

R. Mora Ferrer^{a,*}, M.T. Ortega Pifarré^a, D. Segura Querol^a y L. Mambroña Girón^{a,b}

^a Servicio de Rehabilitación, Hospital Santa Maria de Lleida, Lleida, España

^b Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España

Recibido el 7 de febrero de 2018; aceptado el 2 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE

Quiste aracnoideo;
Pediátrico;
Espinal;
Clasificación

KEYWORDS

Arachnoid cyst;
Paediatric;
Spinal;
Classification

Resumen Un quiste aracnoideo se define como la presencia de una colección de líquido cefalorraquídeo contenido en la aracnoides. Su hallazgo en pediatría es infrecuente. Aparecen con una prevalencia del 1-3%, con diferentes etiologías. Predomina en el sexo masculino y su localización puede ser intracraneal o a nivel espinal. Puede presentarse ya durante la gestación y ser asintomático o sintomático. La clínica se manifiesta por alteraciones neurológicas. La detección mediante pruebas de imagen en un paciente sintomático permite el tratamiento quirúrgico oportuno. En este artículo explicamos el caso de una paciente pediátrica femenina con un quiste aracnoideo intradural a nivel torácico que presentó afectación neurológica prequirúrgica y siguió un programa de rehabilitación posquirúrgica.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Paediatric spinal arachnoid cyst: apropos of a case

Abstract An arachnoid cyst is defined as the presence of a collection of cerebrospinal fluid contained in the arachnoid membrane. Its finding in paediatric patients is uncommon. The prevalence is 1-3%, with different aetiologies. There is a predominance of male sex and the location can be intracranial or spinal. These cysts can occur as early as during pregnancy and be asymptomatic or symptomatic. Clinically they cause neurological problems. Detection by imaging tests in a symptomatic patient allows timely surgical treatment. In this article we report the case of a female paediatric patient with an intradural arachnoid cyst in the chest who had preoperative neurological symptoms and followed a post-surgical rehabilitation programme.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: r_mora.f@yahoo.es (R. Mora Ferrer).

Introducción

Los quistes aracnoideos (QA) son divertículos que contienen fluidos similares al líquido cefalorraquídeo. Son de baja incidencia en la población pediátrica, representando menos del 0,1% de los ocupantes del espacio espinal¹. La mayoría de ellos (65-80%) se encuentran en la región torácica y en la parte posterior de la médula (80%)¹, siendo más prevalentes en el sexo masculino². La ubicación puede ser extradural o intradural, siendo más raros los intramedulares¹. Su presentación puede ser en forma única y/o en menor frecuencia múltiple.

Los QA pueden ser primarios debido a un defecto o alteración de la trabécula aracnoidea durante el periodo de gestación (o de causa idiopática), o secundarios como resultado de otras patologías o complicación en poscirugía, traumatismos y posthemorragias.

Se trata de lesiones generalmente asintomáticas y que se detectan de forma casual por resonancia magnética (RMN). Cuando aparece sintomatología, la clínica neurológica puede variar en función de su localización. Se describen alteraciones de la marcha, dolor neuropático, paresia y/o disfunción de los esfínteres.

En la mayoría de los casos, el tratamiento es conservador, siendo los pacientes sintomáticos posibles candidatos a la cirugía. El diagnóstico básicamente es clínico y radiológico, utilizando como recurso la RMN.

Los métodos quirúrgicos más utilizados son las técnicas descompresivas, como la escisión con microcirugía, la fenestración endoscópica y la aspiración estereotáctica de la pared del QA a través de laminectomía o laminoplastia².

Caso clínico

Niña nacida sana en mayo de 2014 por cesárea electiva a las 39 semanas de gestación, con un peso de 2.970 g, talla de 48 cm y un perímetro craneal (PC) de 35 cm. En una primera exploración física destacó un Apgar de 8-9/10, un Barlow positivo en ambas caderas y Ortolani/Galeazzi negativos. Fue controlada cada 2 meses por el servicio de traumatología COT para su correcta evolución. Inició su desarrollo psicomotor de forma lenta pero sin signos de alarma. Control cefálico a los 3-4 meses pero mantenido desde los 7-8 meses. Sedestación correcta a los 6 meses, bipedestación con ayuda a los 12 meses, y deambulación independiente a los 19 meses. A nivel cognitivo no se objetivaron alteraciones.

Durante la revisión de COT a los 28 meses para el control de la evolución de caderas laxas se detectó una dificultad para pasar de sedestación a bipedestación desde el suelo sin ayuda. Fue derivada a neuropediatría con sospecha de miopatía y con un primer diagnóstico de paraparesia espástica. En la valoración por parte de neuropediatría a los 2 años y 5 meses, la paciente no tenía capacidad de gateo, se desplazaba sobre las nalgas (*shuffling*) y no podía levantarse del suelo o de una silla de manera libre. La marcha era autónoma con debilidad de cintura pélvica y musculatura proximal de extremidades inferiores. Se solicitaron analítica en sangre, electromiograma, RMN y se derivó a un hospital de tercer nivel para su estudio y/o evolución.

Ingresó en el área materno-infantil de su área de referencia, por una alteración en el desarrollo motor grueso



Figura 1 Precirugía. Imagen sagital de RMN en secuencia T2 que muestra el quiste aracnoideo a nivel intratecal dorsal posterior que se extiende de D7 a D10, con compresión anterior de la médula y mielitis secundaria.

con una marcha atáxica. Se le realizó una RMN holomedular el 6.02.2017 por la que se le diagnosticó una lesión quística intratecal dorsal posterior que se extendía de T-7 a T-10 (fig. 1). La alteración era compatible con QA y presentaba un desplazamiento anterior con compresión del cordón y mielitis secundaria. El día 10.02.2017 se le practicó una laminectomía T-7 a T-10 y fenestración de QA sin incidencias (fig. 2). A la semana se le dio el alta domiciliaria con pauta de reposo, medicación de rescate para el dolor, antibiótico profiláctico para la herida y curas diarias en la cicatriz. A los 4 meses de la intervención quirúrgica la paciente mostró un aumento de peso importante, con marcha autónoma pero con imposibilidad de levantarse del suelo, de la silla y sin poder subir escaleras. Su marcha era autónoma con genu valgo, hiperlaxitud articular, reflejos osteotendinosos vivos en extremidades inferiores y su reflejo cutáneo plantar en extensión bilateral. Se solicitó valoración y tratamiento rehabilitador en zona próxima al domicilio habitual.

Fue valorada por primera vez en nuestras consultas a los 4 meses poscirugía. En la exploración física destacaba marcha autónoma con debilidad de cintura pélvica y genu valgo. No podía realizar gateo y se desplazaba por el suelo sobre las nalgas con ayuda de ambos brazos. Persistía la imposibilidad de levantarse del suelo sin apoyo (requería asistencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8802663>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8802663>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)