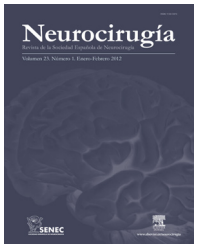
NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



Caso clínico

Quistes aracnoideos intraselares. Presentación de 2 casos y revisión bibliográfica

Asís Lorente-Muñoz[a,*], *María Pilar Lisbona-Alquézar*[b], *Juan Alberdi-Viñas*[a], *Javier Orduna-Martinez*[a], *Luis González-Martínez*[a] y *Rafael Fernández-Liesa*[b]

[a] *Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*
[b] *Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 11 de julio de 2012
Aceptado el 23 de febrero de 2013
On-line el 10 de abril de 2013

Palabras clave:
Quiste aracnoideo
Tumores selares
Abordaje transesfenoidal
Silla turca vacía

RESUMEN

Los quistes aracnoideos intraselares son una patología muy rara, con muy pocos casos descritos en la literatura científica. Su fisiopatología permanece todavía poco clara, con diferentes hipótesis sobre su formación. El diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas selares puede ser extremadamente complicado. Presentamos 2 casos clínicos de 2 quistes aracnoideos sintomáticos que fueron tratados quirúrgicamente mediante abordaje transesfenoidal, así como los resultados de una revisión bibliográfica.

© 2012 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intrasellar arachnoid cysts. Two case reports and literature review

Keywords:
Arachnoid cyst
Sellar tumours
Transsphenoidal approach
Empty sella

ABSTRACT

Intrasellar arachnoid cysts are an uncommon pathology, with only a few cases reported in scientific literature. Their physiopathology is still unknown, with different hypothesis about their development. Differential diagnosis with other cystic sellar lesions is difficult. We report two cases of two intrasellar arachnoid cysts that were treated surgically using transsphenoidal approach and present a review of the literature.

© 2012 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la zona selar podemos encontrar lesiones quísticas que corresponden principalmente a adenomas quísticos, craneofaringiomas, quistes de la bolsa de Rathke o quistes aracnoideos[1], siendo estos últimos un hallazgo muy poco frecuente; de hecho, en 2007 Dubuisson et al.[2], en una revisión en Medline desde el año 1980, solo encuentran reportados 42 casos en lengua inglesa o

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: asislm@hotmail.com (A. Lorente-Muñoz).
1130-1473/$ – see front matter © 2012 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2013.02.007

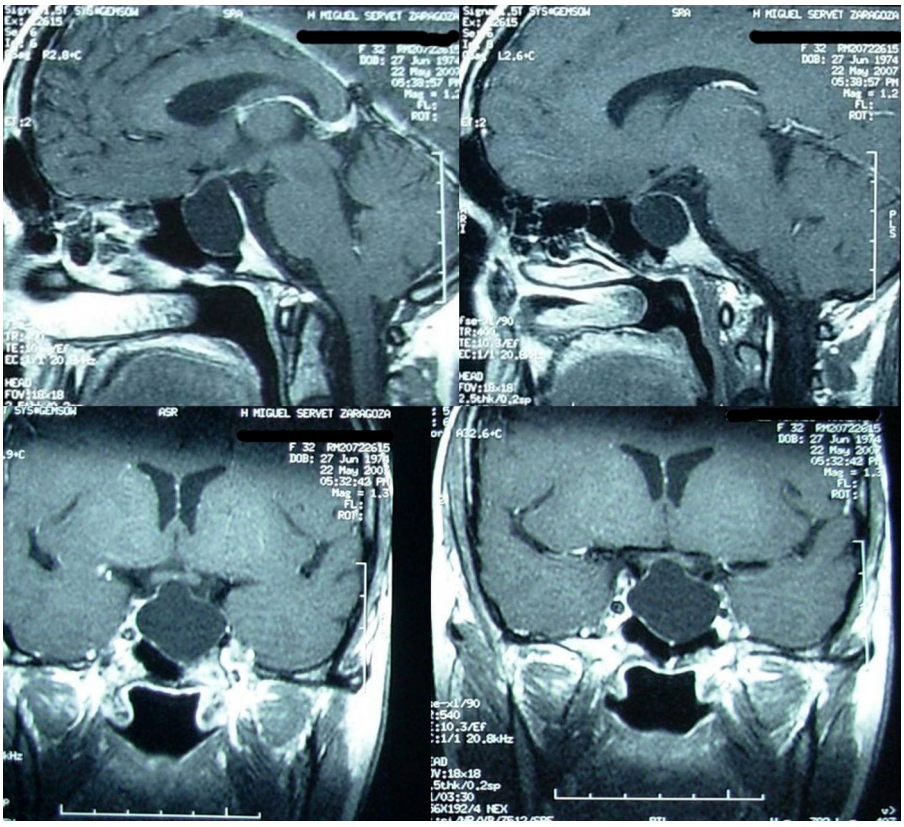


Figura 1 – Imagen sagital y coronal de resonancia magnética prequirúrgica en la que se observa el gran quiste aracnoideo que comprime la hipófisis.

francesa de quistes aracnoideos intervenidos quirúrgicamente.

Debido a lo raro de la patología, no se conoce con exactitud la fisiopatología de los quistes aracnoideos intraselares[2,3], ya que, a diferencia del resto de quistes aracnoideos, estos no se asocian con cisternas de líquido cefalorraquídeo (LCR) pues no existe la leptomeninge a nivel intraselar[2].

A continuación reportamos 2 casos de esta infrecuente entidad y exponemos los resultados de la revisión bibliográfica llevada a cabo respecto a la epidemiología, la fisiopatología, el diagnóstico diferencial, las indicaciones y la vía quirúrgica, los resultados y las complicaciones.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 32 años, estudiada por infertilidad. Presentaba una hiperprolactinemia y amenorrea. No refería trastornos visuales ni clínica de hipertensión intracraneal (HIC). Su índice de masa corporal (IMC) era inferior a 25.

En la resonancia magnética (RM) de hipófisis (fig. 1) se encuentra una silla turca deformada y aumentada de tamaño, con elevación del diafragma selar por una formación quística intraselar de 30 × 25 × 20 mm, de contenido isointenso al LCR. Se aprecia la hipófisis comprimida y desplazada hacia la derecha. No se observa la existencia de hidrocefalia.

Ante los hallazgos se plantea una descompresión de la hipófisis para corregir la hiperprolactinemia. Se realizó un abordaje transnasal transesfenoidal para evacuación del quiste. Tras la resección de un suelo selar papiráceo, se realiza la apertura dural, observándose una fina membrana, que se procede a abrir, saliendo a presión un líquido claro compatible con LCR. La hipófisis aparece como una lámina delgada rechazada hacia la zona posteroinferior de la silla turca. Se reconstruye el suelo selar con plastia meníngea y se sella con un biopegamento. Igualmente se reconstruye el suelo del seno esfenoidal con hueso autógeno del rostrum esfenoidal y sellante biológico.

El postoperatorio es satisfactorio, pero a los 30 días presenta una fístula de LCR. Se interviene por cirugía endoscópica, realizándose una reconstrucción del suelo selar con meninge artificial, cartílago septal y sellante sintético obliterando la cavidad esfenoidal con Surgicel®, consiguiéndose el cierre completo, sin nueva rinorrea con 3 años de evolución.

La RM de control (fig. 2) muestra una marcada disminución de volumen del quiste aracnoideo y la liberación de la compresión de la hipófisis. La cifra de prolactina se normalizó, con resolución de su clínica, habiendo llevado a término un embarazo.

Caso 2

Varón de 48 años con clínica de cefalea diaria de varios meses de evolución, con empeoramiento progresivo y pérdida de agudeza visual, sin clínica de HIC. El paciente tenía un IMC

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3071476

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3071476

Daneshyari.com