



COMUNICACIÓN BREVE

Rotura de quiste dermoide intracraneal tras ablación de vía accesoria por arritmia cardíaca

E. Santos^{a,*}, G. Larrañaga^a, R. Peláez^b e I. Neve^a

^aServicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Txagorritxu, Vitoria, España

^bResonancia Magnética, Osatek, Vitoria, España

Recibido el 25 de diciembre de 2009; aceptado el 1 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 24 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Quiste dermoide intracraneal;
Rotura;
TC;
RM;
Ablación

KEYWORDS

Intracranial dermoid cyst;
Rupture;
CT;
MR;
Ablation

Resumen

Los quistes dermoides son lesiones benignas e infrecuentes de origen embrionario, que suponen menos del 1% de los tumores intracraneales. En raras ocasiones pueden romperse, diseminando su contenido graso al espacio subaracnoideo o a los ventrículos laterales. La rotura de un quiste dermoide se puede producir de forma espontánea o estar relacionada con la existencia de un traumatismo craneal cerrado previo. La presentación clínica es variable. Describimos el caso de una paciente sin antecedentes neurológicos de interés, que sufre una rotura de quiste dermoide tras ablación de vía accesoria por arritmia cardíaca y exponemos su posible mecanismo etiopatogénico.

© 2009 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intracranial dermoid cyst rupture after accessory pathway ablation for cardiac arrhythmia

Abstract

Dermoid cysts are rare benign tumors of embryonic origin; they account for less than 1% of all intracranial tumors. Rarely, they may rupture and spread their fatty content into the subarachnoid space or lateral ventricles. Dermoid cyst rupture may occur spontaneously or be associated with previous closed head trauma. The clinical presentation can vary. We report a case of ruptured intracranial dermoid cyst after accessory pathway ablation for cardiac arrhythmia in a 54-year-old woman with no relevant neurologic history, and we discuss hypotheses about its etiopathogenic mechanism.

© 2009 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erika.santoscarraliza@osakidetza.net (E. Santos).

Introducción

Los quistes dermoides son lesiones benignas de origen embriológico, que representan menos de un 1% de los tumores intracraneales y que se localizan a lo largo de la línea media, especialmente en las regiones supra y paraselar y en la fosa posterior^{1,2}.

La pared del quiste está compuesta por una cápsula de epitelio escamoso estratificado que contiene elementos dérmicos tales como glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos. La presencia de dichos elementos en la pared distingue los quistes dermoides de los epidermoides³.

La presentación clínica es variable, pudiendo aparecer como hallazgo casual o en forma de crisis epilépticas, meningitis o déficits neurológicos focales, dependiendo del tamaño de la lesión, la localización y su posible rotura. Esto último, aunque es un hecho infrecuente, se ha descrito de forma espontánea o en relación con traumatismos craneoencefálicos⁴.

Presentamos el caso de una paciente que sufrió la rotura de un quiste dermoide intracraneal, probablemente durante la ablación de una vía accesoria cardiaca y exponemos su posible mecanismo etiopatogénico.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 54 años con síndrome de Wolf-Parkinson-White, que ingresa en el servicio de cardiología

para la realización de ablación de vía accesoria pósteroseptal izquierda, que se interrumpe por aparición de un bloqueo infrahisiano de primer grado y de clínica neurológica.

Durante el procedimiento, la paciente comienza con un cuadro de movimientos involuntarios de las 4 extremidades, tipo temblor, de predominio en hemisferio derecho. Posteriormente desarrolla un cuadro confusional, con lenguaje ininteligible y alucinaciones visuales complejas, que se recupera completamente en las horas siguientes. Por este motivo se solicita TC craneal urgente (fig. 1), objetivándose una masa de 2,2 × 2 cm, localizada en el lado izquierdo de la fosa craneal media, adyacente al seno cavernoso. Presenta densidad grasa y aparece englobando la arteria carótida interna izquierda. Así mismo se observan varias pequeñas imágenes redondeadas de densidad grasa dispersas en el espacio subaracnoideo de la cisura interhemisférica, lóbulo de la ínsula y surco central izquierdo. Los hallazgos radiológicos son compatibles con quiste dermoide roto y dispersión de los glóbulos grasos en el espacio subaracnoideo. La RM realizada con posterioridad (figs. 2 y 3) también demuestra la lesión, que presenta un aspecto hiperintenso tanto en secuencias T1 como en T2, aunque en ésta última pasa más desapercibida por la similar señal del líquido cefalorraquídeo adyacente. En las secuencias de saturación grasa y de inversión recuperación, su señal se anula y no se realiza tras la administración de gadolinio. De igual manera se aprecian las pequeñas imágenes hiperintensas (T1) localizadas en los espacios subaracnoideos referidos. No se observan signos de restricción de



Figura 1 TC craneal urgente sin contraste intravenoso. A) Lesión hipodensa en región paraselar izquierda, englobando la arteria carótida interna. B) la misma imagen, forzando la ventana para destacar la densidad grasa en contraste con la densidad aire de las celdas mastoideas. C) Se aprecia parte de la lesión, así como algunas vacuolas grasas en los espacios subaracnoideos de la cisterna quiasmática y del lóbulo de la ínsula.

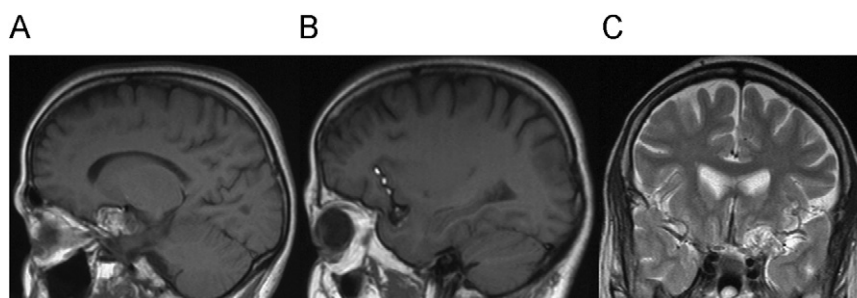


Figura 2 Estudio RM. A) Sagital T1 en la que se aprecian el quiste dermoide con su hiperseñal característica en la región paraselar. B) Sagital T1. Vacuolas grasas hiperintensas en el espacio subaracnoideo del lóbulo de la ínsula. C) Coronal T2. La señal de la lesión apenas destaca de la del líquido cefalorraquídeo del espacio subaracnoideo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245737>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245737>

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