



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Presentación clínica de quiste aracnoideo epidural dorsal posterior a anestesia epidural

Claudia Alejandra Obil-Chavarría^a, Carla Lisette García-Ramos^a,
Sergio Alberto Castro-Quiñonez^b, Raúl Huato-Reyes^c,
Concepción Guadalupe Santillán-Chapa^d y Alejandro Antonio Reyes-Sánchez^{a,*}

^a División de Cirugía de Columna Vertebral, Instituto Nacional de Rehabilitación, Mexico, D.F., México

^b División de Cirugía de Columna Vertebral, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, D.F., México

^c Servicio de Neurocirugía, Centro Médico Adolfo López Mateos, Instituto de Salud del Estado de México y Municipios, Toluca de Lerdo, México

^d Servicio de Rehabilitación Pediátrica, Instituto Nacional de Rehabilitación, México, D.F., México

Recibido el 11 de diciembre de 2014; aceptado el 6 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Quistes aracnoideos espinales;
Compresión medular;
Evolución clínica;
Tratamiento quirúrgico

Resumen

Antecedentes: Los quistes aracnoideos son divertículos de duramadre con contenido similar al líquido cefalorraquídeo. El 1% se presenta en la médula espinal; se localizan típicamente en la parte posterior de la médula espinal torácica y son una causa rara de compresión medular.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 15 años, previamente sano, quien acude a valoración por paraparesia espástica de 20 meses de evolución, la cual comienza después de un evento anestésico por osteosíntesis de tobillo. Presenta disminución de la sensibilidad y fuerza de miembros pélvicos, que se incrementa gradualmente hasta presentar anestesia a nivel de dermatomas T12 a L4, hipoestesia L5 y S1 bilateral y fuerza 4+/5 bilateral, en la raíz L2 y 2+/5 en L3, L4, L5, S1, hiperreflexia, Babinski y clonus, sin alteraciones en los reflejos sacros. Mediante resonancia magnética se diagnostica quiste aracnoideo extradural de T6 a T9. Se realizó laminotomía T6 a T10, resección del quiste, cierre del defecto dural y laminoplastia. En el seguimiento a 12 meses el paciente presenta recuperación de la sensibilidad, mejoría de la fuerza muscular hasta 4+/5 en L2 a S1 y normorreflexia.

Conclusiones: Después de la anestesia espinal se produjeron cambios en la presión del líquido cefalorraquídeo y expansión del quiste, lo que desencadenó el déficit neurológico, haciendo evidente su presencia. A pesar del tiempo que se mantuvo la compresión, el paciente presentó una adecuada evolución clínica.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Calzada México-Xochimilco 289, Col. Arenal de Guadalupe, Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F., México.
Tel.: +52 55 5999 1000. Ext. 12206 y 12209.

Correos electrónicos: alereyes@inr.gob.mx, areyes@vertebrae.com.mx (A.A. Reyes-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.10.005>

0009-7411/© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Spinal arachnoid cysts;
Spinal cord compression;
Clinical outcome;
Surgical treatment

Clinical presentation of a dorsal epidural arachnoid cyst after an epidural anesthesia

Abstract

Background: Arachnoid cysts are dural diverticula with liquid content similar to cerebrospinal fluid, with 1% occurring in the spinal cord. They locate mainly in the dorsal region of the thoracic spine, and are unusual causes of spinal cord compression.

Clinical case: The case is presented of a previously healthy 15-year-old boy, with a 20-month history of spastic paraparesis that started apparently after epidural block for ankle osteosynthesis. There was decreased sensitivity and strength of the pelvic limbs and gradually presented with anaesthesia from T12 to L4 dermatomes, L5 and S1 bilateral hypoaesthesia and 4+/5 bilateral strength, in the L2 root and 2+/5 in L3, L4, L5, S1, hyperreflexia, Babinski and clonus, but with no alteration in the sacral reflexes. In the magnetic resonance it was diagnosed as an extradural arachnoid cyst from T6 to T9. The patient underwent a T6 to T10 laminotomy, cyst resection, dural defect suture, and laminoplasty. One year after surgery, the patient had recovered sensitivity, improvement of muscle strength up to 4+/5 in L2 to S1, and normal reflexes.

Conclusions: After the anaesthetic procedure, increased pressure and volume changes within the cyst could cause compression of the spinal cord, leading to symptoms. Despite being a long-term compression, the patient showed noticeable improvement.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Los quistes aracnoideos corresponden al 1% de los tumores espinales y se definen como un divertículo de la duramadre, la aracnoides o de la vaina de una raíz nerviosa que resultan en la acumulación de líquido similar al cefalorraquídeo (LCR) en el espacio extradural o intradural¹⁻⁵. Se encuentran dorsales a la médula espinal y existen reportes en posición posterolateral y anterior^{2,6,7}. El conducto raquídeo a nivel torácico es relativamente pequeño en su diámetro, por lo que los quistes presentan sintomatología con mayor frecuencia⁷⁻⁹.

Se presenta el caso de un paciente adolescente, deportista, anteriormente asintomático, quien cursó con déficit neurológico progresivo en extremidades pélvicas, posterior a la administración de anestesia epidural para osteosíntesis de tobillo derecho.

Caso clínico

Paciente masculino de 15 años de edad que fue atendido para estudio de paraparesia espástica de 20 meses de evolución. En el interrogatorio refiere desarrollo psicomotriz normal, previamente sano. Hace 20 meses, el paciente presentó fractura de tobillo derecho posterior a un trauma directo, que ameritó manejo quirúrgico con anestesia epidural lumbar, en un hospital del norte del país. El paciente evolucionó con disminución de la fuerza y sensibilidad de las extremidades pélvicas, con alteración sensitiva en el tronco, atribuidas por los médicos tratantes a la lesión de tobillo. Es revalorado 40 días después de la cirugía por un médico, quien atribuye los síntomas a la poca cooperación del paciente, e indica rehabilitación. Durante estos meses, la limitación funcional lo alejó de las actividades diarias

tanto escolares como deportivas. Niega alteraciones en su hábito miccional y de evacuaciones.

La fuerza disminuyó progresivamente, dificultando la marcha y la bipedestación, por lo que acude a valoración a nuestro instituto. En la exploración física realiza marcha independiente auxiliada de andadera con ruedas anteriores. Contacto inicial en antepié bilateral con apoyo en barra medial bilateral, fases de despegue e impulso deficientes, patrón en steppage, antepulsión de tronco, semiflexión de caderas, *recurvatum* de ambas piernas, amplia base de sustentación.

Presentaba hipoestesia exteroceptiva en todas sus modalidades en la raíz de T11, anestesia de T12 a L4 e hipoestesia L5 y S1 bilateral. La fuerza se encontró con afectación bilateral con 4+/5 en la escala de Lucille-Daniels en la raíz L2 y 2+/5 en L3, L4, L5 y S1. Se evocó hiperreflexia patelar con clonus Aquileo no agotable y respuesta plantar de Babinski bilateral. Presenta contracción anal voluntaria débil, con reflejo anal cutáneo, anal externo, bulbocavernoso y bulbosanal presentes.

Se realizaron radiografías, donde se evidencia remodelación ósea en el conducto raquídeo torácico con hiperdensidad homogénea de T6 a T9. La resonancia magnética nuclear (figs. 1 y 2) mostró un conducto raquídeo amplio, con moldeamiento de la tabla interna de los arcos posteriores por proceso ocupativo extramedular, fuera del espacio subaracnoideo, con aparente disección de la dura y la aracnoides, en forma alargada, con diámetro de 95 mm que se extiende de T6 a T9; la intensidad de la señal en las diferentes secuencias corresponde a líquido, sin poder especificar qué tipo ya que la resonancia no puede detectarlo, sin componente sólido; la médula espinal se encuentra desplazada y comprimida en sentido dorsoventral, con ocupación completa del conducto raquídeo y aumento en la intensidad de la señal medular a estos niveles. Aumentan

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831201>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831201>

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