

Aracnoiditis adhesiva

La **aracnoiditis** adhesiva consiste en una inflamación de las **leptomeninges** que afecta a la **raiz nerviosa**, la **cola de caballo** y excepcionalmente a la **médula espinal**.

La patogénesis de la aracnoiditis es similar al proceso de reparación de las membranas serosas como el peritoneo, con exudado inflamatorio insignificante y fibroso que podría terminar en fibrosis masiva retráctil. Su evolución podría iniciar desde una fase leve de engrosamiento (radicular), una fase moderada (aracnoidea), depósito de colágena con fibrosis y encapsulación, hasta una fase grave con atrofia progresiva y retracción cicatrizal mayor, que podría afectar la circulación del líquido cefalorraquídeo, produciendo dolor incapacitante o incluso un déficit neurológico irreversible.

De acuerdo a su distribución se ha clasificado en local, regional, difusa y distante.

El diagnóstico clínico es inespecífico y se ha demostrado una sensibilidad de 92% y una especificidad de 100% para estudios radiográficos contrastados, de tomografía y de resonancia.

Delamarter clasificó en tres grupos la aracnoiditis:

- 1) conglomerado subdural de raíces nerviosas adherentes desplazadas hacia el centro;
- 2) raíces nerviosas que se adhieren a la periferia o a las meninges dando un aspecto de «saco vacío»
- 3) por un conglomerado de tejidos blandos que sustituyen al espacio subaracnoideo.

El tratamiento de la aracnoiditis adhesiva, en general, no ha tenido el suficiente éxito; para prevenirla se debe evitar exposición a cuerpos extraños, mejorar técnicas quirúrgicas y de anestesia.

El tratamiento es conservador y quirúrgico, el tratamiento conservador es aliviar el dolor mediante antiinflamatorios, analgésicos esteroideos, estimulación eléctrica transcutánea, aplicación de morfina intratecal y en ocasiones cingulotomía o estimulación profunda del encéfalo y quirúrgicamente dar protección medular con el uso de goretex.

La aracnoiditis del agujero magno sin Chiari, es una causa poco frecuente de siringomielia, y su tratamiento quirúrgico consiste en la comunicación entre las cisternas pontocerebelosas, el canal espinal y cuarto ventrículo. Si se logra, la sirinx disminuye de tamaño y el curso clínico de la paciente puede incluso mejorar. En los pacientes con áreas de graves y generalizadas aracnoiditis, se pueden precisar varias operaciones para estabilizar el curso clínico (Klekamp y col., 2002).

Bibliografía

Klekamp, Jörg, Giorgio Iaconetta, Ulrich Batzdorf, and Madjid Samii. 2002. "Syringomyelia Associated with Foramen Magnum Arachnoiditis." *Journal of Neurosurgery* 97 (3 Suppl) (October): 317-322.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=aracnoiditis_adhesiva

Last update: **2019/09/26 22:30**



