Se trata de 3 pacientes femeninos y 2 masculinos; de 28 a 56 años de edad, con un promedio de 44.6 años.

Localización

De los 5 casos, tres de ellos se ubicaron en la fosa posterior, correspondiendo dos al ángulo pontocerebeloso, y el restante a un quiste epidermoide del IV ventrículo.

Dos eran supratentoriales, uno ubicado en la cisterna silviana, y el otro a nivel supraselar: III ventrículo.

Cuadro clínico

En todos los pacientes la sintomatología se desarrolló en un lapso variable entre uno y cinco años; correspondiendo, de acuerdo a la topografía, a una combinación de signos y síntomas por afectación de los pares craneanos V, VII, VIII y ataxia en los 2 casos de ubicación en el ángulo ponto cerebeloso; y de ataxia solamente, en el de ubicación a nivel del IV ventrículo. Las crisis comiciales y el déficit motriz progresivo, fueron los síntomas de la ubicación silviana. En el paciente restante, de topografía supraselar, la sintomatología de instalación lenta y progresiva, fue la disfunción hipotálamo-hipofisiaria seguida por defectos campimétricos (hemianopsia bitemporal).

A pesar del volumen de las lesiones y su ubicación particular dentro del cráneo, solamente un caso presentó Sme. de hipertensión endocraneano completo, es decir: cefalea, vómitos y edema de papila. Ver cuadro I.

Las Rx. simples de cráneo practicadas en los 5 pacientes, no aportaron información de particular interés.

En dos casos se efectuó una angiografía cerebral digital, que reveló desplazamientos avasculares en el territorio vertebrobasilar, a nivel retroclival que se correspondían con quistes epidermoides.

En todos los casos, se realizaron TAC de cerebro c/c; independientemente de la topografía de la lesión, los estudios mostraron los siguientes datos:

a- Lesiones hipodensas, de contornos moderadamente netos. b- Ausencia de refuerzo post contraste. c- Falta de edema perilesional. d- Efecto de masa moderado. e- Calcificaciones asociadas, poco frecuentes

Fue efectuada en 3 pacientes, una R.M.N demostrando fehacientemente la lesión, con las siguientes características:

a- Lesión de intensidad intermedia(entre la del parénquima cerebral y la del LCR) en T1; E, hiperintensa en T2.

b- Límites lesionales definidos, netamente extra-axiales en los epidermoides de localización infratentorial.

c- Ausencia de edema, a pesar del efecto de masa.

d- Falta de refuerzo post-contraste (Gadolinio e.v).

TÁCTICA Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

De los 5 pacientes operados por Quistes Epidermoides (Q.E) 4 fueron sometidos a un solo

procedimiento quirúrgico; al restante (caso Nº 2) se le practicaron dos intervenciones por distintas vías, con un intervalo de 10 meses entre el 1º y 2º abordaje.

Los 2 Q.E localizados en el ángulo ponto cerebeloso (A.P-C)se abordaron mediante craniectomía suboccipital lateral-retrosigmoidea; uno de ellos (caso Nº 2)debió ser extirpado en dos etapas, por lo que se realizó 10 meses después, una vía pretemporal.

La localización silviana fue abordada por vía fronto temporal (pterional).

En la lesión que ocupaba el III ventrículo se escogió un abordaje interhemisférico-transcalloso, y por último, el quiste epidermoide del IV ventrículo se abordó por vía suboccipital medial.

Una vez abierta la duramadre y expuesta la lesión, se diseca progresivamente, derrumbando su contenido de manera sencilla mediante irrigación con solución salina tibia y aspiración controlada. El cierre de estas lesiones permite una diéresis perfecta, por planos. En ningún paciente, teniendo en cuenta las estrechas adherencias de la cápsula del quiste con la piamadre, intentamos su disección de estructuras vitales, evitando de esta manera, complicaciones.

Se obtuvieron controles mediante RMN a partir de los 6 meses de la intervención en todos los casos, que confirmaron la impresión intraoperatoria de resección macroscópica completa; en el caso Nº 2, luego del segundo tiempo quirúrgico.

Durante todas las intervenciones, independientemente de la topografía del quiste, la irrigación continua con solución fisiológica tibia cumplió con un doble objetivo: por un lado, el arrastre mecánico del material descamativo producido por el quiste, y por otro, el tratar de evitar la diseminación de dicho material hacia el espacio subaracnoideo con el riesgo subsecuente de desencadenar una meningitis aséptica, tal cual ha sido ampliamente descripto por diferentes autores en la literatura (1, 4,5,7,8)

Tomando estas precauciones en el acto quirúrgico, sumadas al tratamiento con Dexametasona 24 mg diarios por vía e.v durante los primeros cinco días postoperatorios, registramos solamente una meningitis aséptica que evolucionó favorablemente, caso Nº4. Ver cuadro II.

RESULTADOS

Los 5 pacientes operados de quistes epidermoides intracraneanos, evolucionaron de favorablemente, habiéndose reintegrado todos ellos a su actividad previa. Un paciente (Caso Nº 4) desarrolló una meningitis aséptica, que prolongó su internación sin secuelas ulteriores.

Otro paciente (Caso Nº 2) presentó crisis generalizadas aisladas, luego del abordaje pretemporal que responde en la actualidad al tratamiento farmacológico.

Ambos casos fueron interpretados como complicaciones post quirúrgicas. En cambio el caso Nº 3, que consultó por crisis generalizadas y hemiparesia progresiva, mejoró totalmente del déficit motor y continúa con tratamiento anticonvulsivo, no siendo considerado como complicación post quirúrgica.

Nuestra experiencia en tratamiento quirurgico de quistes epidermoides Autores: Dres: LAMBRE, J; ISASI, W., BRICHETTI, E; CARRIL, N. Centro Oncológico de Excelencia. Fundación J.M. Mainetti. La Plata

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=caso_clinico_de_quiste_epidermoide

Last update: **2019/09/26 22:29**