

QUISTE NEUROENTERICO NEONATAL DE LA FOSA POSTERIOR REGION PARIETAL IZQUIERDA, NEUROCIRUGIA NEONATAL, PRESENTACION DE UN CASO CLINICO.

Arias Kanemoto Eduardo, Esparza Anaya Rocio Lilian, Chico Ponce Fernando , MEDICAL CENTER JURIQUILLA, QUERETARO. QUERETARO, MEXICO.

Presentamos el caso clínico de una lactante femenina de 3 meses ,que fue evaluada y que fue intervenida quirúrgicamente en la etapa Neonatal por el Neurocirujano Pediatra

ANTECEDENTES:

Los quistes neuro entéricos intracraneales son lesiones congénitas poco frecuentes. Dentro del sistema nervioso, su localización más frecuente es en el raquis. Otras localizaciones frecuentes son en la unión cráneo cervical. Se han descrito pocos casos en la literatura de localización supra tentorial. Plantean el diagnóstico diferencial con otros quistes. Es poco frecuente que se diagnostiquen en la edad pediátrica. [1,2]. EL cuadro clínico es por efecto de masa o episodios de meningitis química. El estudio de elección es la Resonancia Magnética (RM)- El tratamiento es quirúrgico con resección completa de las membranas para evitar las recidivas. [1]

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de un neonato con Quistes neuroentéricos supratentoriales de la fosa posterior (región parietal izquierda), que fue operada con éxito (neurocirugía) y con una evolución quirúrgica satisfactoria, con un seguimiento en su neuro desarrollo y revisión de la literatura.

MATERIAL Y METODOS

Lactante femenino 3 meses, gesta 1, diagnóstico prenatal a las 26 semanas, por Ultrasonido se detectaron lesiones quísticas intra cerebrales supratentoriales. Nace por cesárea a las semana 39, posterior a su nacimiento en un estudio de RM confirmando la existencia de quistes supra tentoriales con tabiques en su interior. Al segundo día de vida fue operada realizando una craneotomía guiada por neuro navegador. Se realizó un desbridamiento de los quistes, con aspiración del contenido de los quistes con gruesas membranas (mucoso). El estudio anatomo patológico resultó compatible con el quiste neuro entérico. Egres a las 2 semanas de vida. La evolución posterior a la primera cirugía no fue satisfactoria a los 3 meses de vida incremento gradualmente su perímetro cefálico > 95, fontanela hipertensa, crisis epilépticas (espasmos tónicos), tratados con Vigabatrina. IRM control, gran dilatación del ventrículo lateral izquierdo, con desplazamiento de la línea media hacia la derecha y del parénquima cerebral hacia la izquierda, edema de la sustancia blanca, hemorragia crónica de la sustancia blanca profunda , subcortical del lóbulo parietal y occipital bilateral, degeneración quística , hipoplasia del cuerpo calloso con agenesia del esplenio además de una Mega cisterna magna. Requirió punciones de los quistes la primera 30 mililitros (LCR), 2nda 40 mililitros, desplazamiento de la línea media (RM).

RESULTADOS

Segunda intervención, craneotomía para sagital parietal izquierda, centrada con un neuro navegador. Quirúrgico: Independencia de los quistes entre sí, quiste más profundo y grande, membrana gruesa con contenido mucinoso, el resto de los quistes con un contenido era similar al líquido cefalorraquídeo y la membrana era fina y transparente. Se extirpó la membrana gruesa del quiste más profundo y se desbridaron el resto de las membranas, así se comunicaron todos los quistes entre sí y con el ventrículo izquierdo, formando una sola cavidad. 3er día, P0 incremento la tensión de la fontanela anterior, se realizó una nueva punción de los quistes a nivel parietal. Mejoría de los síntomas, tensión de la fontanela anterior normal disminución gradual del perímetro craneal. Recibió tratamiento con Vigabatrina, al controlarse se modificó con Levetiracetam .



QUISTES NEUROENTERICOS DE LA FOSA POSTERIOR PARIETALES IZQUIERDO, OPERADA DE RESECCION PARCIAL Y MARSUPIALIZACION DE LOS QUISTES NEUROENTERICOS HACIA UNA CAVIDAD UNICA, RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO, DISFUNCION SEVERA DE LA VIA VISUAL,HIPOACUSIA NEUROSENSNORIAL BILATERAL 50 DB,EPILEPSIA SINTOMATICA, CC TONICAS..

DISCUSION

Los Quistes neuro entéricos son malformaciones secundarias. Fallo en la separación entre el neuro ectodermo y los elementos endodérmicos en la tercera semana de la embriogénesis. Su incidencia es muy baja y Puuseep [1] los describe por primera vez en 1934. Principal es en el mediastino posterior. A lo Largo del neuroeje (clinoides posteriores hasta el cóccix), Cara ventral medular de las últimas vértebras cervicales y primeras dorsales. Unión cráneo cervical [2].Canal vertebral, se asocian, 50%, con malformaciones del tipo de hemi vértebra o diastematomielia. Son muy raros los casos descritos de localización intracraneana supratentorial (3-4) La mayoría de las lesiones quísticas localizadas intracranealmente son quistes aracnoideos. Quistes coloides, de la bolsa de Rathke, Neuroepiteliales y endodermales. Los quistes neuro entéricos, de la bolsa de Rathke y coloides, derivan del endodermo [3-4]. Pared quística revestida (epitelio lineal o pseudo estratificado con células cúbicas o columnares) [5]. 1976, Wilkins y Odom [6] reclasificaron tres tipos (histológica):

- Tipo A: Capa simple o pseudoestratificada de epitelio cuboideo o columnar, similar al epitelio gastrointestinal o respiratorio. Pueden tener capa de tejido conectivo vascular.
- Tipo B: Más complejos, invaginaciones de aspecto glandular, producen mucina o fluidos serosos, más tejido muscular, grasa, cartílago o hueso; confusión con Teratomas maduros..
- Tipo C: Muy complejos, tejido endimario y glial.

CONCLUSIONES

Nuestro caso es de tipo B. Su contenido es mucinógeno con alta tasa de proteínas [7]. Manifestaciones clínicas: Efecto compresivo de estructuras vecinas (masa), desviación de la línea media, parresias de pares craneales, compresión medular aguda y meningitis recurrentes [8,9]. La mayoría de los quistes intracraneales se corresponden con quistes aracnoideos, existen otras lesiones quísticas que deben tratarse quirúrgicamente realizando su resección completa y un estudio anatomía patológico, teniendo como posibilidad la de un Quiste Neuro entérico. Dentro de las lesiones quísticas detectadas en el diagnóstico prenatal, por ultrasonido, una de las posibilidades con los Quistes Neuroentericos. La resección quirúrgica completa de los quistes y sus membranas favorecen un mejor pronóstico neurológico.

REFERENCIAS

1. Quistes neuroentéricos intracerebrales en neonatos Paloma Pulido-Rivas, Andrés López-García, José Jiménez-Heffernan, Rafael G. Sola .Rev Neurol 2012; 55 (1): 26-30

2. Puusepp M. Variété rare de t ratome. Sous-dural de la région cervicale (intestinome): Quadripl gie, extirpation, gu rison complète. Rev Neurol (Paris) 1934; 2: 879-86.

3. Menezes AH, Ryken TC. Craniocervical intradural neurentericcysts. Pediatr Neurosurg 1995; 22: 88-95.

4. Mittal S, Petrecca K, Sabbagh AJ, Rayes M, Melancon D, Guiot MC, et al. Supratentorial neurenteric cysts. A fascinating entity of uncertain embryopathogenesis. Clin Neurol Neurosurg 2010; 112: 89-97.

5. Scarone P, Boissonnet H, Heran F, Gray F, Robert G. Kyste neurentérique de la fosse postérieure.   propos d un cas, revue de la littérature. Neurochirurgie 2009; 55: 45-52.

6. Hirano A, Matsui T, Zimmermann HM. The fine structure of epithelial cyst in the central nervous system. Neurol Surg 1975; 3: 639-46.

7. Wilkins RH, Odom GL. Spinal intradural cyst tumors of the spine and spinal cord. In Vinken PJ, Bruyn GW, eds. Handbook of clinical neurology. Amsterdam: North Holland; 1976;p. 55-102.

8. Inoue T, Matsushima T, Fukui M, Iwaki T, Takeshita I, Kuromatsu C. Immunohistochemical study of intracranial cysts. Neurosurgery 1988; 23: 576-81.

9. Preece MT, Osborn AG, Chin SS, Smirniotopoulos JG. Intracranial neurenteric cysts: imaging and pathology spectrum. AJNR Am J Neuroradiol 2006; 27: 1211-6.

10. Weiss MA, Gebarski SS, McKeever PE. Foramen magnum neurenteric cyst causing Mollaret meningitis: MR findings. AJNR Am J Neuroradiol 1996; 17: 386-8.

11. Geremia GK, Russell EJ, Clasen RA. MR imaging characteristics of a neuroenteric cyst. AJNR Am J Neuroradiol 1988; 9: 978-80.

12. De Oliveira R, Cinalli G, Roujeau T, Sainte-Rose C, PierreKahnA, Zerah M. Neurenteric cysts in children: 16 consecutive cases and review of the literature. J Neurosurg 2005; 103 (Suppl 6 Pediatrics): S512-23.

13. Miyagi A, Katayama Y. Neurenteric cyst arising in the high convexity parietal lesion: case report. Neurosurgery 2007; 60: E203-4.

14. Little MW, Guifoyle MR, Bulters DO, Scoffings DJ,O'Donovan DG, Kirkpatrick PJ. Neurenteric cyst of the anterior cranial fossa: case report and literature review. Acta Neurochir2011; 153: 1519-25. Chaynes P, Bousquet P,

15. Sol JC, Delisle MB, Richaud J, Lagarrigue J.Recurrent intracranial neurenteric cysts. Acta Neurochir (Wien)1998; 140: 905-11.

16. Kimura H, Nagatomi A, Ochi M, Kurisu K. Intracranial neurenteric cyst with recurrence and extensive craniospinal dissemination. Acta Neurochir (Wien) 2006; 148: 347-52.Sahara Y, Nagasaka T, Takayasu M, Takagi T, Hata N, Yoshida J. Recurrence of a neurenteric cyst with malignant transformation in the foramen magnum after total resection.Case report. J Neurosurg 2001; 95: 341-5.