

Quistes aracnoideos espinales, una causa inusual de cefalea de esfuerzo[☆]



Spinal arachnoid cysts as an unusual cause of exercise headache

Sr. Editor:

Los quistes aracnoideos son colecciones de líquido cefalorraquídeo (LCR) rodeadas por una membrana aracnoidea indistinguible histológicamente de la aracnoidea sana¹. Radiológicamente se comportan como lesiones extraaxiales con contenido líquido, que muestran las mismas características que el LCR en las diferentes secuencias de la resonancia magnética (RM) y no captan contraste. La mayoría tiene un origen congénito, aunque se han descrito casos secundarios a procesos infecciosos o traumáticos. Su localización más habitual es en el compartimento supratentorial², siendo raros los quistes aracnoideos espinales. La mayoría se diagnostican de forma incidental al realizar una prueba de neuroimagen. Cuando son sintomáticos, las manifestaciones clínicas dependerán de su localización y tamaño; en el caso de los quistes espinales lo habitual es que provoquen síntomas por compresión a nivel local, como radiculopatía o mielopatía³, siendo la cefalea un síntoma muy infrecuente, y en especial la cefalea paroxística asociada al esfuerzo.

Presentamos el caso de un varón de 39 años con antecedentes de episodios de lumbalgia sin cialgia de años de evolución. Consulta por presentar desde hace 5 meses episodios de cefalea al agacharse y realizar maniobras de Valsalva. El dolor lo define como opresivo, de intensidad severa; se inicia en la región occipital con irradiación a al vértex y cede en minutos con el reposo. No náuseas, vómitos, ni alteraciones de la visión. Exploración general y neurológica normal.

Mediante RM craneal con y sin contraste y angio-RM venosa se descartaron lesiones ocupantes de espacio, alteraciones de la charnela occipitocervical, trombosis de senos venosos y captaciones patológicas de contraste. Se realizó punción lumbar, que muestra LCR de aspecto claro con presión de apertura de 15 cm de agua, acelular, glucorraquia normal y proteínas elevadas (81 mg/dl). Se completó el estudio con RM medular, objetivándose colecciones líquidas sugestivas de quistes aracnoideos, intradural desde el nivel T1-T2 hasta T9 (fig. 1) y extradural (fig. 2) desde T11 hasta L5, que ocasionan desplazamiento anterior de la médula y de las raíces de la cola de caballo; no se objetivó realce tras la administración de contraste. El paciente desestimó tratamiento quirúrgico.

Son excepcionales los casos descritos en la literatura de cefalea paroxística desencadenada por maniobras de Valsalva, o al adoptar determinadas posturas corporales, secundaria a quistes aracnoideos espinales; se ha demostrado que la cefalea es debida a elevaciones transitorias de la presión

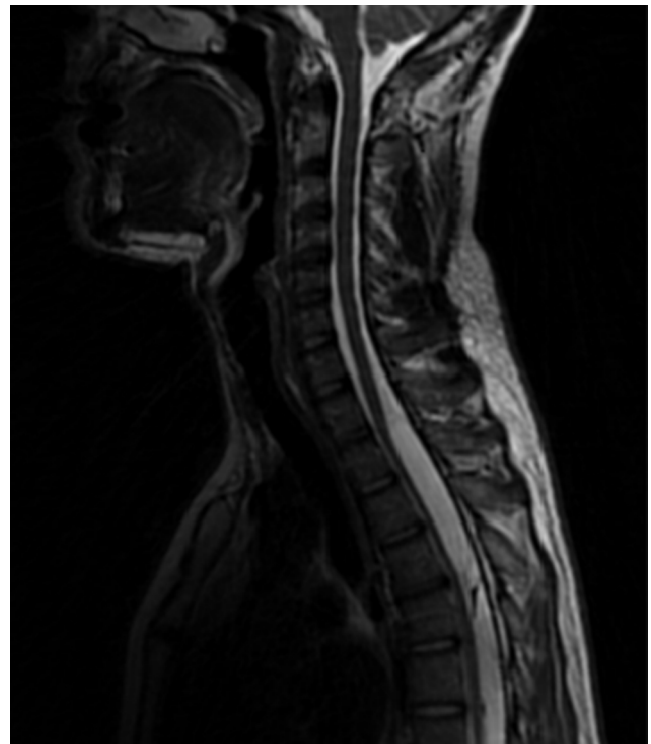


Figura 1 RM cervicodorsal, plano sagital, secuencia T2, quiste aracnoideo desde T1 hasta T9.

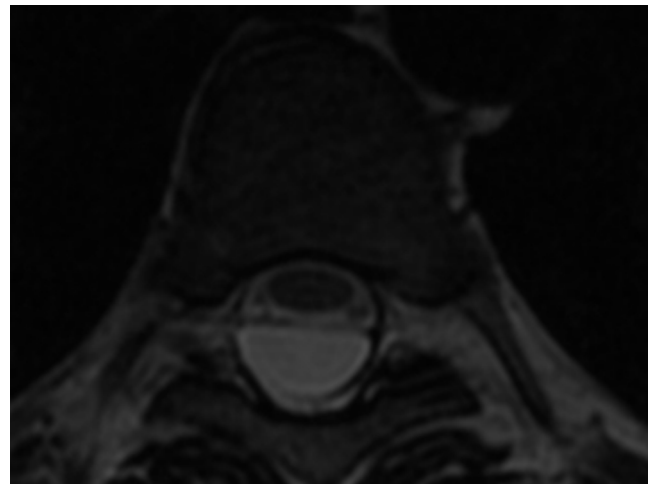


Figura 2 RM dorsal, plano axial, quiste aracnoideo extradural.

intracraneal⁴. La capacidad para expandirse del espacio subaracnoideo espinal, la compresión del sistema venoso cerebroespinal y el flujo del LCR entre los compartimentos intracraneal y espinal son fundamentales para proteger el cerebro de las elevaciones transitorias de la presión intracraneal (PIC). Los aumentos de presión en la cavidad abdominal o torácica se transmiten al plexo venoso espinal extradural ocasionando aumento del volumen en el compartimento vascular intraespinal⁵ que es compensado inmediatamente por la distensibilidad del espacio subaracnoideo, evitando el aumento de la PIC. Cuando los quistes aracnoideos espinales son de gran tamaño se comportan como una lesión ocupante de espacio, que altera la dinámica

[☆] Este trabajo ha sido presentado como póster en la LXV Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología en el área de Cefaleas.

de flujo del LCR impidiendo la expansión del espacio subaracnoideo que actúa como reservorio elástico amortiguando las variaciones fisiológicas de la presión intracraneal⁶.

Se ha comunicado la rotura de quiste aracnoideo espinal como causa de hipotensión-hipovolemia de LCR^{7,8} y casos de cefalea de esfuerzo, sin claro componente ortostático, como manifestación principal de la misma⁹. Los estudios de RM espinal en pacientes con hipotensión de LCR frecuentemente muestran dilatación de los plexos venosos y colecciones líquidas en espacio epidural¹⁰. En el caso que se presenta, la presión de apertura del LCR era normal, la RM craneal no mostraba realce meníngeo, descenso de amígdalas cerebelosas ni obliteración de cisternas periquiasmáticas o preontinas, descritos como signos indirectos de hipotensión intracraneal, lo que hace improbable que esta fuese la causa de la cefalea.

Ante una cefalea de esfuerzo es obligada la realización de una RM craneal para descartar lesiones focales, malformaciones de charnela occipitocervical o signos que sugieran hipovolemia de LCR. En casos seleccionados, según síntomas clínicos o resultados de pruebas complementarias, es recomendable completar el estudio con una RM medular.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Bibliografía

- Gómez-Escalonilla CL, García-Morales I, Galán-Dávila L, Jiménez-Torres MJ. Quistes aracnoideos intracraneales. Estudio de una serie de 35 casos. *Rev Neurol*. 2001;33:305–10.
- Wester K. Peculiarities of intracranial arachnoid cysts: Location, sidedness, and sex distribution in 126 consecutive patients. *Neurosurgery*. 1999;45:775–9.
- Kong WK, Cho KT, Hong SK. Spinal extradural arachnoid cyst: A case report. *Korean J Spine*. 2013;10:32–4.
- Shams PN, Goadsby PJ, Crockard HA, Casey ATH, Plant GT. Paroxysmal raised intracranial pressure associated with spinal meningeal cysts. *J Neurol*. 2005;252:273–82.
- Doita M, Nishida K, Miura J, Takada T, Kurosaka M, Fujii M. Kinematic magnetic resonance imaging of a thoracic spinal extradural arachnoid cysts; an alternative suggestion for exacerbation of symptoms during straining. *Spine*. 2003;28:E229–33.
- Morandi X, Amlashi S, Riffaud L. A dynamic theory for hidrocephalus revealing benign intraspinal tumours: Tumoural obstruction of the spinal subarachnoid space reduces total CSF compartment compliance. *Med Hypotheses*. 2006;67:79–81.
- Jones WD, Kulkarni M, Ravishankar K, Borgstein R, Dupont P. Intracranial hypotension secondary to spinal arachnoid cyst rupture presenting with acute severe headache: A case report. *J Med Case Rep*. 2010;4:406.
- Obon Monforte H, Gonzalez Enguita R, Vilá Justribó X, Montero Matamala A. Cefalea por hipotensión endocraneal secundaria a traumatismo sacrococcigeo en un paciente con un quiste aracnoideo congénito. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 1999;46:460–3.
- Mokri B. Spontaneous CSF leaks mimicking benign exertional headaches. *Cephalalgia*. 2002;22:780–3.
- Watanabe A, Horikoshi T, Uchida M, Koizumi H, Yagishita T, Kinouchi H. Diagnostic value of spinal MR imaging in spontaneous intracranial hypotension syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2009;30:147–51.

N. Arenaza Basterrechea*, J.L. Macarrón Vicente,
I. Aícuá Rapún y E. Porqueres Bosch

*Sección de Neurología, Hospital Universitario de Burgos,
Burgos, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arenaza27@gmail.com
(N. Arenaza Basterrechea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.nrl.2014.10.019>

Cambios en la neuroimagen en paciente con síndrome de encefalopatía posterior reversible por porfiria aguda intermitente



Neuroimaging abnormalities in a patient with posterior reversible encephalopathy syndrome due to acute intermittent porphyria

Sr. Editor:

La porfiria aguda intermitente (PAI) es una de las 4 porfirias agudas que se presenta con síntomas neurológicos o psiquiátricos. En adultos jóvenes sin antecedentes específicos puede comenzar en forma de una encefalopatía con alteraciones en la neuroimagen que pueden conducir a interpretaciones diversas. Los hallazgos típicos en la RM son los

del síndrome de encefalopatía posterior reversible (SEPR) que se resuelve tras el tratamiento médico. Describimos el caso de una paciente joven con una PAI que se presentó como un inicio de epilepsia con alteraciones en la RM compatibles con SEPR.

Se trata de una mujer de 23 años sin antecedentes de interés que presenta pérdida de conciencia seguida de 2 crisis tónico-clónicas que ceden tras tratamiento con midazolam. Al llegar a urgencias se realiza una tomografía computarizada craneal y analíticas, que eran normales, salvo una leve hiponatremia. Remitida a estudio ambulatorio con levetiracetam tras 24 h de observación, vuelve al hospital al día siguiente tras sufrir otra nueva crisis y síntomas de desorientación y agitación que precisaron tratamiento con haloperidol. Se decide ingresar en Neurología para completar el estudio. Los estudios básicos bioquímicos y hematológicos no revelaron ninguna anomalía (vitamina B₁₂, ácido fólico, coagulación y metabolismo del hierro), así como las serologías, hemocultivos, autoinmunidad y punción lumbar. Sin embargo, la paciente