



N° 0160

PAQUIMENINGE HIPERTRÓFICA IDIOPÁTICA (PHI)

Dra. Johanna Carolina Pino V.

Dra. Estela Gómez

Dr. Kevin Cabezas

Buenos Aires, Argentina. jocaro_18@hotmail.com

Departamento de Imágenes

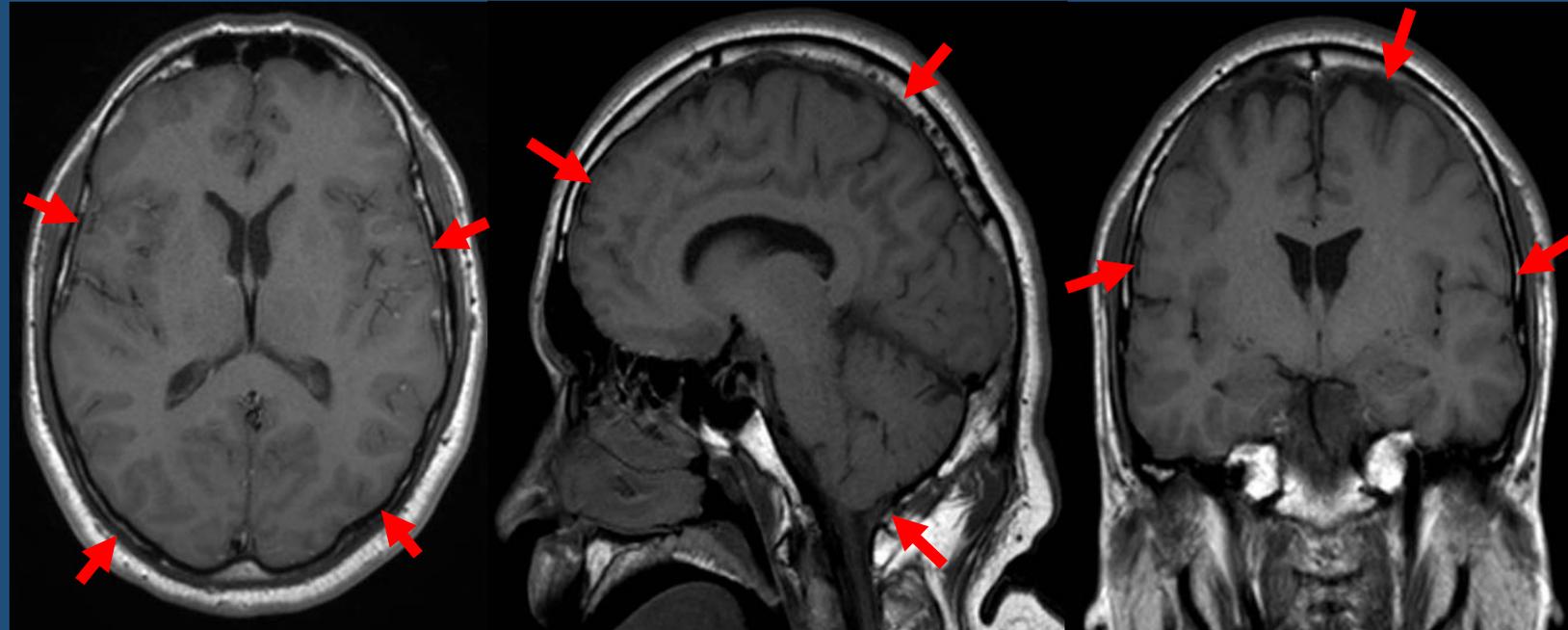
No se declaran conflictos de interés de los autores.

PRESENTACIÓN DEL CASO

❑ Masculino de 44 Años, consulta a guardia por dos meses de cefalea holocraneana pulsátil focalizada en hemicara derecha asociado a mareos, náuseas y acúfenos que se intensifican la última semana, único antecedente tabaquismo.

❑ **Al examen físico:** alerta y afebril. Como único hallazgo diplopía a movimientos bruscos.

❑ **Laboratorio:** hemograma y perfil infeccioso normal, punción lumbar, Anti cuerpos Anti-neurona, Anca y cultivos negativos.



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

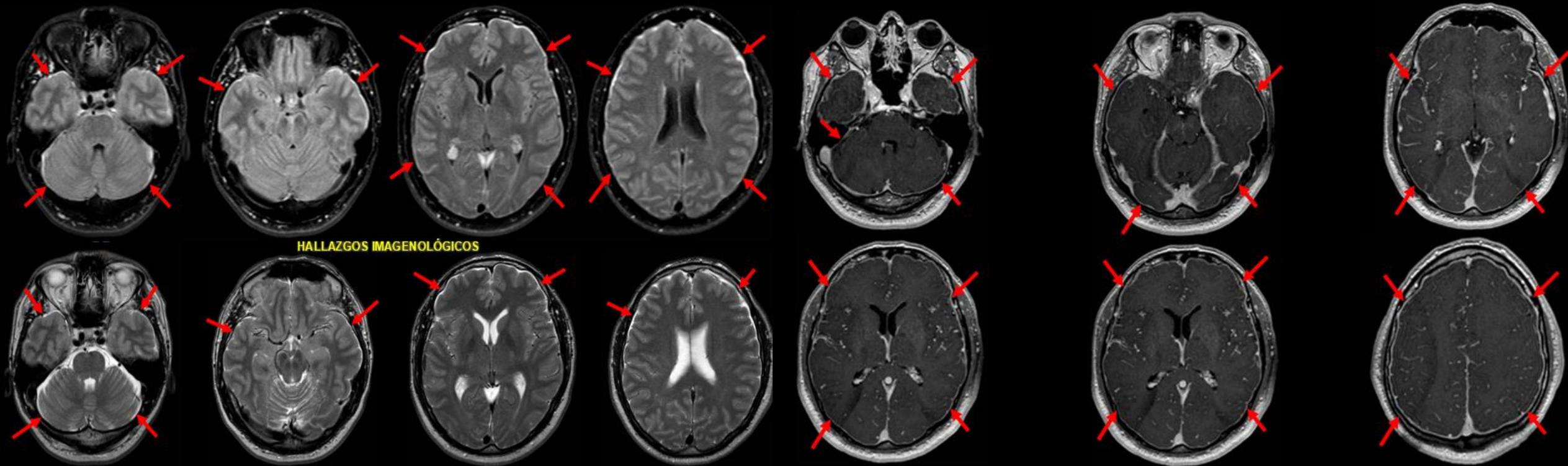
RMN corte axial secuencia T1, se observa meninges isodensas y engrosadas



RMN Cerebro con Gadolinio

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

A



B

RMN corte axial secuencia Flair (A) y T2 (B), se observa meninges hiperintensas y engrosadas

RMN corte axial secuencia T1 con Gadolinio donde se observa realce de las meninges tanto supra e infra tentorial

DISCUSIÓN

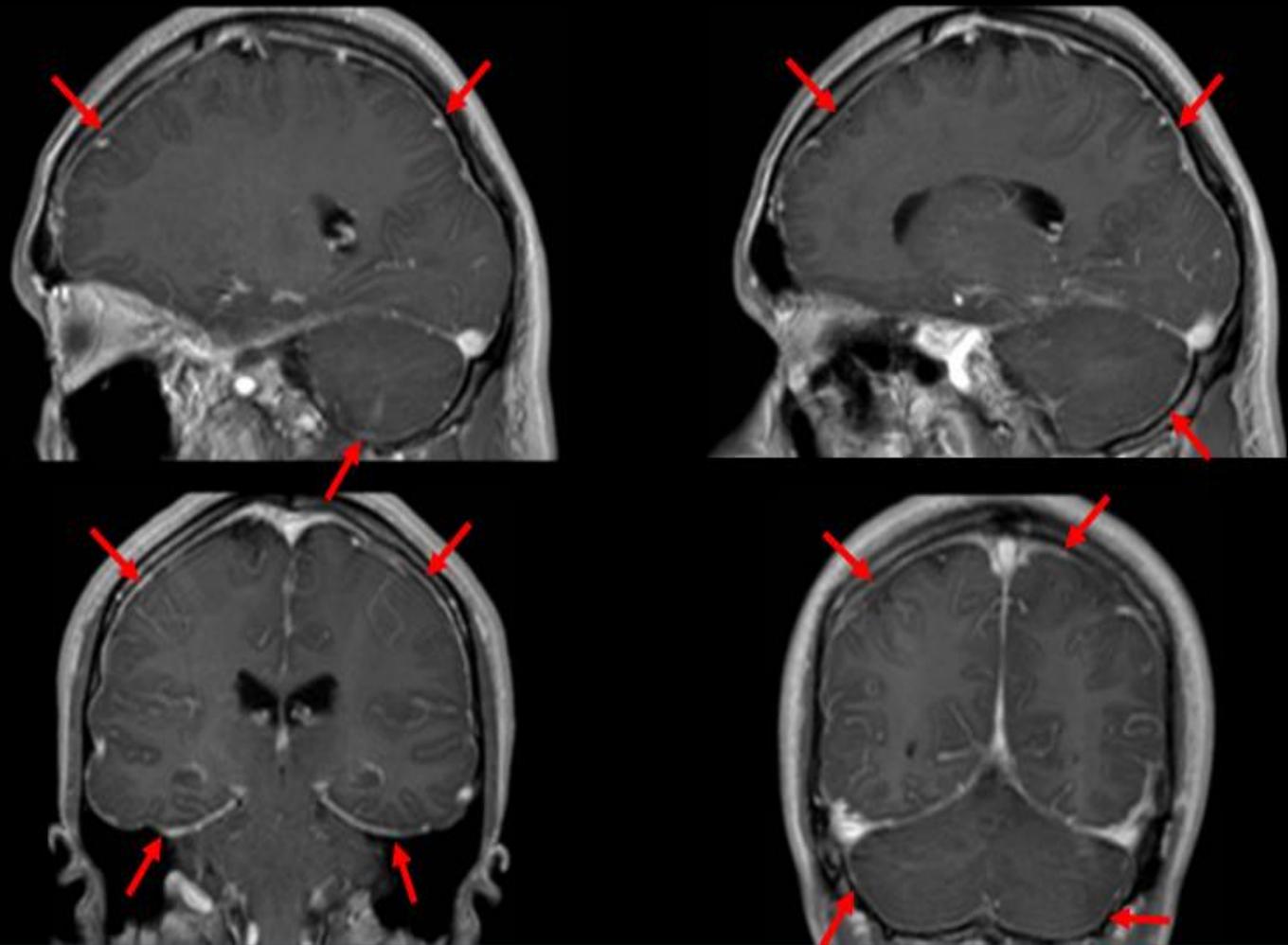
❑ La **PHI** es un trastorno fibrosante raro que afecta la duramadre con un engrosamiento difuso o focalizado sin causa aparente por lo que su diagnóstico es por exclusión.

❑ El síntoma más frecuente es la cefalea holocraneana, seguido del compromiso de pares craneanos (VIII, II, III, IV y VI).

❑ Esta es una patología poco frecuente y su causa se relaciona con alteraciones del tejido conjuntivo y se postula una inflamación sistémica autoinmune.

El método de elección para su diagnóstico es la **RMN con gadolinio** donde podemos observar:

- ❑ La meninge engrosada supra o infratentorial
- ❑ Isodensa en secuencia T1 e hiperintensa en T2
- ❑ Al paso del Gadolinio realce homogéneo mayor de 2 mm continuo y puede existir edema adyacente



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

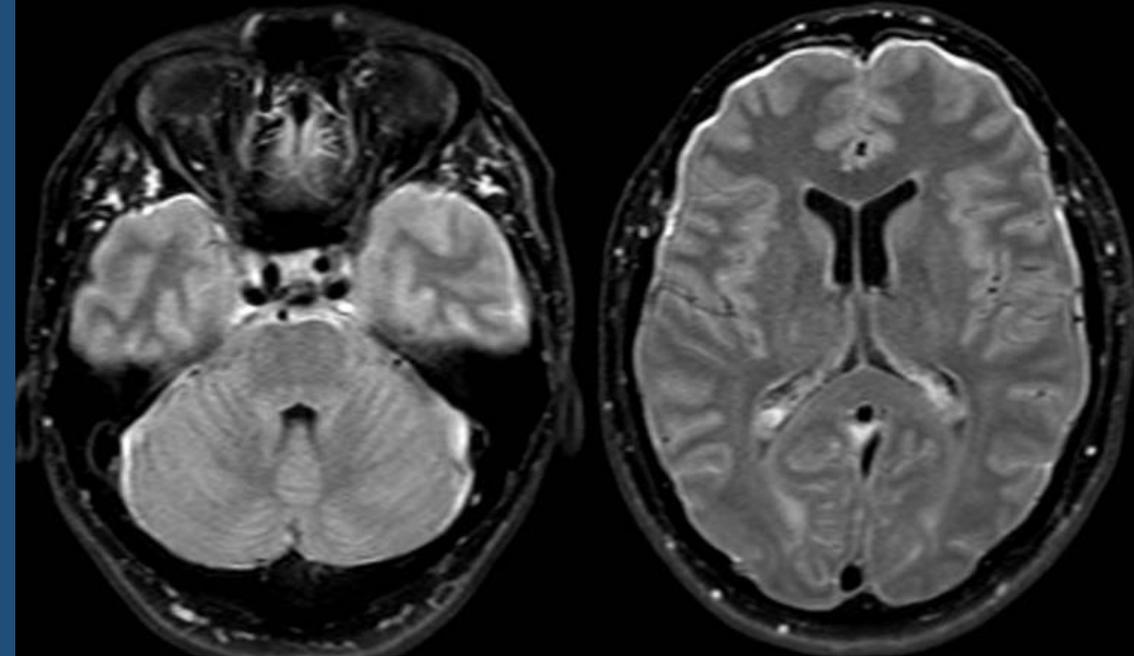
RMN corte sagital y coronal secuencia T1 con Gadolinio, donde se observa realce de las meninges.

❑ Formas de presentación según la región comprometida: craneal (la más frecuente), espinal y cráneo-espinal.

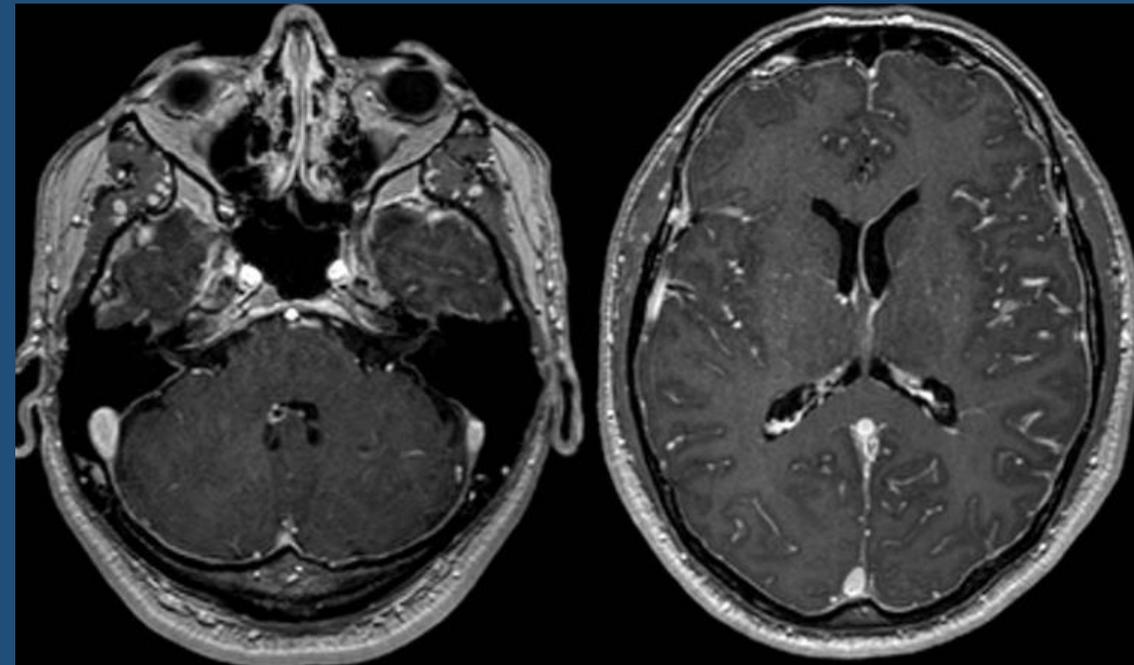
❑ En los laboratorios puede haber aumento de la eritrosedimentación y en el LCR pleocitosis a predominio linfocitario e hiperproteinorraquia.



**Control de la RMN al mes posterior a la internación
Sin cambios, paciente asintomático**



RMN corte axial, secuencia Flair donde se observa meninges hiperintensas y engrosadas y T1 con gadolinio donde se observa realce de las mismas



CONCLUSIÓN

En nuestro caso el paciente cursa con la clínica inespecífica, con un perfil infeccioso, inflamatorio y toxico negativo donde la realización de la RMN permite llegar al diagnóstico final.

BIBLIOGRAFÍA

- José Luis Mera C.1 Ana María Granados 2 Juan Sebastián Toro 3 Daniel Ospina Delgado 4 Andrés Felipe Borrero González. Caracterización del realce meníngeo intracraneal. Rev. Colomb. Radiol. 2017; 28(3): 4709-16.
- Juan Pablo Tartari, Juan Ignacio Rojas, Marina Romano, Liliana Patrucco, Daniel Doctorovich y Edgardo Cristiano. Paquimeningitis hipertrófica idiopática: una causa de cefalea refractaria. Servicio de Neurología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. Vol. 27 N° 1, marzo 2007
- Flores Silva Fernando Daniel,* Reyes Melo Isael R. Paquimeningitis hipertrófica . Departamento de Neurología y Psiquiatría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Revista Mexicana de Neurociencia. Julio-Agosto, 2011; 12(4): 200-203.
- Jairo Lizarazo 1,2, Edgar Parra 3 , Patricia Gutiérrez 1 , Carlos Mora 1 , Juan Vargas. Paquimeningitis craneal hipertrófica idiopática. Biomédica 2004;24:125-32