

LESIONES QUÍSTICAS BENIGNAS INTRACRANEALES MÁS COMUNES - NUESTRA EXPERIENCIA

AUTORES:

Juan Pablo CAMACHO CALDERON, Rodrigo Emmanuel LUJAN GARCIA, Kory Anahí REINOSO TRUJILLO, Mathew MERIÑO MANTILLA, Matías Enrique SCHERER, Oscar MONTAÑA.

Departamento de Diagnóstico por Imágenes- DIM centros de diagnóstico.

La totalidad de los autores declaran que no poseen conflictos de interés.



Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.
Mail: schermatias@gmail.com



PROPÓSITO

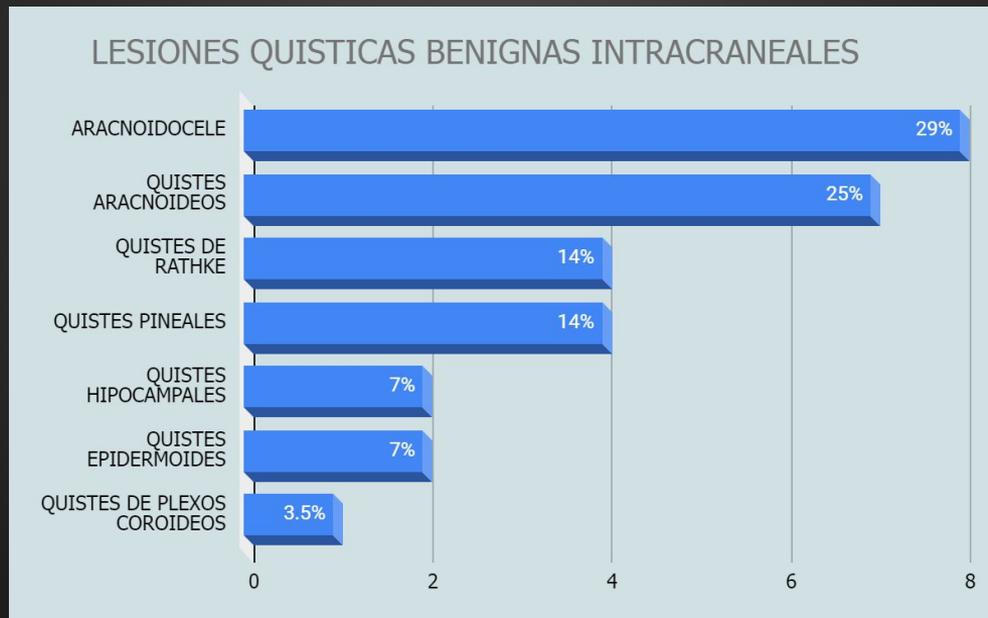
- Conocer las lesiones quísticas intracraneales más frecuentes en nuestra institución y su prevalencia con respecto a la literatura actual.
- Adquirir el conocimiento y realizar un acercamiento diagnóstico de dicho hallazgo imagenológico y del potencial maligno de una lesión quística por exclusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Se realizó una revisión retrospectiva de 2043 pacientes a los cuales se les realizó RM/TC de cerebro entre los meses de mayo del 2022 hasta febrero del 2023 con resonadores de alto campo en 8 equipos de 1.5 y un 3 Tesla, seleccionando aquellos con hallazgos incidentales de lesiones quísticas intracraneales de aspecto benigno, y excluyéndose pacientes con antecedentes de cirugía intracraneal relacionada con el sitio evaluado y menores de 16 años.

RESULTADOS

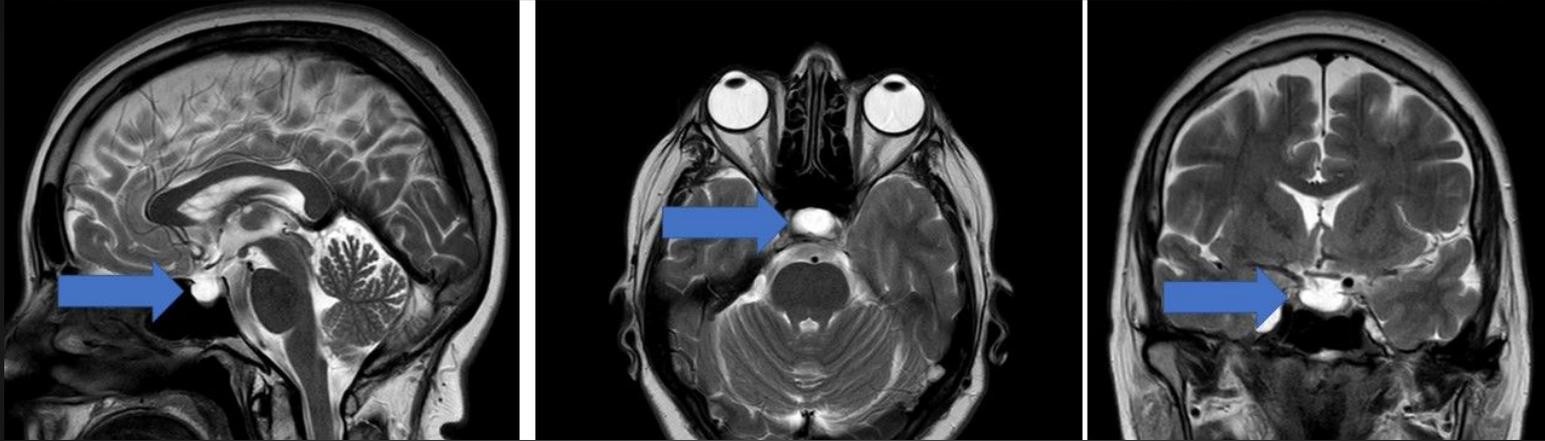
De los 2043 pacientes estudiados con resonancia magnética y tomografía computarizada de cerebro, se encontró como hallazgo incidental lesiones compatibles con quistes intracraneales de características benignas en 28 (1.4%) de los casos, distribuidos de la siguiente manera:



RESULTADOS

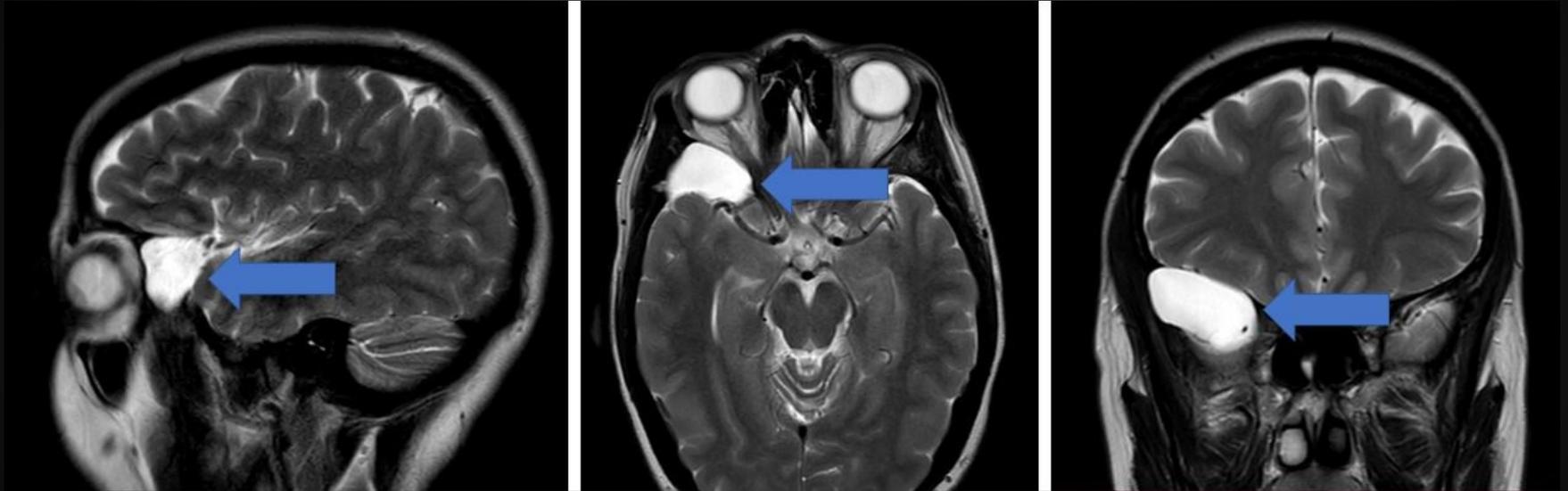
- Las lesiones quísticas intracraneales son hallazgos comunes en los estudios imagenológicos de cerebro, por lo que es importante que el radiólogo esté familiarizado con este tipo de lesiones.
- A continuación se describen las imágenes quísticas más relevantes evidenciadas de forma incidental en nuestros pacientes para tener herramientas y poder discernir entre una lesión maligna y una imagen quística de características benignas.

ARACNOIDOCELE SELAR



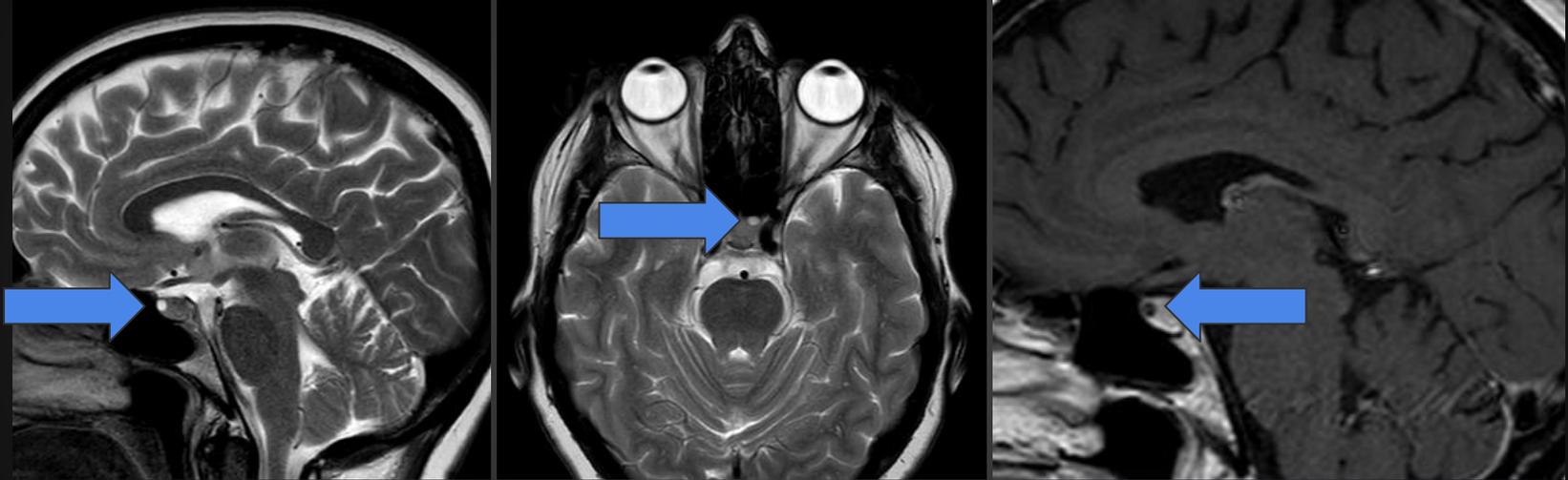
Llamado también síndrome primario de la silla turca vacía, se define como la herniación del diafragma selar, que permite el ingreso del LCR hacia la cavidad que alberga la hipófisis, por lo que son lesiones que siguen la señal del LCR en todas las secuencias, sin presentar restricción de difusión ni realce. En FLAIR el líquido intraselar se suprime completamente. Plantean un diagnóstico diferencial con quistes de la bolsa de Rathke y craneofaringioma.

QUISTE ARACNOIDEO



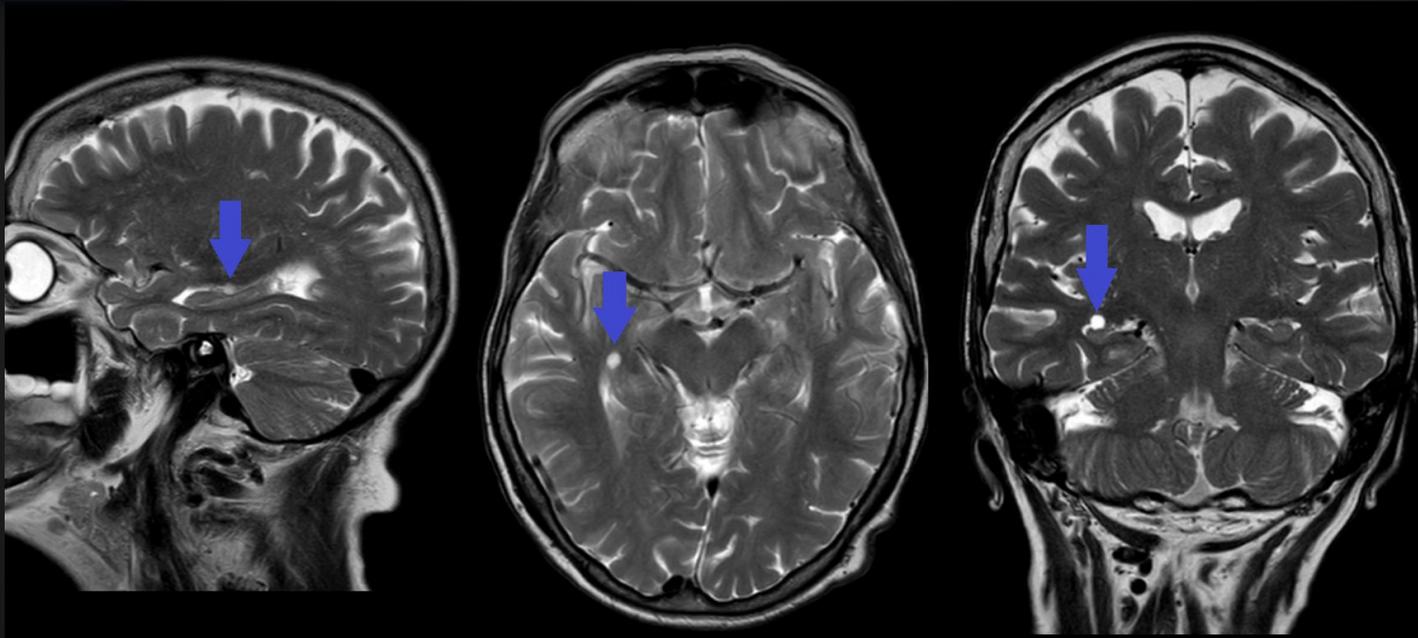
Es un quiste extraaxial, sin comunicación con el sistema ventricular, lleno de LCR, por lo que sigue su misma intensidad de señal en todas las secuencias, tiene supresión completa con FLAIR, no realza con CIV y no restringe en DWI. Más comúnmente ubicados en la fosa craneana media y categorizados con la escala Galassi que en este caso es de tipo I. Plantea un diagnóstico diferencial con el astrocitoma quístico y metástasis quísticas.

QUISTE DE RATHKE



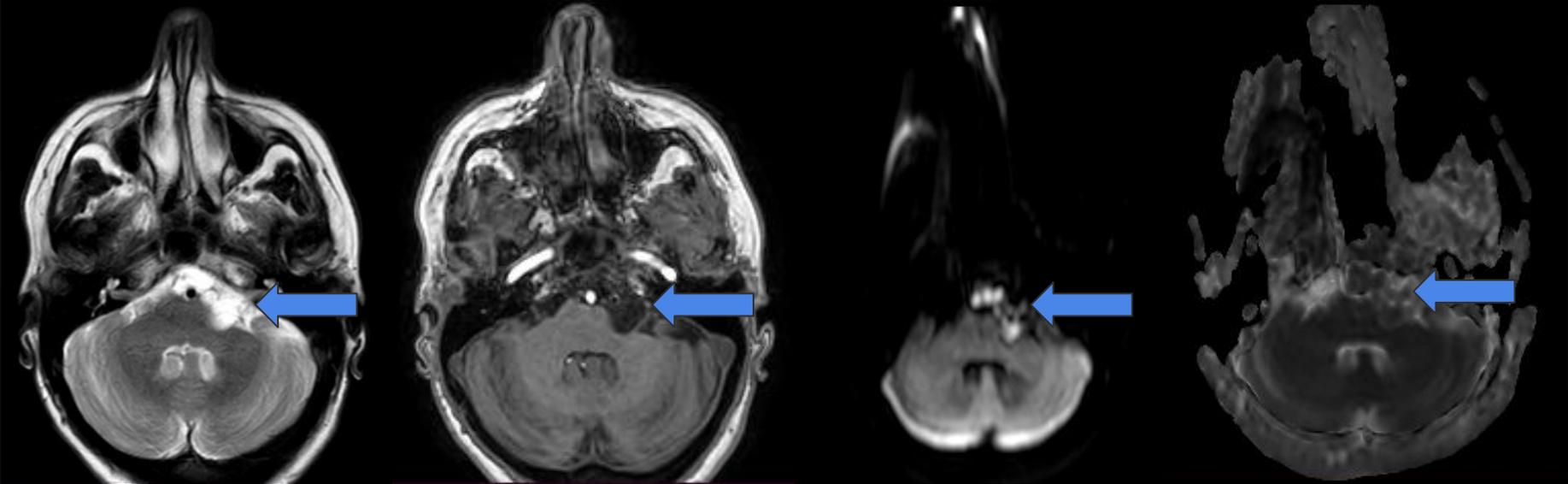
Los quistes de la bolsa de Rathke son formaciones quísticas derivadas de restos embrionarios, son totalmente delimitados por epitelio y si contienen material mucosoide son hipertensos en T1, en cambio si el contenido es seroso, son hipointensos en T1 e hiperintensos en T2. Generalmente son intraselares (entre los lóbulos anterior y posterior de la hipófisis) pero un tercio de ellos crece lentamente y se extienden a la región supraselar. Plantean un diagnóstico diferencial con aracnoidocele selar.

QUISTE DEL SURCO HIPOCAMPAL



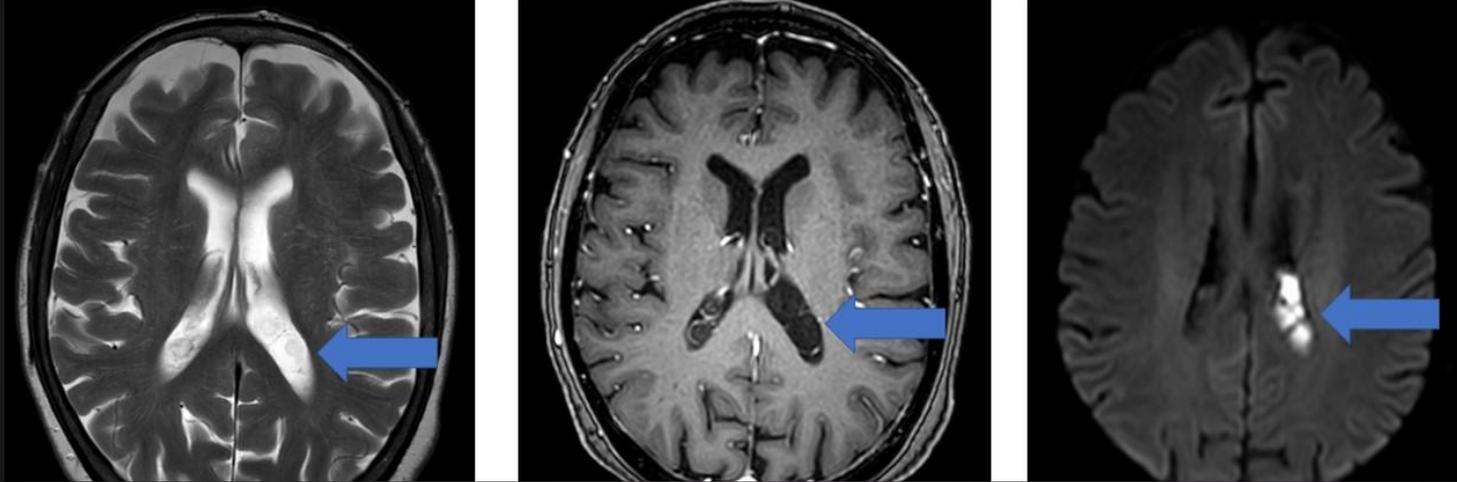
Hallazgo incidental en los restos del surco hipocampal primitivo, que es una estructura que normalmente se oblitera con el desarrollo. Suelen ser múltiples, pequeños, bilaterales a lo largo del margen lateral de los hipocampos, con la misma intensidad de señal que el LCR en todas las secuencias, supresión completa con FLAIR, sin realce con CIV ni restricción en DWI. Plantea un diagnóstico diferencial con esclerosis temporal mesial y tumor neuroepitelial disembrionario.

QUISTE EPIDERMOIDE

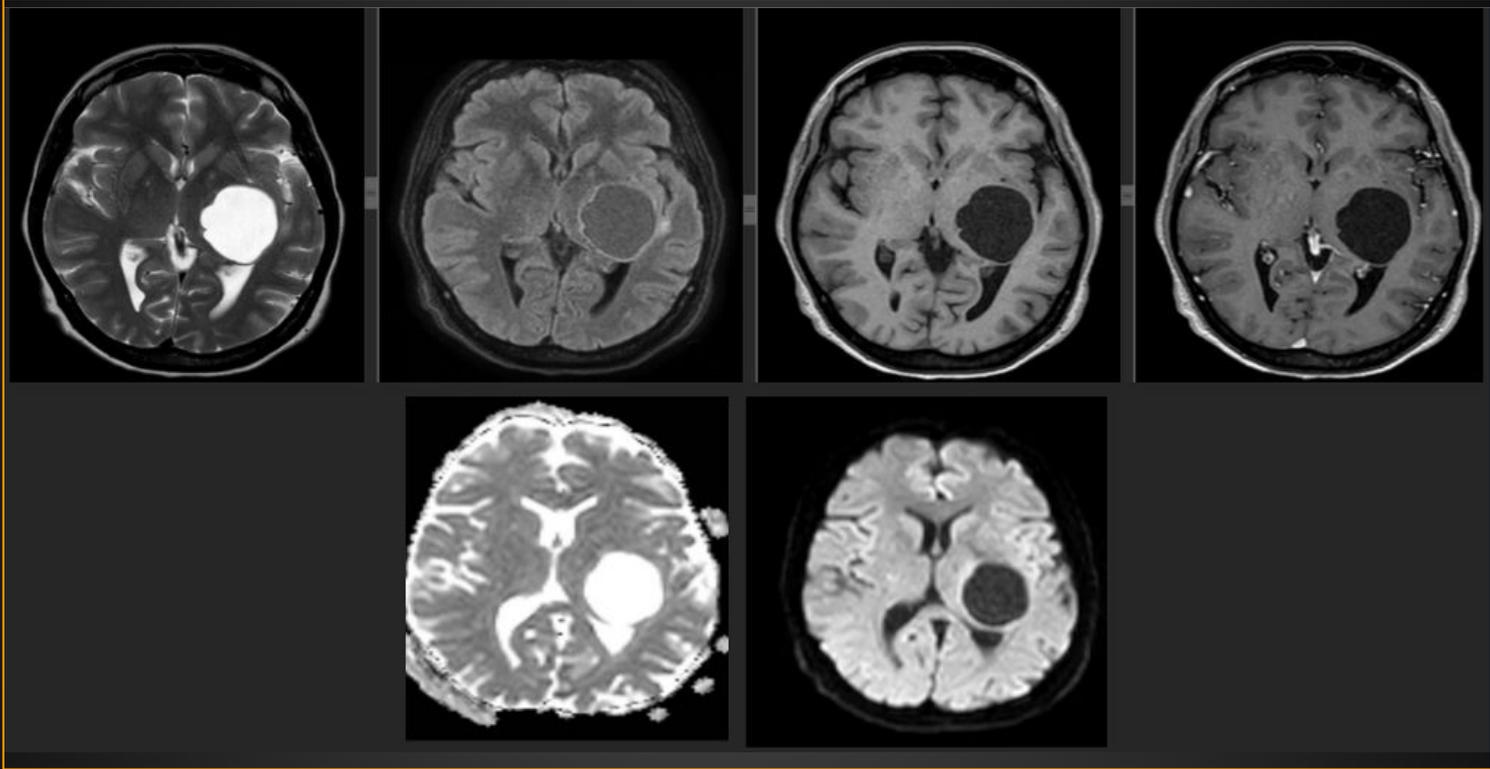


Son tumores embrionarios benignos originados por la inclusión de elementos epiteliales en el momento del cierre del tubo neural, dichas lesiones se observan hipointensas en secuencia T1 e hiperintensas en T2 con restricción en secuencia de difusión y caída de la señal en mapa de ADC. Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial los quistes dermoides, Schwannomas con degeneración quística y quiste aracnoideos.

QUISTE DE LOS PLEXOS COROIDEOS



Son los quistes neuroepiteliales más comunes y no se comportan como LCR, presentándose iso o hiperintensos en T1 e hiperintensos en T2, pueden restringir en secuencia de difusión en un 65%, algunos presentan un realce periférico tras la administración de gadolinio. Plantean un diagnóstico diferencial con el infarto agudo de los plexos coroideos.

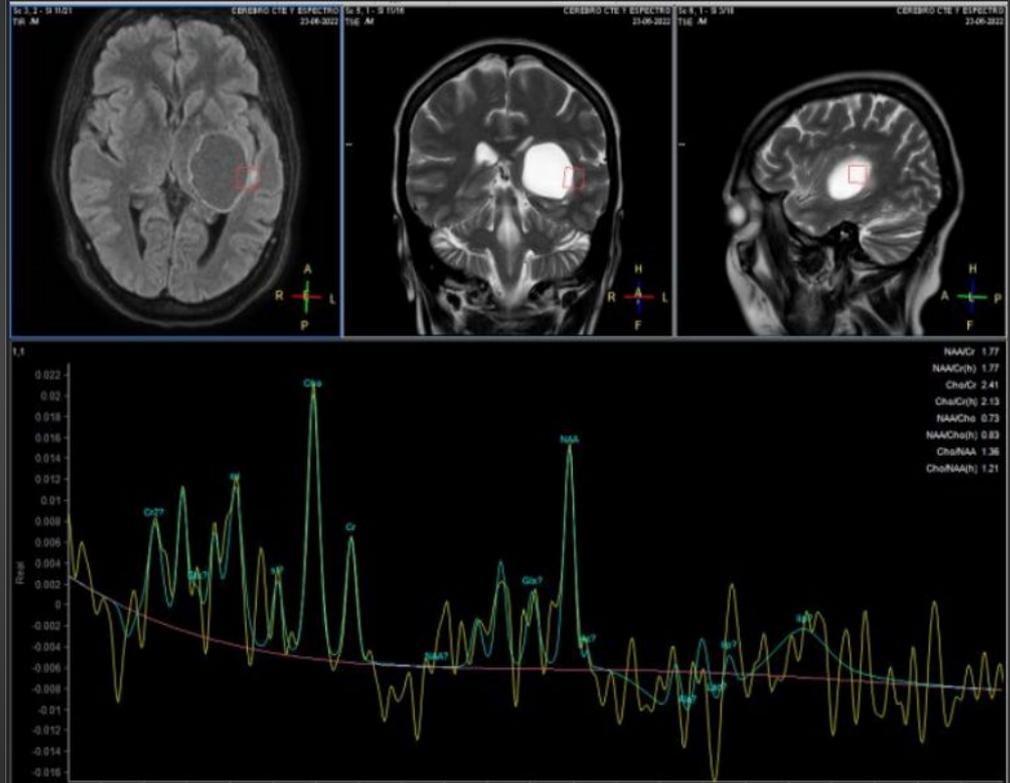


Es deber del médico radiólogo estar en capacidad para diferenciar las lesiones quísticas benignas, conocer su ubicación, epidemiología y características para realizar un adecuado diagnóstico diferencial con entidades de estirpe maligno.

Astrocitoma IDH mutado de bajo grado

Lesión quística de bordes bien definidos sin edema periférico, nótese que presenta una pequeña imagen nodular adyacente que al ser evaluada con espectroscopia de eco largo presenta elevado pico de colina, aumento del cociente colina/creatina y presencia de mioinositol.

Dicha imagen presenta características de lesión de estirpe Glial de bajo grado.



CONCLUSIONES

- Es de vital importancia para el radiólogo conocer la prevalencia y características imagenológicas de cada tipo de lesión quística intracraneal, para realizar un acercamiento diagnóstico a dicho hallazgo y tener las herramientas necesarias para diferenciarlas de lesiones quísticas con potencial maligno.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Uriarte Rodriguez, M. G. (2018). Lesiones Quísticas Intracraneales Benignas y Malignas en el Adulto. SERAM.
- Alexander Rodas Ocampo, N. R. (2021). Lesiones de la Región Pineal: Anatomía y Semiología Radiológica. SERAM.
- M. Leal Cala, M. G. (2017). Lesiones Quísticas Cerebrales no Neoplásicas. Claves y Pistas para su Diagnóstico Diferencial. ELSEIVER.
- Maria Esther Gómez San Martín, J. O. (2022). Revisión de las Lesiones Quísticas Cerebrales: Una rápida aproximación para el radiólogo. SERAM.
- Osborn, A. G. (June 2006). Intracranial Cyst: Radiologic Pathologic Correlation and Imaging Approach. En M. M. Preece. Number 3: MD Radiology.
- Rebeca Vara Cilla, T. C. (2020). Lesiones Quísticas Primarias Cerebrales no Neoplásicas, lo que el radiólogo necesita saber. SERAM.
- Pablo Sartori, Nicolás Sgarbi. Lesiones Oncológicas Intracraneales de Apariencia Quística. (2020) Departamento Clínico de Radiología, Hospital de Clínicas de Montevideo, Montevideo, Uruguay. Revista Argentina Radiológica 85; 11-20.