

(Presentación de caso)

Presentación de un caso de meningocele adquirido

Escuela Latinoamericana de Medicina

Benjamín Arenas Falcón¹, Natacha Sandín Hernández², Olga Franco Alvarado³.

¹Máster en Salud Pública, Médico Especialista de 1er y 2do Grado en Medicina General Integral, Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. ²Médico Especialista de 1er y 2do Grado en Imagenología, Profesora Auxiliar, Hospital Pedro Borrás Astorga. ³Máster en Informática en Salud, Ingeniera Hidrógrafa-Oceanógrafa, Profesora Auxiliar e Investigador Agregado.

RESUMEN

El meningocele es una herniación de las membranas que recubren al encéfalo, por un defecto congénito o adquirido del cráneo. El congénito se debe a un defecto del tubo neural atribuido a una interacción de varios genes y factores ambientales, y el adquirido a la herniación a través de un orificio creado por un traumatismo craneal, que en ocasiones no se identifica. El caso que se presenta, luego de realizado el examen clínico y los exámenes imagenológicos correspondientes, se planteó como un síndrome tumoral y nosológicamente un meningocele frontal. La paciente actualmente, dado el pequeño diámetro del defecto óseo, está sometida a una conducta conservadora con seguimiento semestral clínico y por ultrasonido, para observar su evolución antes de decidir una terapéutica quirúrgica.

Palabras clave: Meningocele; Granuloma Eosinófilo; Sistema Nervioso Central.

INTRODUCCIÓN

El meningocele frontal es una herniación de las membranas que recubren al encéfalo por un defecto congénito o adquirido del cráneo, localizado en la región frontal (1). Clínicamente se reconoce como una masa que puede ser o no intermitente. El contenido en su interior determina su clasificación en: meningocele, cuando solo contiene meninges, o encefalocele cuando además contiene tejido cerebral. Desde el punto de vista semiológico es una lesión que se puede reducir con la presión o los cambios de posición, la presencia de signos de focalización neurológica depende del compromiso de estructuras cerebrales implicadas en el defecto. El meningocele anterior es una entidad poco frecuente, su incidencia varía según el área geográfica, en occidente es de 1/35 000 a 1/40 000, se incrementa en los países asiáticos y se notifica hasta 1/5 000 nacidos vivos (2).

Su etiología responde a dos grupos fundamentales, la primera, a una enfermedad congénita clasificada entre los defectos del cierre del tubo neural, atribuida a una interacción de varios genes y factores ambientales (1), y la segunda, a un defecto adquirido del hueso frontal, generalmente por causas traumáticas en la infancia.

La evolución natural del meningocele es hacia la fisura de la membrana que lo recubre, con la consecuente fístula del líquido cefalorraquídeo e infección del sistema nervioso central (3, 4).

El diagnóstico clínico se realiza a través del examen físico acompañado de la realización de los estudios imagenológicos y neurofisiológicos, como la tomografía

axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo y el electroencefalograma (EEG), para determinar el contenido del saco herniario y su posible afectación neurológica, con vistas a decidir la conducta definitiva y establecer el pronóstico de los pacientes. La corrección temprana del saco herniario puede evitar complicaciones derivadas de daños locales, como es el caso de las hidrocefalias comunicantes por disminución de la reabsorción del líquido cefalorraquídeo e infecciones del sistema nervioso central (4, 5).

Se describe el caso de una niña de 7 años, que acude a consulta por un tumor en la región frontal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente escolar de 7 años de edad, con antecedentes de salud de haber sido llevada un mes atrás al cuerpo de guardia de un hospital de La Habana, al observar la madre un aumento de volumen en la región de la frente. Al examinarla, el médico atribuye a la lesión un origen traumático. No obstante, el único elemento que la madre asocia con la alteración observada, es un proceso catarral que le obliga a colocarle a la niña en la frente, fomentos fríos y antiinflamatorios, durante una semana.

Al notar que el proceso no mejora la paciente es llevada nuevamente al mismo centro hospitalario donde se atiende por consulta externa. Se le indica radiografía de cráneo anteroposterior y lateral, los cuales se informan como negativos, y una TAC de cráneo que también se informa como negativa. Se indica valorar por el especialista en maxilofacial, quien como impresión diagnóstica plantea la



Figura 1. Tomografía axial computarizada realizada a la paciente donde se observa la cavidad de la región frontal llena de líquido.

presencia de un quiste en la región de la frente y le indica una BAFF.

Posterior a la valoración por el maxilofacial, la paciente es traída a la Clínica de Ozonoterapia, del Centro Nacional de Investigaciones Científicas, donde se realiza nuevamente la valoración del caso y se ratifica la presencia de una lesión ovalada en la frente, de aproximadamente 3 a 4 cm.

Al examen físico se aprecia un aumento de volumen en la región medial del hueso frontal, sin cambios de coloración de la piel, lesión no dolorosa a la palpación, que se reduce al hacer presión y aumenta con los cambios posturales y los esfuerzos; se acompaña de una depresión del hueso frontal, perfectamente palpable.

El resto del examen físico se comporta dentro de los parámetros normales.

Como conducta inicial se decide diferir la BAFF previa consulta con la patóloga y continuar el estudio a través de otros medios diagnósticos.

Se le realizan a la paciente los siguientes exámenes imagenológicos: TAC: se aprecia una cavidad en la región frontal, con solución de continuidad en el hueso frontal, coincidente con el área de la cavidad. No se observan otras alteraciones a nivel del encéfalo ni los ventrículos (figura 1); RMN: se constata la solución de continuidad en el hueso frontal pareciendo corresponder con una fractura, la cavidad está en la misma región, y no se aprecia comunicación a ventrículos ni otras anomalías encefálicas (figura 2); ultrasonido con doppler de partes blandas: se observa imagen ecolúcida de partes blandas, de 18 x 6 mm, tabicada en su interior, solución de continuidad del reborde óseo de 1,6 mm del lado izquierdo que comunica con la cavidad. Se observa flujo de color a nivel de la

comunicación, lo cual sugiere el paso de líquido hacia afuera y dentro de la lesión (figura 3).

Conclusión diagnóstica: meningocele frontal adquirido.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los datos aportados por los familiares de la paciente, los resultados del examen físico y de los medios diagnósticos, especialmente del ultrasonido con doppler, se planteó un síndrome tumoral dado por el aumento de volumen de la región frontal. Nosológicamente se concluyó como un meningocele de la región frontal, con comunicación hacia el espacio subaracnoideo y paso del líquido cefalorraquídeo al interior de la cavidad (3).

Se realizó el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones a nivel del hueso frontal como son: quiste dermoide, lipoma, tumores del músculo o del hueso y hematoma subcutáneo, ya que estas entidades son clínicamente imposibles de reducir manualmente, además no se relacionan con solución de continuidad a nivel óseo. Se descartó la persistencia de la sutura metópica ya que la solución de continuidad se aprecia desplazada hacia el lado izquierdo, no correspondiéndose con la misma. Se descartó el hemangioma de la región frontal ya que generalmente estos cursan con cambios de coloración a nivel local y no se asocian a soluciones de continuidad a nivel del hueso (6). Por último, se descartó el granuloma eosinófilo como entidad importante en esta localización, por la no correspondencia con las características clínicas de este tumor y, además, por la imagen de la lesión que generalmente rebasa la lámina interna del hueso (7).



Figura 2. Resultado de la resonancia magnética donde se aprecia (señalado por la flecha) el trayecto a nivel del hueso.

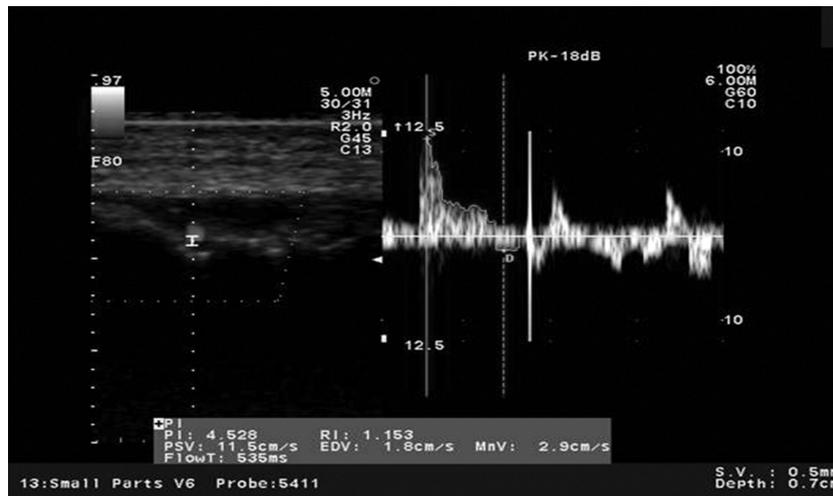


Figura 3. Imagen del ultrasonido con doppler donde se aprecia el patrón de flujo de líquido hacia el interior de la cavidad en región frontal.

Actualmente, se decidió por parte del equipo multidisciplinario que atiende a la paciente, adoptar una actitud conservadora dado el diámetro tan pequeño

del defecto óseo, con seguimiento evolutivo semestral, examen clínico y ultrasonido de partes blandas antes de decidir una conducta quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almirón JF, Arévalo MJ, Bellazzi MV, Fernández Ávalos NG. Encefalocele fron-tonasal: reporte de un caso clínico. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2009;195:13-16.
2. Aguiar MJB, Campos AS, Aguiar RAL, Lana AMA Magalhães RL, Babeto LT. Neural tube defects and associated factors in live born and stillborn infants. *J Pediatr*. 2003;79(2):129-34.
3. Rodríguez Loureiro JL, González Benítez N, Monagas Docasal M, Pérez Ortiz L, Guerra Sánchez R. Diagnóstico clínico y tratamiento quirúrgico de un meningocele occipital. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2011 [acceso: julio 2013]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema16.htm>
4. Camejo MM, Pérez VA, Rodríguez RL. Meningocele cervical: Presentación de un caso. *Rev. Ciencias Médicas*. 2012;16 (3):288-298.
5. Zenoglu M, Yilmaz Z. Cervical meningocele in a trethere cord in a seven years old child. Case report. *The Internet Journal Pediatrics and Neonatology*. [Internet] 2006 [acceso: julio 2013];10(1). Disponible en: <http://ispub.com/IJPN/10/1/8894>
6. De Kok E, Martín R, Pasquali P, Trujillo B. Hemangiomas en la infancia: Estudio retrospectivo en el Hospital Oncológico «Luis Razetti». Enero 2000, diciembre 2004. *Rev Derm Venezolana*. 2005;43(1):16-18.
7. Franjul MA, Cerón N, Aquino R et al. Granuloma eosinófilo: presentación de un paciente de nueve años de edad con lesión frontal única. *Rev Med Dom*. 1998;59(1);56-61.

Acquired meningocele. Case presentation

SUMMARY

Meningocele is a herniation of the membrane that covers the encephalon due to congenital or acquired defect of the skull. The congenital defect because of a neural tube defect what is attributed to various gene and environmental factors, and the acquired defect for the herniation through an orifice made by a cranial traumatism, not reduced on occasions. After the corresponding clinical and imaging examinations were performed, the case presented was referred as a tumoral syndrome and nosologically a frontal meningocele. At present, the female patient due to the small diameter of the bone defect is subjected to a conservative conduct with a half-yearly clinical follow-up by ultrasound, to observe her evolution before deciding a surgical therapy.

Key words: Meningocele; Eosinophilic Granuloma; Nervous Central System.

Dirección para la correspondencia: Dr. Benjamín Arenas Falcón. Carretera Panamericana Km 3 ½ Santa Fe Playa, La Habana, CP 19148

E-mail: benjaminaf@infomed.sld.cu