

# QUISTE LEPTOMENINGEO. HALLAZGOS EN TC Y RM

Drs. Francisco Javier de Castro G<sup>(1)</sup>, José Francisco Asensio C<sup>(1)</sup>, María Teresa Adeva B<sup>(2)</sup>, Paloma García I<sup>(1)</sup>.

1. Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente 58-182. 37007. Salamanca. España.

2. Unidad de Neurología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres). España

**Abstract:** Traumatic leptomeningeal cyst as a complication of skull fractures was initially thought to occur primarily in the pediatric population. The occurrence of a traumatic leptomeningeal cyst in the adult population is rare. We report the case of a 47 year old male. He presented complaining of loss of sensation in the right arm and desviation of the mouth, from which he recovered within an hour. Neuro-imaging studies showed irregular destruction of the right temporal bone and hypodensity of the underlying brain tissue. Surgical operation and histological study of the bone removed showed that it was a leptomeningeal cyst, associated with a cerebral infarct.

**Key words:** Growing skull fracture, Head injury, Leptomeningeal cyst.

**Resumen:** El quiste leptomeníngeo es una complicación de las fracturas craneales que ocurre mayoritariamente en población pediátrica. La existencia del mismo en adultos es rara. Presentamos el caso de un varón de 47 años que mostró un cuadro de acorchamiento en miembro superior derecho y desviación de la comisura bucal del que se recuperó en una hora. Los estudios de neuroimagen mostraron una destrucción irregular del hueso temporal derecho y una hipodensidad del tejido cerebral subyacente. La cirugía y el estudio histológico del hueso resecado mostraron que se trataba de un quiste leptomeníngeo asociado a un infarto cerebral.

**Palabras claves:** Fractura craneal evolutiva, Quiste leptomeníngeo, Traumatismo craneal.

## Introducción

El quiste leptomeníngeo (QLM) es una complicación de la fractura de cráneo con

**De Castro FJ, y cols.** Quiste leptomeníngeo. Hallazgos en TC y RM. Rev Chil Radiol 2004; 10: 129-131 .

**Correspondencia:** Dr. Francisco Javier de Castro G.  
Avda. Salamanca N° 52 4 Dcha. 923239636  
MATFCOJ@mailpersonal.com

compromiso de la duramadre, que habitualmente se observa en niños de corta edad y que suele manifestarse como una tumoración que crece durante el desarrollo del sujeto por lo que también se denomina fractura craneal evolutiva<sup>(1)</sup>. Los QLM son muy raros en adultos y se atribuyen a fracturas craneales sufridas en la infancia<sup>(2)</sup>.

Presentamos el caso de un paciente adulto con QLM, cuya única sintomatología consistió en un déficit neurológico transitorio.

## Caso clínico

Paciente del sexo masculino, de 47 años, sin antecedentes patológicos de interés. Acudió al servicio de urgencia por presentar de forma brusca, acorchamiento<sup>i</sup> y debilidad en miembro superior izquierdo. La clínica duro una hora con posterior recuperación completa. La exploración física general y neurológica fue normal. El estudio analítico sistemático (hemograma, bioquímica de sangre y coagulación) fue normal, así como el estudio de trombofilia (proteína C, proteína S, antitrombina III y factor V Leyden). Tampoco fueron patológicos el electrocardiograma, la radiografía de tórax, el eco-Doppler carotídeo y el electroencefalograma.

La tomografía computada (TC) craneal mostró destrucción ósea de la tabla interna con engrosamiento y lesiones hipodensas en el diploe (Figura 1). La resonancia magnética (RM) craneal confirmó las lesiones mostradas en la TC (Figura 2). El paciente fue intervenido quirúrgicamente, apreciándose en el hueso una línea horizontal, sugerente de fractura consolidada. A su través se apreció una lesión quística, que contenía LCR.

## Discusión

El QLM es una complicación rara de las fracturas craneales<sup>(3)</sup> y ocurre en aproximadamente un 1,6% de traumatismos de cráneo grave, es

*i Acorcharse: Embotarse la sensibilidad de una parte del cuerpo (Nota del editor).*

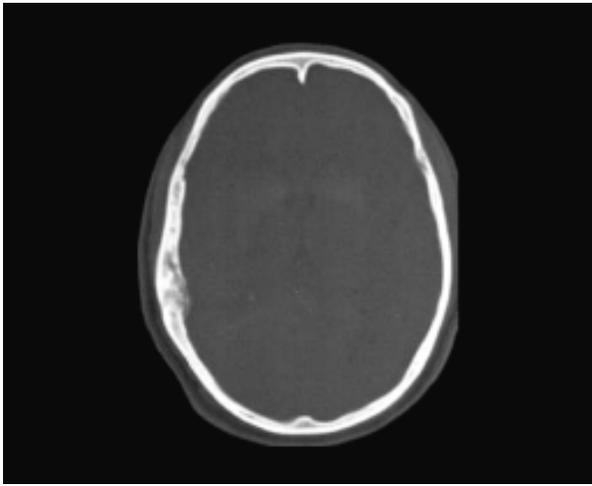


Figura 1a.

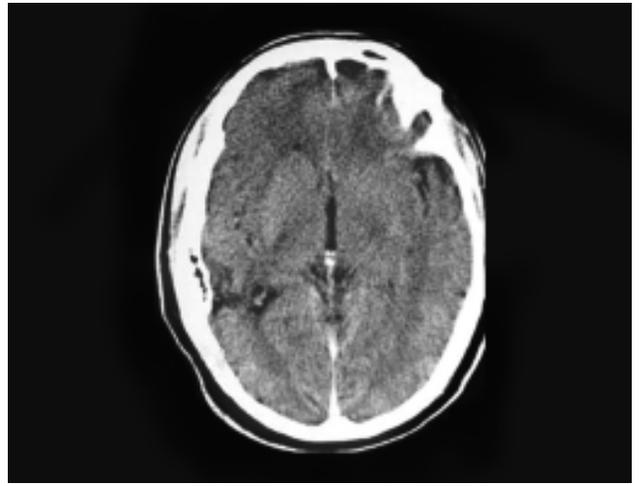


Figura 1b.

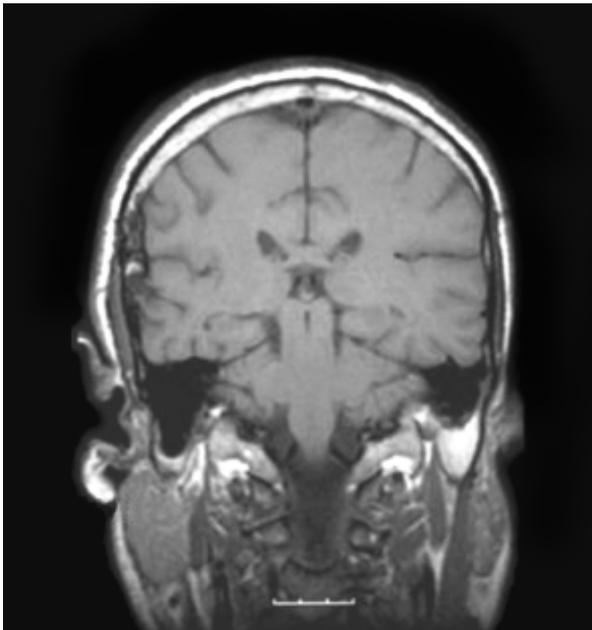


Figura 2a.

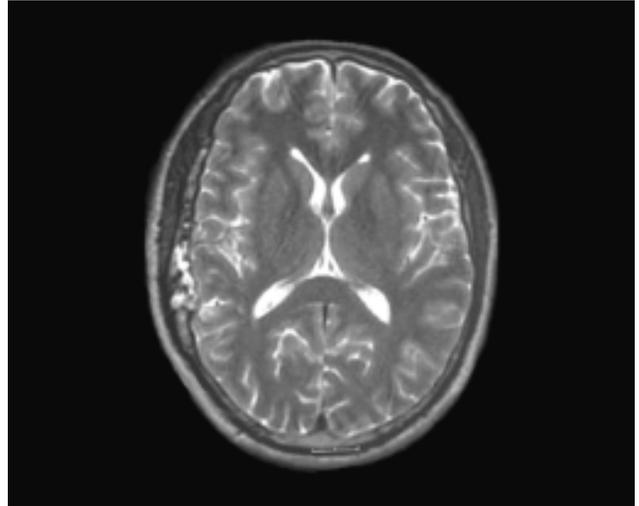


Figura 2b.

predominante en niños observándose un 80,5% de ellas en menores de 5 años<sup>(4)</sup>. Es secundaria a traumatismos con fractura craneal.

La localización más frecuente es la región parietal o fronto-parietal<sup>(4)</sup>, aunque se han descrito otras localizaciones como el hueso occipital<sup>(5)</sup>.

La fractura de cráneo evolutiva también puede tener un origen yatrogénico, secundario a cirugía<sup>(6)</sup>.

Generalmente las fracturas del cráneo curan por aposición progresiva de hueso sobre ambos lados de la línea de fractura. Ocasionalmente ésta se extiende rápidamente en el transcurso de la primera semana después del traumatismo o después de algunos meses o incluso años,

pudiendo desarrollarse un defecto y persistir indefinidamente a no ser que sea tratado correctamente. La herniación de las meninges y/o del encéfalo a través del defecto dural se ve favorecido por las pulsaciones del líquido cefalorraquídeo<sup>(7)</sup> sin que se haya asociado un aumento de la presión intracraneal. Con el crecimiento de la herniación se van erosionando los márgenes óseos a ambos lados de la línea de fractura ampliando el defecto óseo inicial<sup>(8)</sup>.

Se han publicado muy pocos casos de QLM en pacientes adultos y en casi todos existe un antecedente de traumatismo craneal en la infancia<sup>(2,9)</sup>. Reinterrogado nuestro paciente, recordó la existencia de dicho traumatismo en la niñez.

## Bibliografía

1. Addy DP. Expanding skull fracture of childhood. Br Med J 1973; 4: 338-9.
2. Britz GW, Kim DK, Mayberg MR. Traumatic leptomenigeal cyst in an adult: A case report and review of the literature. Surg Neurol 1998; 50: 465-9.
3. Naim-Ur-Rahman, Jamjoom Z, Jamjoom A, Murshid WR. Growing skull fractures: classification and management. Br J Neurosurg 1994; 8:667-79.
4. Gupta SK, Reddy NM, Khosla VK, Mathuriya SN, Shama BS, Pathak A, et al. Growing skull fractures: a clinical study of 41 patients. Acta Neurochir 1997; 139:928-32. Errata en Acta Neurochir 1998; 140: 519.
5. Escudero R, Pérez I, Roldán F, Canabal A. Fractura craneal evolutiva. Extensión intradiploica occipital del quiste leptomeníngeo. Radiología 2001; 43:287-289.
6. Villarejo F, Pascual-Castroviejo I, Dabdoub C, Bordes M, Jover P. Fractura evolutiva de cráneo yatrogénica. An Esp Pediatr 1977; 10:317-20.
7. Muhonen MG, Piper JG, Menezes AH. Pathogenesis and treatment of growing skull fractures. Surg Neurol 1995; 43:367-72.
8. Scarff TB, Fine M. Growing skull fractures of childhood. In: Wilkins RH, Rengachary S, editors. Neurosurgery. New York: McGraw-Hill, 1985;1627-8.
9. Ziyal IM, Aydin Y, Turkmen CS, Salas E, Kaya AR, Ozveren F. The natural history of late diagnosed or untreated growing skull fractures: report on two cases. Acta Neurochir 1998; 140:651-4.