

HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO-QUIRÚRGICO
“COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ARACNOIDOCELE SELAR: UN HALLAZGO IMAGENOLÓGICO

Por:

Dra. María Cristina Molina Mesa¹, Dr. Juan Carlos Valdés Castellano² y Dr. Ariel Cabrera Pérez³

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Residente de Otorrinolaringología. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: arielcabrera@medscape.com

Descriptor deCS:

SINDROME DE SILLA TURCA
VACIA/ultrasonografía

Subject headings:

EMPTY SELLA SYNDROME/ultrasonography

La valoración del paciente con vértigo –una de las molestias más comunes por la que se solicita atención médica– es a menudo estimulante y frustrante para el médico. Matthews señaló que hay pocos médicos dedicados a su profesión que no experimenten una leve opresión del espíritu al saber que la molestia que sufre su enfermo es vértigo. Con frecuencia esto significa que, luego de un interrogatorio exhaustivo, aún no quedará del todo claro qué es lo que hace sentir mal al paciente, y aún menos, por qué lo siente¹.

El vértigo patológico se desencadena cuando hay un desequilibrio en el sistema vestibular por una alteración dentro de las vías vestibulares, desde el oído hasta la corteza cerebral. Habitualmente se produce por alteraciones en el laberinto, órgano del equilibrio localizado en el oído interno. En este caso se trata de vértigo de origen periférico. Ocurre también cuando existen alteraciones del nervio craneal o de los núcleos del cerebro donde se procesa la información que envía este nervio, y en este caso se trata de un vértigo central².

El aracnoidocele intraselar es la invaginación de la aracnoides del diafragma selar, que lleva el líquido cefalorraquídeo al interior de esta³.

Presentación del paciente

Se trata de una mujer de 42 años que acude a la consulta de Otorrinolaringología (ORL) porque dos meses previos había chocado en su bicicleta contra un automóvil, cayó y sufrió un trauma craneal en la región temporal derecha, a consecuencia del cual comenzó a padecer cefalea, vértigos y acúfenos agudos. Al realizar el examen físico por rinoscopia anterior, otoscopia y orofaringoscopia, no se visualizaron signos sugestivos de alteración alguna. Fue ingresada y se le realizaron estudios hemoquímicos e imagenológicos: Hemograma: Hb: 128 g/l, Hto: 29 Vol., Grupo: 0 y Factor: Rh +; radiografía de senos paranasales y cráneo simple: normales; audiometría: hipoacusia moderada de tipo perceptiva en el oído derecho; potenciales evocados auditivos de tallo cerebral (PEATC): Oído derecho: onda I normal, prolongación del intervalo interpico I-III; oído

izquierdo: normal; TAC de cráneo: normal; TAC de oído: conducto auditivo externo, cóclea y huesecillos normales, meato auditivo interno ligeramente entreabierto en relación con su homólogo. Se realizó resonancia magnética nuclear (RMN), donde se concluye: oído normal y aracnoidocele intraselar (Figs 1,2).



Fig 1 Aracnoidocele selar. Corte coronal

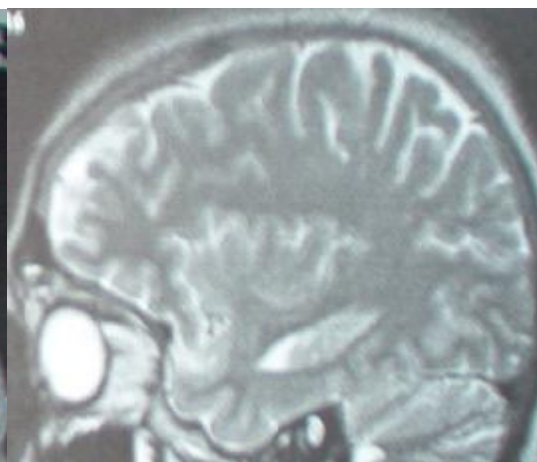


Fig 2 Aracnoidocele selar. Corte lateral.

Se le indica tratamiento médico con antivertiginosos, vasodilatadores y vitaminoterapia, que mejoraron sus síntomas.

Comentario

La frecuencia y multiplicidad de las causas de vértigo y cefalea llaman la atención a muchos médicos de diferentes especialidades, y muchas veces es la expresión importante que amerita la interconsulta con el neurólogo, el neurocirujano y el otorrinolaringólogo. El estudio sistemático del problema requiere un amplio conocimiento de las diferentes causas médicas y quirúrgicas que originan este síntoma, y un buen método clínico para explorar todas las causas comunes de cefalea, vértigo y acúfenos, con el objetivo de determinar su tratamiento. Cuando se estudia con este plan, se obtiene un 50 % de posibilidades de establecer la causa de dichos síntomas, y aunque afortunadamente en la gran mayoría de los casos no son provocadas por lesiones orgánicas, no cabe dudas que son necesarios estudios de diagnóstico, así como tratamiento inmediato y, en ocasiones, de manera urgente^{4,5}.

Los estudios de imagen son actualmente una excelente herramienta de trabajo para investigar la presencia de una afección orgánica intracraneal en estos pacientes; muchas veces estos no son utilizados por insuficiente conocimiento sobre sus aplicaciones y ventajas, mientras que en otros casos no se dispone de este recurso.

La importancia de la incorporación de la RMN en la zona hipotálamo hipofisaria a través de sus secuencias T1 y T2 de relajación hística, pone en nuestras manos un importante método para detectar afecciones que no se evidencian con un estudio por tomografía axial computadorizada (TAC)⁶.

Reconocer y diagnosticar un aracnoidocele intraselar resulta poco común⁷. Igualmente difícil sería identificar la causa de los vértigos, acúfenos o ambos en este paciente, cuando no existen evidencias en la bibliografía que identifiquen el mismo en el origen del síndrome vertiginoso de causa central.

El encontrar mediante el examen tomográfico el aracnoidocele intraselar en el paciente que presentamos resultó un hallazgo imagenológico, y no la causa de los síntomas por la que acudió al otorrinolaringólogo.

Referencias bibliográficas

1. Derebery MJ. Diagnóstico y tratamiento del vértigo. Rev Cubana Med. 2000;39(4):238-53.
2. Asawavichianginda S, Isipradit P, Snidvongs K, Supiyaphund P. Canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo: a randomized, controlled trial. Ear Nose Throat J. 2000;79:732-4.
3. Toledo MC, Fernández MM, Fabra AC. Tumores hipofisarios. Su repercusión sobre la vía visual. Rev Cubana Oftalmol. 1999;12(1):36-41.
4. Reyes J, Ramírez C, Martínez F, Gómez J, Santander M, Sarda E, et al. Angioresonancia magnética nuclear: el método ideal para la valoración de pacientes con cefalea. Rev Perú Radiol. 2000 Jun;4(12):12-5.
5. Hasso AN, Drayer BP, Anderson RE, Braffman B, Davis PC, Johnson BA. Vertigo and hearing loss. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria. Radiology. 2000 Jun;215 (Suppl):471-8.
6. Salvinelli F, Casale M, Trivelli M, D'Ascanio L, Firrisi L, Lamanna F. Benign paroxysmal positional vertigo: a comparative prospective study on the efficacy of semont's maneuver and no treatment strategy. Clin Ter. 2003;154:7-11.
7. Anile C, Magniola A. Describen características y tratamiento del síndrome de la silla turca vacía. J Neurosurg. 2005;103(5):831-6.