

Quistes  
aracnoideos  
temporales

# Consenso

- \* Según la revisión bibliográfica y discusión que se dio en el marco de Neuromar 2019 entre miembros de nuestra sociedad y de la comisión directiva , se definieron recomendaciones sobre el manejo de los quistes aracnoideos temporales en pediatría( indicación quirúrgica y técnica)

# Indicación quirúrgica

- \* Definir que signos, síntomas son atribuibles al quiste y si el tamaño debe considerarse:
  - \* Cefaleas?
  - \* Epilepsia?
  - \* Retraso madurativo?
  - \* Deformidad craneana?
  - \* Tamaño del quiste?
  - \* Antecedentes de ruptura?

# Indicación quirúrgica

- \* QUIRÚRGICOS: SINTOMÁTICOS
  - \* Hidrocefalia
  - \* Déficit neurológico progresivo ( foco motor)
  - \* Convulsiones por foco epiléptico congruente con el quiste
  - \* Deformidad estética de la calota
  - \* HTE ( constatada por edema de papila o medición de PIC)
- \* CONTROVERSIALES: “posiblemente sintomáticos”
  - \* Cefaleas
  - \* Epilepsia difusa
  - \* Retraso madurativo
  - \* Gigantes Galassi III asintomáticos
- \* NO QUIRURGICOS
  - \* Galassi I

# Controversias: CEFALEAS

- La asociación entre la cefalea, la hipertensión endocraneana y el quiste aracnoideo no está aún del todo aclarada. Los estudios publicados son mixtos.
- Ambas son relativamente frecuentes lo que hace que muchos pacientes presenten las dos entidades en forma simultánea sin que necesariamente signifique que una sea consecuencia de otra.
- Kershenovich y sus colegas realizaron un ensayo preoperatorio con acetazolamida para determinar qué pacientes, al mejorar los síntomas, se beneficiarían al tratar el quiste. Otros han propuesto un monitoreo invasivo de la presión intracraneana. Aún, la evidencia sigue sin estar clara.

# Controversias: EPILEPSIA

- Existen controversias sobre si el quiste es el causante de las mismas y si su resolución quirúrgica mejora o no la epilepsia.
- El foco epileptogénico debe coincidir con la localización anatómica del quiste.
- La localización de las convulsiones por medio de un video electroencefalograma, el análisis del foco epileptogénico, las imágenes de SPECT ictal y las imágenes PET interictales puede ayudar a determinar si la cirugía está justificada.
- La cirugía en pacientes con actividad epiléptica difusa sigue siendo controvertida.

# Controversias: RETRASO MADURATIVO

- Se han sugerido déficits cognitivos y conductuales asociados con los quiste temporales, pero los resultados no han sido definitivos y los resultados sobre el beneficio de la cirugía fueron mixtos
- Se encuentran en desarrollo trabajos que comparan evaluaciones cognitiva pre y postoperatorias.

# Controversias: RUPTURA DE QUISTE

- No hay evidencia clara que indique que el tratamiento del quiste prevenga esta complicación.
- no hay diferencias en la frecuencia de hematomas entre los quistes temporales Galassi I, II o III.
- La conducta expectante de esta complicación es una opción para pacientes asintomáticos o con síntomas leves. El drenaje de la colección a través de un orificio de trépano, sin el tratamiento del quiste, debe ser el procedimiento quirúrgico de primera elección en pacientes sintomáticos.
- La craneotomía combinada con fenestración del quiste es otra opción para pacientes con mas de 1 recurrencia.

# Técnica quirúrgica

- Existen tres técnicas quirúrgicas principales para el tratamiento del quiste aracnoideo:
  - Comunicación microquirúrgica
  - Comunicación endoscópica
  - Derivación cistoperitoneal

# Técnica quirúrgica

- Los resultados de las series mas grandes son controvertidos
- Cada técnica tiene complicaciones que la desestiman en favor de la otra.
- La comunicación endoscópica o microquirúrgica son las técnicas de elección.

# Técnica quirúrgica

- No existe hasta el momento un consenso sobre cuál es la mejor técnica a utilizar.
- La técnica a elegir depende de la experiencia de cada centro y de la disponibilidad de un equipo de endoscopia o de microscopio, pero es de preferencia evitar las derivaciones cistoperitoneales.

# Conclusión

- \* Los quistes aracnoideos sintomáticos son quirúrgicos.
- \* En los casos que se definen como controversiales la indicación quirúrgica debe ser decisión del equipo tratante evaluando el real beneficio respecto de las de las complicaciones quirúrgicas.
- \* La técnica de elección recomendada es la comunicación endoscópica o microquirúrgica dependiendo de la experiencia de cada centro.