



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN RADIOLOGÍA E IMAGENOLÓGÍA

TEMA:

DIAGNOSTICO IMAGENOLÓGICO DE ARACNOIDOCELE SELAR EN PACIENTE EPILEPTICO.

AUTOR:

LOZANO TERÁN FÉLIX ALEXANDER.

TUTOR:

LCDO. YARIS LOPEZ ZAMBRANO.

MANTA-MANABI-ECUADOR

2018

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1
		Página I de 29

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 400 horas, bajo la modalidad de ANALISIS DE CASO CLINICO, cuyo tema del proyecto es “**DIAGNOSTICO IMAGENOLÓGICO DE ARACNOIDOCELE SELAR EN PACIENTE EPILEPTICO.**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al señor **LOZANO TERAN FÉLIX ALEXANDER**, estudiante de la carrera de RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGÍA, período académico 2018 (2), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 9 de Julio de 2018.

Lo certifico,

Lcdo. Yaris Lopez Zambrano
Docente Tutor(a)
Área: CIENCIAS MEDICAS

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“DIAGNOSTICO IMAGENOLOGICO DE ARACNOIDOCELE SELAR EN PACIENTE EPILEPTICO.”** del Sr. **LOZANO TERAN FELIX ALEXANDER,** luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos, previo a la obtención del título de Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Dr. Víctor Chávez Guerra
Presidente del Tribunal

Calificación_____

Dra. Patricia Gómez Rodríguez
Vocal 1

Calificación_____

Dra. Verónica Castillo Salazar
Vocal 2

Calificación_____

Manta, 08 de agosto del 2018

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Yo, **FELIX ALEXANDER LOZANO TERAN**, portador de la cedula de ciudadanía N° 171988755-4, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **"DIAGNOSTICO IMAGENOLÓGICO DE ARACNOIDOCELE SELAR EN PACIENTE EPILEPTICO."** que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADO EN RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, 08 de Agosto del 2018.

AUTOR:

Lozano Terán Félix Alexander

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres Félix y Petita, mi más grande inspiración y apoyo, mis héroes y los responsables de cada paso que he dado en esta carrera, a mis queridos hermanos Lady y Marcelo, a mis abuelitas Pastora y Francisca que me cuidan desde algún rincón del universo, y a toda mí siempre considerada familia, a los compañeros que vivieron conmigo en estos años de vida universitaria, a mis amigos: Miguel, Vane, Sara, Carmelo, Fabio, Leo, July, Diana, Gabo, Warkos, Chris, Angie, Gustavo, Angelo, Ronny, Oi y Dianna, que durante varios años han formado también parte de mi vida y me han enseñado que la amistad trasciende ante el tiempo y la distancia, sin dudas podemos encontrar personas excepcionales importantes para nuestras vidas en cualquier parte del mundo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por su gran esfuerzo y dedicación hacia mí, por haberme permitido incursionar en el mundo académico hasta las actuales instancias, sin dudas les debo mi vida y esfuerzo a ellos.

Agradezco a mi tutor que me ha guiado en la realización de este trabajo

Agradezco a los amigos con quien compartí por largo tiempo mis estudios, juntos hemos logrado llegar aquí entre triunfos, dificultades y siempre con una gran amistad.

Agradezco también a mi tía Emilia pues gracias a ella he podido desarrollar este proyecto tan importante.

Agradezco a mis grandes compañeros y amigos de aulas, Daniel, Leonardo, Luis, Edgar, Roldán, Jimmy y tantos más, por su sincera amistad y los grandes momentos inolvidables de nuestra vida universitaria.

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	I
APROBACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
INDICE.....	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
CAPÍTULO I.....	1
1. Justificación.....	1
CAPÍTULO II.....	5
2. Informe del caso.....	5
2.1 Definición del caso.....	5
2.1.1 Presentación del caso.....	5
2.1.2 Ámbitos de estudios.....	7
2.1.3 Actores implicados.....	7
2.1.4 Identificación del problema.....	8
2.2 Metodología.....	13
2.2.1 Lista de preguntas.....	13
2.2.2 Fuentes de información.....	13
2.2.3 Técnicas para la recopilación de información.....	13
2.3 Diagnóstico.....	14
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

RESUMEN

El aracnoidocele selar se identifica como un problema neurológico que se produce cuando la capa meníngea del cerebro llamada aracnoides se desplaza hacia la silla turca en donde se encuentra la glándula pituitaria, esto provoca que la glándula se comprima por la aracnoides al punto de que la fosa hipofisaria se observa vacía, esta condición provoca un cambio negativo en cuando a la producción de hormonas y puede manifestarse en los pacientes por distintos problemas de salud, el diagnóstico del síndrome de la silla turca vacía que es como también se conoce al aracnoidocele suele ser incidental, ya que puede provocar una mayor o menor producción hormonal y a su vez la sintomatología puede ser variada. Se presenta caso clínico de una paciente de 58 años de edad que luego de un fuerte estrés emocional por la noticia del deceso de un ser querido, sufrió un choque emocional y aparentes convulsiones psicógenas, luego de esto acude a una consulta particular y el médico le recomienda una resonancia magnética para poder valorar la integridad del cerebro, al momento de la consulta la paciente se mostraba ya consciente de sí misma y su entorno, luego de realizar dicho procedimiento imagenológico no se observó indicios de daño a consideración por el trauma ya sufrido pero se llegó a la conclusión de un diagnósticos incidental de aracnoidocele selar.

Palabras clave:

Aracnoidocele Selar, Choque emocional, Convulsiones psicógenas, Resonancia magnética

ABSTRACT

The sellar arachnoidocele is identified as a neurological problem that occurs when the meningeal layer of the brain called arachnoid moves to the sella turcica where the pituitary gland is located, this causes the gland to be compressed by the arachnoid to the point that the fossa pituitary is observed empty, this condition causes a negative change in the production of hormones and may manifest in patients for various health problems, the diagnosis of empty sella syndrome is also known as arachnoidocele is usually incidental , since it can cause a greater or lesser hormonal production and in turn the symptomatology can be varied.

A clinical case of a 58-year-old patient is presented who, after a strong emotional stress due to the news of the death of a loved one, suffered an emotional shock and apparent psychogenic convulsions, after this she goes to a private consultation and the doctor recommends an MRI to be able to assess the integrity of the brain, at the time of the consultation the patient was already aware of herself and her environment, after performing this imaging procedure there was no evidence of harm to be considered for the trauma already suffered but An incidental diagnosis of sella arachnoidocele was concluded.

Keywords:

Sellar arachnoidocele, Emotional shock, Psychogenic convulsions, Magnetic resonance.

CAPITULO I

1. JUSTIFICACIÓN

El término silla turca vacía (STV) fue propuesto por Busch, en 1951, para referirse a una condición anatómica observada en estudios de autopsia, particularmente en mujeres, caracterizada por una fosa hipofisaria prácticamente vacía, ya que la glándula hipófisis se encontraba aplastada hacia el piso, dorso y paredes laterales. En 1968, Kaufman demostró que la morfología hipofisaria se debía en realidad a un desplazamiento del espacio subaracnoideo (ESA), pero se siguió aceptando el término original. Leclercq propuso el término aracnoideocele intraselar, ya que de esta manera se expresa el detalle anatómico primordial (5); sin embargo, esta denominación no ha sido muy popular en la literatura internacional. (Citado por Paz-Ibarra, J at el 2012)

Hay dos tipos de STV. Es denominada secundaria cuando existe el antecedente de una lesión hipofisaria que ha sido tratada ya sea mediante cirugía, radioterapia o medicamentos; se conoce como STV primaria cuando no existe alguno de estos antecedentes. (Citado por Guinto G, del Valle R at el 2002)

Se ha propuesto varios mecanismos para explicar la patogénesis de la STV primaria, ninguno de los cuales ha sido demostrado. Se menciona como posible causa a la rotura de un quiste aracnoideo intraselar preexistente.

Otra teoría postula que una insuficiencia vascular focal ocasionaría un infarto del tejido hipofisario; el argumento en contra de esta hipótesis se fundamenta en la

extraordinariamente baja frecuencia con que estos pacientes presentan alteraciones endocrinológicas.

Paz-Ibarra, J.L.; Álvarez-Simonetti, L.; Garrido-Peñaloza, A.; Llerena-Miranda, H.; Campos-Sánchez, D.; Churampi-López, M.; Quintana-Pinto, O. 2012

El caso clínico a presentar tiene una significativa importancia que radica en hacer más eficiente la identificación de una variedad de problemas de salud tanto neurológicos como endócrinos que pueden afectar la vida e integridad del paciente, el síndrome de la silla turca vacía al ser una patología de hallazgo incidental da a pensar que muchas veces no se toman las decisiones correctas en cuanto a diagnóstico se trata para llegar al origen de ciertos problemas médicos.

La glándula hipófisis es de las más importantes estructuras endócrinas del cuerpo humano responsable de varias funciones indispensables; como el crecimiento, el equilibrio de la temperatura y el funcionamiento mismo de otras glándulas, es por esto que descubrir cualquier condición que pueda afectarla conlleva a estar más cerca de la resolución de problemas que al paciente le puedan afectar, sin dudas la sensibilidad de los exámenes de resonancia magnética ha sido protagonista para el diagnóstico de daños en estas estructuras por lo que cabe destacar el protagonismo que ha tomado la imagenología como complemento ideal para el diagnóstico médico.

Epidemiológicamente, en estudios de diferentes hospitales y universidades, se reporta el aracnoidocele intraselar según datos obtenidos de autopsias, con un porcentaje que va en un rango variable, y en la población general de 8 a 35,0%, con una relación mujer /hombre de 4/1, en la cuarta década de la vida.(5) En el Hospital Regional “Gabriel Mancera” en ciudad México, la incidencia del aracnoidocele intraselar fue de 127 casos, los cuales

fueron estudiados siendo el sexo femenino el más afectado para una relación 5/1, sólo el 2,0% presentaron manifestaciones visuales y el 4,2% endocrinológicas.(6)

En Argentina de 37 casos diagnosticados el 97,0% fueron mujeres, el 85,0% diagnosticadas por resonancia, el 48,0% incidentales, 12,0% por cefalea, 12,0% por alteraciones visuales, 6,0% con alteraciones visuales y el 22,0% por sintomatologías endocrinas. (7, 8) En el Hospital Clínico Quirúrgico” Hermanos Ameijeiras” en la Habana se realizó un estudio que identifican al aracnoidocele con una incidencia de 24,3% en 103 pacientes con manifestaciones oftalmológicas de diversa índole.

El síntoma más frecuente es la cefalea, que está presente en un 60-80% de los casos. Suele ser leve o de media-na intensidad y ceder con los analgésicos habituales. Su localización es frontal o bitemporal. En raras ocasiones se da rinorrea del LCR. Alteraciones del campo visual. Las relacionadas con las alteraciones hormonales, sean de hiperfunción (la más frecuente es la hiperprolactinemia) o de hipofunción (los síntomas de hipofunción dependen del grado de afectación hormonal y en ocasiones puede llegar a ser un panhipopituitarismo; el déficit de hormona del crecimiento [GH] suele ser el más frecuente, pero suele pasar desapercibido en el adulto).

M.J. Barahona Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras. (Citado por (CIBERER Unidad 747). At el (2008)

El diafragma selar es una deflexión de la duramadre que separa la cisterna supraselar de la fosa hipofisaria (silla turca); este diafragma también se caracteriza por permitir el paso del tallo hipofisario a través de una discreta abertura en su centro. El aumento de la presión en el espacio subaracnoideo supraselar, o la reducción del tamaño hipofisario

predisponen al desarrollo de una hernia intraselar subaracnoidea. Cuando el diafragma selar está incompleto, el líquido cefalorraquídeo ejerce presión sobre la cisterna supraselar, la glándula hipófisis y el quiasma óptico.

Diversos factores están relacionados con la modificación del tamaño hipofisario, lo que favorece la extensión o reducción del espacio subaracnoideo supraselar, por ejemplo, durante el embarazo se observa aumento del tamaño hipofisario; en el caso de las mujeres en la cuarta década de la vida se ha reportado una involución de la hipófisis asociada a la menopausia, lo que explica el predominio de este síndrome en el género femenino. En ocasiones, cuando ocurre hipofuncionalidad de algunos órganos glandulares como la tiroides, la suprarrenal y las gónadas, la hipófisis presenta una hipertrofia compensatoria para suplir la deficiencia hormonal, posteriormente la hipófisis involuciona dejando como secuela una silla turca vacía.

Otras manifestaciones clínicas observadas en pacientes con aracnoidocele selar primario se relacionan con alteraciones hormonales y del estado de ánimo, depresión y fatiga

El desbalance que produce el líquido cefalorraquídeo sobre las estructuras cerebrales involucradas altera su función; la situación del área selar y estructuras cercanas, como el tallo cerebral, de donde emergen diversos pares craneales, puede incidir en la presentación de un conjunto de signos relacionados con los núcleos y con el origen aparente de los pares craneales. También se conoce que el aumento de la presión intracraneal y la presión que ejerce el líquido cefalorraquídeo favorece la herniación del diafragma selar,

CAPITULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1 DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente adulto de sexo femenino de 58 años de edad que acude a consulta una consulta médica particular luego de haber sufrido una crisis de choque emocional posterior a recibir la fuerte noticia del fallecimiento de su madre, también se presume que la paciente habría sufrido un corto lapso de convulsiones psicógenas, al momento de la consulta presentaba signos vitales normales pero ciertos indicios de depresión, se procedió a recomendar una resonancia magnética para determinar la integridad del cerebro y su funcionamiento.

Motivo de la consulta:

Choque emocional y convulsiones psicógenas

Antecedentes personales:

Principios de menopausia

Presión Alta

Antecedentes patológicos familiares:

Padre con insuficiencia cardiaca

Madre fallecida por motivo de infarto cardiaco

Se le realizó estudio de imágenes por resonancia magnética de cerebro con cortes axiales, coronales y sagitales.

Una de las cosas que se ha visto de este padecimiento es además de una posible función hipofisaria alterada, la alteración de la hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo y que a su vez puede también ocasionar mareo crónico y cefalea.

Informe de la Resonancia Magnética:

La intensidad de señales y morfología del cerebro, tallo y vermis es normal el IV ventrículo es de tamaño y forma normal no se demuestra alteraciones en la región pontocerebelosa ni en los conductos auditivos internos, cócleas ni canales semicirculares.

Silla turca ocupada por imagen pequeña que se comporta como liquido en todas las secuencias.

Discretas hiperintensidades de la sustancia blanca parietales de aspecto vascular.

En región supratentorial la morfología del parénquima cerebral es normal.

No se demuestran procesos expansivos intraaxiales ni extraaxiales.

Los espacios subaracnoideos y cisternas son normales

El sistema ventricular supratentorial, es de tamaño forma y posición normal.

Hipertrofia de los cornetes nasales.

Conclusiones:

Hipertrofia de los cornetes nasales

Aracnoidocele selar

Lesiones desmielinizantes

Luego de realizada la resonancia magnética y su respectiva valoración, se descartó daño neurológico de consideración,

2.1.2 Ámbito de estudio

Va ligado a la relación con la información recolectada del paciente, examen físico, examen imagenológico del paciente, el ámbito de estudio es el Aracnoidocele Sellar también conocido como Silla turca vacía, los síntomas y signos, las evidencias imagenológicas como recurso fundamental para llegar al diagnóstico.

2.1.3 Actores Implicados

Los actores implicados en este caso clínico son: el paciente, que es el sujeto de estudio que padece el Aracnoidocele sellar, el medico que la atiende en consulta particular luego de haber sufrido el choque emocional y le emite la orden para que se le realiza el examen imagenológico de resonancia magnética el licenciado que realizo el estudio y proporcionó las imágenes; el medico radiólogo que emitió el informe radiológico que permitió el diagnostico incidental de la Silla turca vacía.

2.1.4 Identificación del Problema

El aracnoidocele selar es una presentación clínica poco frecuente que a pesar de que inicialmente es asintomática y podría no representar riesgos para la salud de quien la padece se conoce poco de esta condición en muchos países, actualmente en el Ecuador no existen estudios representativos de pacientes que hayan padecido Síndrome de silla turca vacía y se halla determinado que esto significó una afección en su salud, sin embargo, eso puede producirse, y puede conllevar a algún problema de salud de consideración porque se encuentra comprometida la glándula pituitaria que interviene en diversas funciones indispensables para el correcto funcionamiento del cuerpo humano .

Silla vacía.

Con esta expresión se define a la silla turca ocupada en forma parcial o completa por LCE, independientemente de su tamaño. Suele considerarse como una variante anatómica normal. La expresión de “silla vacía” no corresponde a la realidad anatómica, en virtud de que, en sus diversos grados de vacuidad, la cavidad sillar contiene a la glándula hipófisis de tamaño variable, al infundíbulo de la glándula hipófisis y una extensión del espacio subaracnoideo conteniendo LCE, por lo que es conveniente mencionarla como aracnoidocele intrasillar, propuesto por Leclercq en 1974 y por Hufnagel en 1989.

El AI se define como primario cuando se identifica casualmente en métodos de imagen diagnóstica, sin antecedentes clínicos de alguna enfermedad hipofisaria previa. Se considera que el AI primario es el resultado de un desarrollo incompleto del diafragma sillar.

El más indicado para su valoración clínica es el neurocirujano y como sugerencia, lo mejor es seguir el tratamiento sintomático, pues una cirugía es algo muy invasivo y con

muchos riesgos, desde procesos infecciosos hasta la presencia de sangrado o fistula nasoesfenoidal.

Existe controversia respecto a la fisiopatología, pero la mayoría de los autores coinciden en que se trata de una incompetencia del orificio del diafragma sellar, pero no se encuentra AI desde el nacimiento, es decir, no es congénita, sino que se va desarrollando con el paso de los años, mencionándose otros factores que contribuyen en aumentar dicho aracnoidocele, tales como hipertensión arterial, obesidad, multiparidad o hipertensión intracraneal. Esta entidad es extraordinariamente rara en niños.

Se menciona como AI secundario cuando se identifica después de cirugía de la hipófisis, radioterapia que incluya la región de la silla turca o tratamiento médico por adenoma hipofisario, en particular prolactinoma por su elevada frecuencia, debido a la reducción en las dimensiones del proceso neoplásico por necrosis variable, con la consecuente extensión subaracnoidea a la cavidad sellar.

Es frecuente la detección de diversos grados de AI durante la realización de estudios de la cabeza, tanto con TC, como con IRM y suele considerarse como una variante anatómica.¹

Sin embargo, este hallazgo puede relacionarse con alguna forma de mareo, vértigo o con un Síndrome de silla vacía (SSV). En este síndrome, el LCE del espacio subaracnoideo de la región quiasmática se extiende hacia la cavidad sellar comprimiendo la glándula hipófisis, estirando el infundíbulo y, eventualmente, causando trastornos en la regulación hormonal. Algunos investigadores han notado predominancia de obesidad y en mujeres multíparas.

El SSV se reconoce clínicamente cuando la “silla vacía”, demostrada por métodos de imagen, se asocia a cefalalgia, síntomas visuales y alteraciones endocrinas. En otros casos puede existir aumento en el volumen de la silla turca, con mínima o nula disfunción endocrina, insuficiencia hipofisaria o hipertensión intracraneal y rinorrea no traumática de LCE.

Los casos asintomáticos no requieren tratamiento, pero es conveniente un seguimiento periódico. Clínicamente se reconoce que el incremento, tanto de la prolactina sérica como de las dimensiones de la silla turca, es compatible con un adenoma hipofisario. En el SSV las dimensiones sillares pueden ser mayores que en rangos de normalidad, con nula o mínima disfunción endocrina, pero sin masa intrasillar. Es poco frecuente la asociación de microadenoma hipofisario con “silla vacía”.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando hay rinorrea de LCE, alteraciones visuales y severo aumento de la presión intracraneal. Otra condición patológica que puede asociarse a AI es la hipertensión intracraneal idiopática, también conocida como pseudotumor cerebral o hipertensión intracraneal benigna idiopática, causando extensión intrasillar del espacio subaracnoideo, a través del diafragma de la silla laxo o ausente, debido a hipertensión intracraneal de etiología desconocida, manifestada por intensa cefalalgia, papiledema y alteraciones visuales, frecuentemente asociada a AI. Después del tratamiento, puede haber regresión del AI, mostrándose contenido sillar normal.

Se ha observado AI asociado a vértigo o con alguna forma de mareo.

En el diagnóstico diferencial deben incluirse lesiones quísticas, como el quiste aracnoideo, con el cual puede confundirse frecuentemente. (Citado por. Boleaga B, Guzmán E. at el 2002)

Hay dos tipos de STV. Es denominada secundaria cuando existe el antecedente de una lesión hipofisaria que ha sido tratada ya sea mediante cirugía, radioterapia o medicamentos; se conoce como STV primaria cuando no existe alguno de estos antecedentes. Se ha propuesto varios mecanismos para explicar la patogénesis de la STV primaria, ninguno de los cuales ha sido demostrado. Se menciona como posible causa a la rotura de un quiste aracnoideo intraselar preexistente. (Citado por. Bjerre P. at el 1990)

En este síndrome, el LCE del espacio subaracnoideo de la región quiasmática se extiende hacia la cavidad sillar comprimiendo la glándula hipófisis, estirando el infundíbulo y, eventualmente, podría terminar causando trastornos en la regulación hormonal.

El examen imagenológico dentro de este caso es sin dudas esencial y el punto más clave, considerando que ante esta condición la clínica no otorga indicios claros que puedan llevar por si sola a un diagnóstico de aracnoidocele selar, la resonancia magnética al ser un procedimiento de alta sensibilidad permite obtener imágenes más claras

El aracnoidocele selar ocasiona tanto signos neurológicos y endocrinos como audiovestibulares debido a la localización anatómica de la hipófisis, del área selar y de las estructuras adyacentes a esta región del cráneo; sin embargo, debido a la precisión de los actuales estudios de imagen en conjunto con la clínica, el diagnóstico y tratamiento ha mejorado para los pacientes que lo padecen. Basándose en la naturaleza de la función hipofisaria se han realizado diversos trabajos que describen la sintomatología endocrina por la herniación del diafragma selar sobre la hipófisis; se sabe que existe una asociación entre el grado de herniación, ya sea parcial o total, y el grado de hipopituitarismo. El desbalance que produce el líquido cefalorraquídeo sobre las estructuras cerebrales involucradas altera su función; la situación del área selar y estructuras cercanas, como el tallo cerebral, de donde emergen diversos pares craneales, puede incidir en la

presentación de un conjunto de signos relacionados con los núcleos y con el origen aparente de los pares craneales. También se conoce que el aumento de la presión intracraneal y la presión que ejerce el líquido cefalorraquídeo favorece la herniación del diafragma selar. El 96% de los pacientes con hipertensión intracraneal idiopática o pseudotumor cerebral tienen algún grado de silla turca vacía incidental; mencionan que los principales hallazgos descritos en sus pacientes fueron: diplopía, papiledema, dolor de cabeza, mareo, cambios de conducta, demencia, epilepsia, parestesias, hipoacusia, ataxia, acúfeno, debilidad, nistagmo y desórdenes de gusto y olfato. Algunos de estos hallazgos concuerdan con lo descrito en el presente estudio. A diferencia de otros trabajos antes citados se reportan las probabilidades condicionales con respecto a la enfermedad audiovestibular a posteriori asociadas al aracnoidocele selar primario.

En sentido estricto, la STV primaria no podría ser considerada una entidad patológica, sino un estado anatómico con hallazgos radiológicos característicos y no siempre con manifestaciones clínicas; de hecho, la mayoría de los pacientes no tiene síntomas y se efectúa el diagnóstico como un incidentaloma en los estudios de imagen que son indicados por diversos motivos, pero que no requieren tratamiento alguno. Sin embargo, existe un reducido número de pacientes que refieren algunas manifestaciones clínicas.

2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 Lista de Preguntas

¿Cuál es el examen imagenológico de elección para el diagnóstico del aracnoidocele selar?

¿Cuáles son los datos a tener en cuenta sobre el aracnoidocele selar para tomar decisiones acertadas después del diagnóstico por el bienestar del paciente?

¿Cuáles son los hallazgos imagenológicos en el diagnóstico del aracnoidocele selar?

¿Se puede considerar el aracnoidocele selar un grave riesgo para la vida del paciente?

2.2.2 Fuentes de Información

En el presente trabajo de análisis e investigación se contó con la colaboración del licenciado en Radiología que proporcionó las imágenes realizadas al paciente. El Médico Radiólogo que tuvo el trabajo de analizar detalladamente las imágenes y dar su informe.

Información proporcionada por el propio paciente y sus familiares sobre su estado de salud. Además de recibir recomendaciones y guías de mi tutor durante cada una de las revisiones para la ejecución de este trabajo.

2.2.3 Técnica para la recolección de Información

La técnica de recolección de información que se utilizó en este caso fue la de recopilar todos los datos de la historia clínica del paciente desde el momento que fue atendido. Una entrevista con el médico que lo atendió y realizo la anamnesis del paciente. Una entrevista con el familiar del paciente. Un conversatorio con el licenciado que realizo el examen de imagen y a su vez con el medico radiólogo que informo el estudio.

2.3 DIAGNÒSTICO

En el caso del aracnoidocele selar siendo una condición poco común y de hallazgo diagnóstico incidental los exámenes imagenológicos son primordiales y en este caso la resonancia magnética es el procedimiento más idóneo.

El SSV se reconoce clínicamente cuando la “silla vacía”, demostrada por métodos de imagen, se asocia a cefalalgia, síntomas visuales y alteraciones endocrinas. En otros casos puede existir aumento en el volumen de la silla turca, con mínima o nula disfunción endocrina, insuficiencia hipofisaria o hipertensión intracraneal y rinorrea no traumática de LCE (Citado por Sage MR, Chan ES, Reilly PL et al 1980)

Los casos asintomáticos no requieren tratamiento, pero es conveniente un seguimiento periódico. Clínicamente se reconoce que el incremento, tanto de la prolactina sérica como de las dimensiones de la silla turca, es compatible con un adenoma hipofisario. En el SSV las dimensiones sillares pueden ser mayores que en rangos de normalidad, con nula o mínima disfunción endocrina, pero sin masa intrasillar. Es poco frecuente la asociación de microadenoma hipofisario con “silla vacía” (Citado por Smaltino F, Bernini FP, Muras I. et al 1980)

Considerando los grados de severidad del aracnoidocele selar, aun en condiciones asintomáticas se debería llevar un control médico prolongado al paciente en especial en el ámbito endocrinológico, para minimizar los riesgos de padecer alguna afección por el daño al que podría estar sometida la glándula hipofisis, esta glándula es responsable de un sinnúmero de funciones ya que secreta hormonas como las que actúan en las glándulas suprarrenales, también interviene en la estimulación de la producción de leche materna en la mujer y actúa sobre los órganos sexuales e incluso la regulación de la temperatura

corporal, por algo se la conoce como “Glándula Maestra” y es importante que se ponga atención ante cualquier factor que pudiera afectarla.

En el caso del síndrome de silla turca vacía normalmente se observa una imagen que ocupa el espacio de la silla turca por lo que también se suele denominar como una lesión intrasillar, por esta razón especialmente cuando la glándula pituitaria se debería observar mejor en resonancia, da la apariencia de que no se encuentra o que en el espacio de la silla turca se presenta LCR, y según el grado en el que se presente la herniación de la aracnoides se podría evidenciar un hipopituitarismo, es decir una hipófisis reducida de tamaño.

El aracnoidocele selar ha estado asociado con enfermedades endocrinológicas y neurológicas, se describe que incluso podría provocar alguna crisis neurológica en el paciente lo que pondría en riesgo su vida considerablemente, aunque incluso ha llegado a ser descrita como una aparente variante anatómica siempre se tendrá en cuenta que se da en una región anatómica muy importante y delicada.

BIBLIOGRAFIA

1. Osborn AG. Diagnostic Neuroradiology. St. Louis Missouri: Mosby-Year Book, Inc.; 1994, p. 465.
2. Boleaga B, Guzmán E. Association of intrasellar arachnoidocele and vertigo. J Neuroradiol 2002; 29: 1528.
3. Luckett WH. Air in the ventricles of the brain, following a fracture of the skull. Surg Gynecol Obstet 1913; 17: 237-40.
4. Stewart WH. Fracture of the skull with air in the ventricles. Am J Roentgenol 1913; 1: 83-7.
5. Dandy WE. Ventriculography following the injection of air into the cerebral ventricles. Ann Surg 1918; 68: 5-11.
6. Bilaniuk LT, et al. Magnetic Resonance Imaging of Pituitary lesions Using 1.0 to 1.5 T field strength. Radiology 1984; 153: 415-8
7. Leclercq TA, Hardy J, Vezina JL, Mercky F. Intrasellar arachnoidocele and the so-called empty sella syndrome. Surg Neurol 1974; 2(5): 295-9.
8. Hufnagel TJ, Kim JH, Wiedenmann JD, Silbert JA. "Empty sella" with invasive microprolactinoma. Clin Neuropathol 1989; 8(3): 126-9.
9. Abboud, C.F., Laws, E.R.: Clinical endocrinological approach to hypothalamic-pituitary disease. J Neurosurg 1979; 51: 271-291
10. Aihara, H., Tamaki, N., Ueyama, T., Ishihara, Y., Kondoh, T.: Transsphenoidal surgery for a case of empty sella syndrome associated with GH secreting pituitary adenoma. No Shinkei Geka 1996; 24: 1119-1123.

11. Paz-Ibarra, J.L.; Álvarez-Simonetti, L.; Garrido-Peñaloza, A.; Llerena-Miranda, H.; Campos-Sánchez,

D.; Churampi-López, M.; Quintana-Pinto, O.

Manejo quirúrgico del síndrome de silla turca vacía primaria con compromiso visual campimétrico y sin evidencia radiológica de herniación del sistema visual

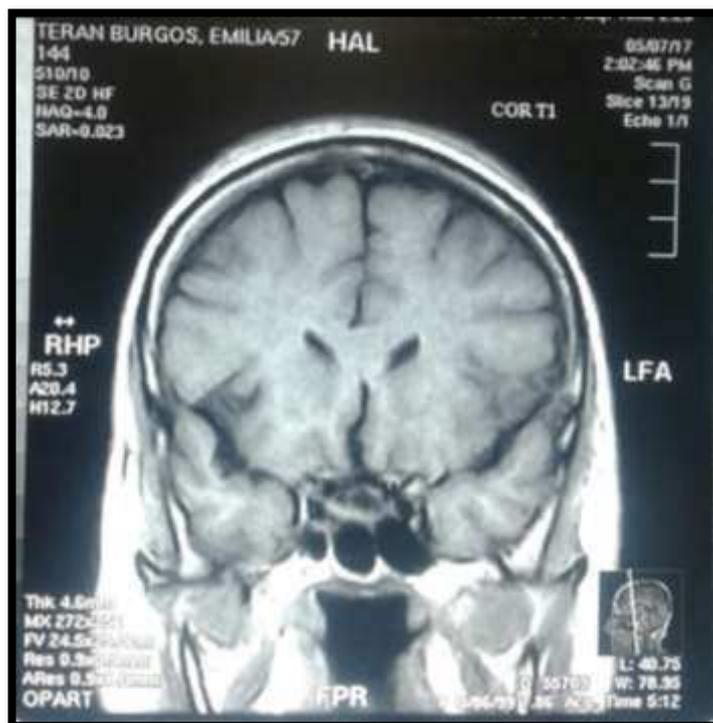
Anales de la Facultad de Medicina, vol. 73, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 251-255

12 M.J. Barahona Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER Unidad 747). Barcelona. España.

13 Análisis de la probabilidad conjunta y a posteriori entre aracnoidocele selar primario, sus comorbilidades y enfermedad audio vestibular Alhelí Delgado-Hernández Antonio Verduzco-Mendoza 2015 México.

ANEXOS





Imágenes de Resonancia magnética en T1 en las que se evidencia debido a la hipointensidad en la zona hipofisaria, el espacio vacío a nivel de la silla turca que lleva al diagnóstico de aracnoidocele selar o síndrome de la silla turca primario.

ASPECTOS ETICOS:

Este estudio de caso seguirá sujeto a las recomendaciones de la Comisión de Bioética de la FCM-ULEAM. La cual establece que:

En este estudio de caso se revisará la historia clínica correspondiente y se manejarán datos de índole clínica y radiológica del paciente objetivo de análisis; no realizándose ningún proceder invasivo con el analizado.

Al paciente se le explicará correctamente: que formará parte de un estudio de caso clínico, que tiene como título: “Esclerosis Tuberosa. A propósito de un caso.”; así como el carácter absolutamente privado del estudio y los resultados obtenidos; que no se revelará su identidad, ni ninguna otra información que pueda poner en evidencia su persona y que deberá otorgar su Consentimiento Informado para participar en el mismo.

El protocolo de estudio respetará en todo momento la Declaración de Helsinki para la realización de investigaciones médicas con seres humanos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo de investigación: “Diagnostico imagenológico de aracnoidocele selar en paciente epiléptico.”

Estimado paciente, por medio del presente se le solicita amablemente participar en este estudio de caso clínico: el cual trata el tema del Aracnoidocele Selar, la importancia de un diagnóstico oportuno y la utilidad de las pruebas de imagen para su detección y control evolutivo; por lo que le rogamos que nos apoye con su colaboración, garantizándole que los datos se manejaran de forma totalmente anónima. Se requiere que nos aporte alguno de sus datos generales solo con el fin de organizar la información. Los datos obtenidos serán confidenciales; solamente se darán a conocer los resultados generales y no las respuestas concretas de la investigación. No está obligado a responder todas las preguntas y puede Ud. negarse a participar en el mismo de forma voluntaria.

Esta investigación responde al trabajo de terminación de la Licenciatura en Radiología e Imagenología.

Para cualquier pregunta puede consultar al autor: Lozano Terán Félix Alexander, en la FCM-ULEAM o a la siguiente dirección de correo electrónico: alexanderlozano.m25@gmail.com

Narcisa Emilia Terán Burgos.