

INFORME DE CASO

Quiste dermoide del filum terminal con parálisis de ambos nervios ciático poplíteo externo. Informe de caso

Dr. Marcos Luis García¹ , Dr. Johamel Ramos Valdez¹ , Dra. Marbelys Guevara Rodríguez¹ ,
Dra. Mercedes Bordón Hernández¹ 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: los quistes dermoides son lesiones benignas que se originan a partir del tejido ectodérmico que permanece en el espesor de los tejidos durante el desarrollo embrionario de células multipotenciales o tal vez de la implantación de epitelio. Aparece en muchas regiones del cuerpo y se presenta como una masa blanda, indolora y desplazable. **Información del paciente:** se presenta un paciente con un quiste dermoide localizado en el filum terminal que se muestra como una parálisis bilateral de ambos nervios ciáticos poplíteos externos y un nivel sensitivo dorsal D12. Se le realizó una resonancia magnética nuclear de columna dorso-lumbar que mostró la presencia de un tumor extramedular intradural y fue intervenido quirúrgicamente. **Conclusiones:** es importante una evaluación clínica amplia para poder llegar al diagnóstico positivo de estas formas atípicas de presentación de lesiones medulares con afectación de nervios periféricos.

Palabras clave: quiste dermoide; filum terminal

ABSTRACT

Introduction: dermoid cysts are benign lesions that originate from ectodermal tissue that remains in the thickness of tissues during embryonic development of multipotential cells or perhaps epithelial implantation. Dermoid cysts appears in many regions of the body and is presented as a soft, painless and scrollable mass. Most are small, but some have exceeded 12cm. It often distend the mucosa in such a way that some of the contents may be visible. Dermoid cysts can be seen between 15 and 35 years of age. **Case report:** a clinical case of a dermoid cyst located in the filum terminal is presented, which presents as a bilateral paralysis of both external popliteal sciatic nerves and a dorsal sensory level D12, a nuclear magnetic resonance of the dorso-lumbar spine is performed and the presence of an intradural extramedullary tumor, which is surgically intervened. **Conclusions:** it is concluded histologically as a dermoid cyst.

Key words: dermoid cyst; filum terminal

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides (QD) son lesiones benignas que se originan por el atrapamiento del epitelio germinal durante el cierre del filum terminal; son

indoloros y de crecimiento lento y no tienen predilección por el sexo. A pesar de que pueden estar presentes al nacer y en pacientes de edad avanzada, la mayoría ocurre entre los 15 y los 35 años.^(1,2,3) En cuanto a sus características clínicas los QD se presentan como una masa blanda, indolora y desplazable que aparece en muchas regiones del cuerpo. Los quistes aumentan de tamaño de forma muy lenta con el paso de los años, suelen ser pequeños durante la infancia y aumentan su tamaño durante la adolescencia, alcanzan en algunos casos hasta 12cm.^(4,5,6) Se presenta un paciente con una presentación atípica que aporta datos para una mejor valoración clínica de los enfermos que debutan con estos síntomas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 47 años de edad, con antecedentes de que en el año 2005 sintió pérdida de la fuerza del pie izquierdo, con la imposibilidad de la dorso-extensión, por lo que fue evaluado por un Especialista en Neurología del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de la Ciudad de Cienfuegos, de la provincia del mismo nombre. Se le impuso tratamiento, pero él no lo recuerda ni el diagnóstico; mejoró y no fue más a consulta. Meses atrás comenzó con debilidad del pie derecho, con entumecimiento de la cintura hacia abajo y, en ocasiones, no lograba contener el orine, por lo que acudió a la Consulta de Neurología del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara; el Especialista decidió su ingreso en la Sala de Neurología. Al examen físico se constató paraparesia asimétrica, parálisis para la dorso-extensión del pie izquierdo, hipotrofia de ese pie con relación al derecho, acortamiento del miembro inferior izquierdo y menor número de zapato para ese pie, babilinski izquierdo con arreflexia aquileana y rotuleana, hiperreflexia osteotendinosa rotuleana derecha y un nivel sensitivo Dorsal.

Se realizó una resonancia magnética nuclear de columna dorso-lumbar que informó: se realizaron secuencias T2 sagital y axial simple, técnica mielográfica, STIR (secuencia empleada en resonancia magnética que permite suprimir la señal de determinados elementos o tejidos de forma específica -grasa-), sagital, T1 axial, coronal y sagital EV y T1 sagital simple. Se observó a nivel del cono medular L1-L2 una lesión con una intensidad variable, que medía, en los cortes sagital: 35mm de altura, antero posterior 22mm y diámetro transversal 23mm, con comportamiento sólido y un área posterior con características líquidas (figura 1), la parte sólida tenía ganancia de contraste homogénea y un patrón por mielografía de un tumor intradural extramedular (figura 2) que ensancha el agujero de conjunción derecho a nivel L1-L2 en relación con su homólogo.

Impresión diagnóstica: tumor de las raíces nerviosas.

Se solicitó una interconsulta con el Especialista en Neurocirugía y se decidió realizar la intervención quirúrgica lo más rápido posible.

El informe operatorio refirió: paciente en decúbito prono sobre el marco de Williams, previa sepsia y antisepsia y paños de campo se realiza la incisión en la línea media, a nivel del espacio D12-L2, se decola por planos y se resecan los procesos espinosos de L1-L2, se realiza laminectomía y se observa la duramadre, de color azulada, tensa, se abre a nivel de la línea media y se

observa tejido tumoral, se evacúa un líquido de color amarillo verdoso, se toma una muestra para cultivo, se realiza la excisión de la lesión en un 90%, se repara la duramadre y se efectúan la homeostasis y el cierre por planos. Se manda muestra para biopsia.

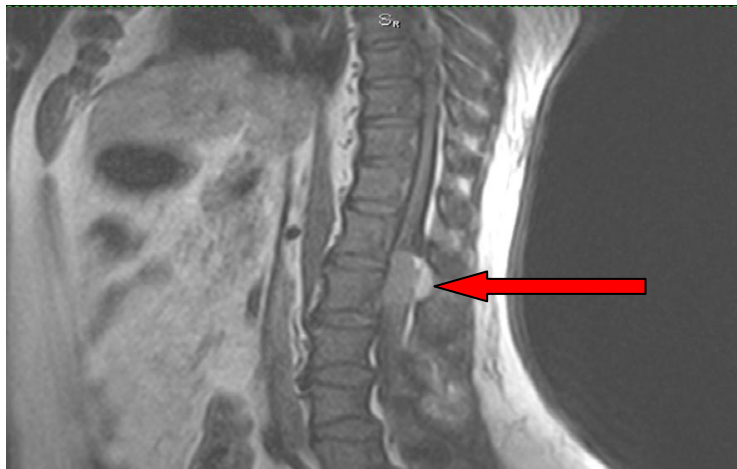


Figura 1. Se observa a nivel del cono medular L1-L2 una lesión con una intensidad variable que mide, en los cortes sagital: 35mm de altura, antero posterior 22mm y diámetro transverso 23mm, con comportamiento sólido y un área posterior con características líquida



Figura 2. Patrón por mielo-resonancia de un tumor intradural extramedular

Citología del líquido que se tomó en el acto quirúrgico: negativo a malignidad. Material granular eosinófilo, con presencia de células escamosas.

Biopsia: muestra correspondiente a la pared de la lesión quística con revestimiento de epitelio estratificado escamoso no queratinizante bien diferenciado (positividad para PanCK AE1/AE3) -figura 3-, con estructuras glandulares anexales en la pared que descansan sobre un estroma fibroadiposo (positividad para vimentina) -figura 4-. Ki67 negativo. No malignidad.

Conclusiones: el aspecto histológico es consistente con quiste dermoide.

El paciente se mantiene asintomático y asiste con regularidad a las consultas.

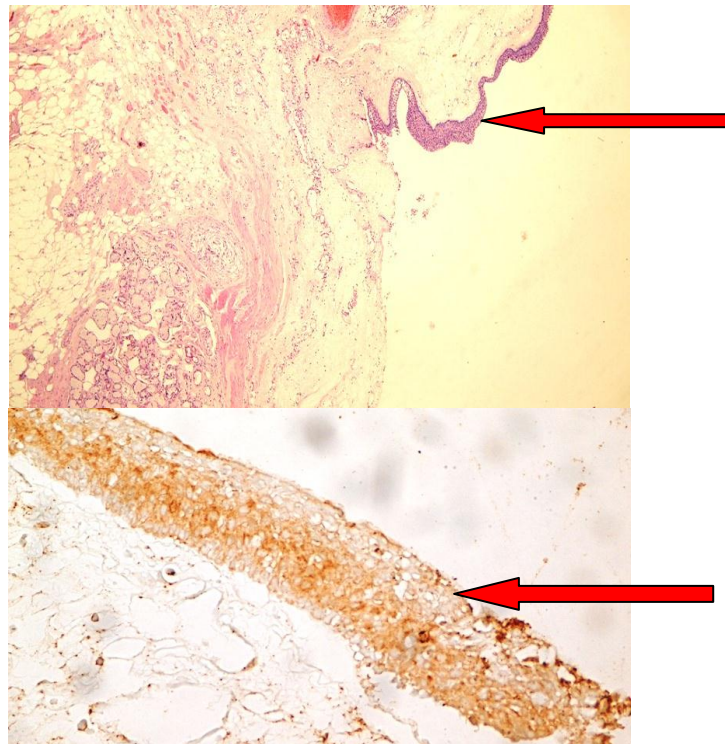


Figura 3. Muestra correspondiente a la pared de la lesión quística con revestimiento de epitelio estratificado escamoso no queratinizante bien diferenciado (positividad para PanCK AE1/AE3)

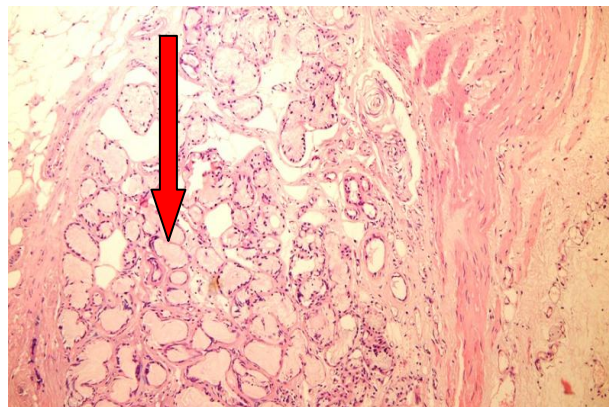


Figura 4. Estructuras glandulares anexiales en la pared que descansan sobre un estroma fibroadiposo (positividad para vimentina). Ki67 negativo. No malignidad.

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides son lesiones benignas que se originan por el atrapamiento del epitelio germinal durante el cierre del filum terminal. Estos quistes son indoloros y de crecimiento lento y no tienen predilección por el sexo. A pesar de que pueden estar presentes al nacer y en pacientes de edad avanzada, la mayoría ocurre entre los 15 y los 35 años.^(7,8) En cuanto a sus características clínicas los QD se presentan como una masa blanda, indolora y desplazable. Los quistes aumentan de tamaño de forma muy lenta, con el paso de los años, suelen ser pequeños durante la infancia y aumentar su tamaño durante la adolescencia; en algunos casos alcanzan hasta 12cm.^(5,6)

La luz del quiste generalmente contiene una mezcla de queratina descamada, sebo y tallos pilosos. Su cápsula está formada por una estrecha zona de tejido

conectivo comprimido que está, generalmente, exento de inflamación.⁽⁹⁾ Con frecuencia distienden la mucosa tan a fondo que su contenido puede ser visible.⁽¹⁰⁾

En 1995 Meyer actualizó el concepto de quiste dermoide para describirlo y clasificarlo en tres variantes histopatológicas:

1. El verdadero quiste dermoide
2. El quiste epidérmico
3. El teratoide.

El quiste dermoide verdadero es una cavidad revestida de epitelio que muestra queratinización y tiene apéndices de piel identificables. El quiste epidérmico está revestido por epitelio escamoso simple, con una pared fibrosa y sin estructuras anexas.⁽¹¹⁾ El revestimiento del quiste ceratoideo varía de un epitelio simple escamoso a un epitelio ciliado respiratorio y contiene derivados de ectodermo, mesodermo y endodermo (o ambos).⁽¹²⁾ La región sacrococcígea cierra la pared posterior de la pelvis menor y es sitio de inserción de músculos y ligamentos. Su estructura está conformada por las partes blandas extra raquídeas, la pared ósea del canal vertebral o conducto raquídeo, el espacio epidural con su contenido de grasa y plexo venoso, la duramadre, que con su envoltura fibrosa termina en el fondo del saco, a la altura de la segunda vértebra sacra, el espacio subdural con la aracnoides, el líquido cefalorraquídeo, las raíces nerviosas y el filum terminal.^(1,2,3)

Los tumores intradurales extramedulares significan cerca del 51% y la gran mayoría (84%) son intradurales. De ellos los tumores de la vaina de los nervios, los meningiomas, los hamartomas y los sarcomas son los que, con frecuencia, tienen extensión extradural.⁽⁷⁾

El tratamiento de esta enfermedad es quirúrgico y es necesaria la realización de biopsia para lograr llegar al diagnóstico histológico y valorar, si es necesario, otro tipo de tratamiento.

Con este paciente se pone de manifiesto la importancia de una evaluación clínica amplia para poder llegar al diagnóstico positivo de estas formas atípicas de presentación de lesiones medulares con afectación de nervios periféricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sinelnikov RD. Estudio de los huesos, articulaciones y músculos. En: Atlas de Anatomía Humana. URSS: Editorial MIR; 1984. p. 34-39.
2. Testut L, Latarjet A. Médula espinal. En: Tratado de Anatomía Humana. España: Salvat Editores; 1960. p. 618-19.
3. Wu J, Ranjan S. Neoplastic Myelopathies. Continuum [Internet]. 2018 April [citado 5 Nov 2018];24(2 Spinal Cord Disorders):476–496. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29613896>. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000585>
4. Ciftdemir M, Kaya M, Selcuk E, Yalniz E. Tumors of the spine. World J Orthop [Internet]. 2016 Feb [citado 5 Nov 2018];7(2):109–116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757655/>. <https://dx.doi.org/10.5312/wjo.v7.i2.109>
5. Dorfer C, Tonn J, Rutka JT. Ependymoma: a heterogeneous tumor of uncertain origin and limited therapeutic options. Handb Clin Neurol [Internet]. 2016 [citado 5 Nov 2018];134:417–431. Disponible en:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948369>. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802997-8.00025-6>
6. Koeller KK, Rosenblum RS, Morrison AL. Neoplasms of the spinal cord and filum terminale: radiologic-pathologic correlation. Radiographics [Internet]. 2000 Nov-Dec [citado 5 Nov 2018];20(6):1721–1749. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11112826>. <https://doi.org/10.1148/radiographics.20.6.g00nv151721>
 7. Gu R, Liu JB, Zhang Q, Liu GY, Zhu QS. MRI diagnosis of intradural extramedullary tumors. J Cancer Res Ther [Internet]. 2014 Oct-Dec [citado 5 Nov 2018];10(4):927–931. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25579530>. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.137993>
 8. Dehcordi SR, Ricci A, Chiominto A, De Paulis D, Di Vitantonio H, Galzio RJ. Dorsal extradural meningioma: case report and literature review. Surg Neurol Int [Internet]. 2016 [citado 5 Nov 2018];7:76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5009579/>. <https://dx.doi.org/10.4103/2152-7806.188914>
 9. Quraishi NA, Arealis G, Salem KM, Purushothamdas S, Edwards KL, Boszczyk BM. The surgical management of metastatic spinal tumors based on an Epidural Spinal Cord Compression (ESCC) scale. Spine J [Internet]. 2015 Aug [citado 5 Nov 2018];15(8):1738–1743. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817737>. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.03.040>
 10. Goodman BP. Disorders of the cauda equina. Continuum (Minneapolis Minn) [Internet]. 2018 Apr [citado 5 Nov 2018];24(2, Spinal Cord Disorders):584–602. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29613901>. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000584>
 11. Tarulli AW. Disorders of the cauda equina. Continuum (Minneapolis Minn) [Internet]. 2015 Feb [citado 5 Nov 2018];21(1, Spinal Cord Disorders):146–158. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651223>. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000461090.09736.45>
 12. Kramer CL. Vascular disorders of the spinal cord. Continuum (Minneapolis Minn) [Internet]. 2018 Apr [citado 5 Nov 2018];24(2, Spinal Cord Disorders):407–426. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29613893>. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000595>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 16-4-2019

Aprobado: 24-6-2019

Marcos Luis García. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Avenida Arnaldo Milián Castro No. 5 e/ Avenida 26 de julio (Doble Vía) y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000

marcosl@infomed.sld.cu

<https://orcid.org/0000-0002-6635-0113>