

Mujer joven con neuralgia del trigémino y parálisis facial

G. Amengual, A. Estremera, H. Sarasibar, M^a. A. Jaume¹, C. Penjeam²

Caso clínico

Mujer de 27 años vista en consultas de neurología. Presenta, desde hace siete años una sensación eléctrica, no dolorosa, en mejilla izquierda. Había sido diagnosticada de neuralgia del trigémino y tratada, con mejoría de los síntomas. Tras abandonar el tratamiento reaparecen las parestesias en hemicara izquierda. Tres meses antes de acudir a la consulta inicia un cuadro de dolor muy intenso en hemicara izquierda, de tipo eléctrico, que empeora con algunos movimientos como comer, hablar, tocarse la cara... También nota menor audición en oído izquierdo. En la exploración se objetiva dificultad para cerrar el ojo izquierdo, asimetría de surcos nasogenianos, menos marcado el izquierdo, e hipoestesia de hemicara izquierda. El resto de la exploración física es normal.

Dado que se trata de una neuralgia del trigémino que asocia afectación de otro par craneal (VII par), se indica estudio de imagen, comenzando con una tomografía computarizada (TC). La TC craneal (Fig. 1) muestra una masa extraaxial hipodensa centrada en la cisterna del ángulo pontocerebeloso izquierdo que no presenta claro realce tras la administración de contraste. Condiciona compresión y desplazamiento contralateral del tronco del encéfalo y deformación del IV ventrículo sin llegar a obliterarlo. No se observan signos de hidrocefalia activa.

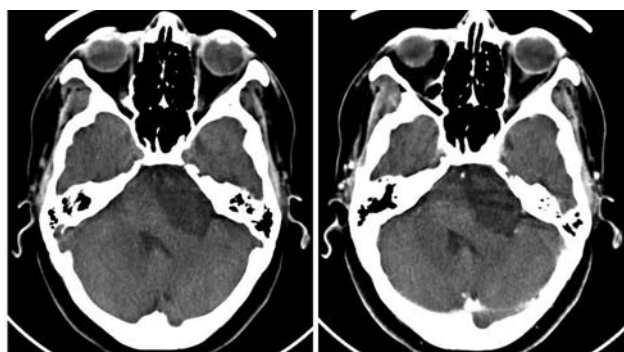


Fig. 1. TAC sin y con contraste intravenoso. Masa hipodensa en el ángulo pontocerebeloso izquierdo. No realza tras la administración de contraste intravenoso.

Para completar el estudio de imagen se realiza una resonancia magnética (RM) cerebral con las secuencias habituales, en la que se observa una lesión extraaxial del ángulo pontocerebeloso izquierdo, hipointensa con áreas hiperintensas periféricas en T1, hiperintensa con áreas hipointensas en secuencias ponderadas en T2 (Fig. 2), cuya señal no se anula en secuencia FLAIR (Fig. 3) y que presenta restricción a la difusión del agua (hiperintensa) en la secuencia potenciada en difusión (Fig. 4).

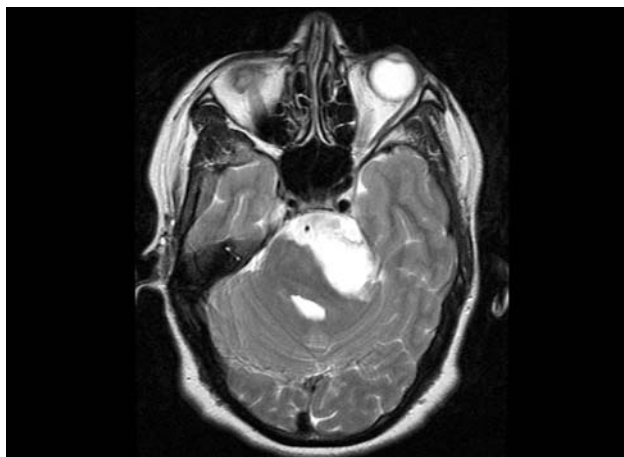


Fig 2. RM FSE T2 axial. La masa es hiperintensa, con una intensidad de señal similar al líquido cefalorraquídeo, heterogénea.

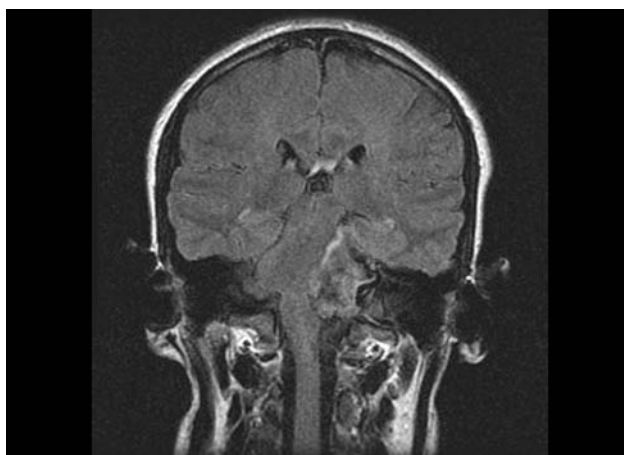


Fig. 3. RM FSE FLAIR coronal. La lesión es heterogénea con áreas hipo e hiperintensas; no se anula la señal como en el resto de estructuras con contenido líquido

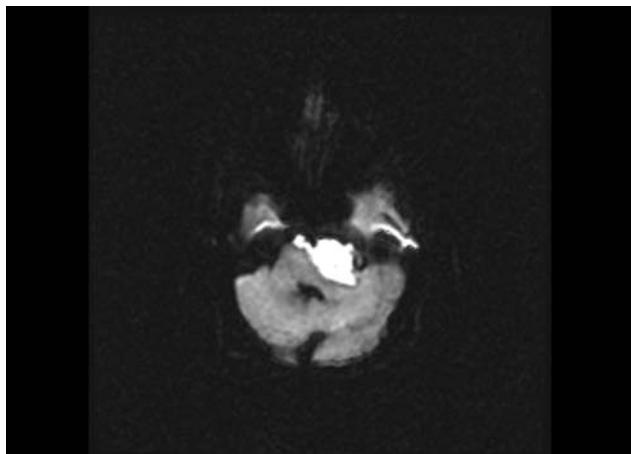


Fig. 4. RM EPI-DW axial. La masa presenta restricción a la difusión del agua (hiperintensa en secuencia de difusión).

El estudio mediante potenciales evocados en el tronco del encéfalo muestra hallazgos sugestivos de una severa alteración en la transmisión en oído izquierdo a nivel de estructuras troncoencefálicas.

En este caso el diagnóstico diferencial principal se establecería entre el quiste o tumor epidermoide y el quiste aracnoideo. La falta de anulación de señal en la secuencia FLAIR y el comportamiento hiperintenso (restricción a la difusión) en la secuencia potenciada en difusión establecen el diagnóstico de quiste epidermoide. El quiste aracnoideo seguiría la señal del líquido cefaloraquídeo (LCR) en todas las secuencias. La anulación de señal en FLAIR hace referencia a la baja señal que muestra el LCR en esta secuencia, así como también las estructuras puramente líquidas como es el caso del quiste aracnoideo.

Comentario

El diagnóstico diferencial de las lesiones del ángulo pontocerebeloso incluye el schwannoma del VIII par craneal (un 75% de los casos), el meningioma (10%), el tumor epidermoide (5%), el schwannoma del V par y el quiste aracnoideo entre otros. El schwannoma del VIII par puede presentarse como un tumor puro del ángulo pontocerebeloso, aunque la mayoría (75%) presenta además una porción intracanalicular que tiende a expandir o ensanchar el conducto auditivo interno. En los estudios de resonancia son lesiones isointensas o ligeramente hipointensas respecto al parénquima cerebral en todas las secuencias y tras la administración de contraste casi siempre realzan, siendo el realce homogéneo. El meningioma es una neoplasia sólida, con base dural, que en los estudios de TC sin contraste suele ser más densa que

el parénquima cerebral, con frecuencia (hasta 20%) presenta calcificaciones y tras la administración de contraste intravenoso realza de forma intensa y homogénea. De forma muy poco frecuente puede presentar mínimo componente intracanalicular.

El llamado tumor / quiste epidermoide no es realmente una neoplasia. Se trata de una lesión benigna de lento crecimiento constituida por una colección de epitelio con debris descamado resultante de la inclusión de restos ectodérmicos durante el proceso de cierre del tubo neural en el periodo embrionario. Se suelen diagnosticar en pacientes jóvenes (20 a 40 años). Con mayor frecuencia se localizan en el ángulo pontocerebeloso y de forma habitual con clínica de neuralgia del trigémino, parálisis facial e hipoacusia dependiendo de su ubicación. Otras localizaciones posibles son la cisterna supraselar, la cisterna preponitina, la región pineal. Los epidermoides son típicamente hipointensos en TC y no realzan tras la administración de contraste intravenoso. Se trata de una lesión que se adapta a los márgenes de las estructuras encefálicas normales y a menudo tiene bordes lobulados. No desplazan a las estructuras neurovasculares de las cisternas sino que las engloban. Como se ha mencionado previamente, el quiste aracnoideo es una lesión poco frecuente en esta localización; se caracteriza por ser isointensa con el LCR en todas las secuencias y por la ausencia de realce tras la administración de contraste.

Bibliografía

- 1- Som PM, Curtin HD. Head and neck imaging. 4th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier Science; 2003.
- 2- Bonneville F, et al. Unusual lesions of the cerebello-pontine angle: A segmental approach. Radiographics 2001; 21:419-438.
- 3- Harnsberger R, Hudgins PA, Wiggins III RH, Christian Davidson H. Diagnostic Imaging. Head and Neck. Salt Lake City, UT: Amirsys Inc; 2004.
- 4- Grossman RI, Yousem DM. Neuroradiology: The Requisites. 2nd ed. St Louis, MO. Mosby; 2003.