

Crisis comiciales complejas: hallazgos en imagen

Gutiérrez-Pantoja M.A.¹, Valdés-Fernández B.¹, Cordido-Henriquez F.¹, Vallejo-Desviat P.²,
Molina-López-Nava P.³

Sanid. mil. 2021; 77 (2): 106-107, ISSN: 1887-8571

SUMMARY

A 30-year-old woman with a history of complex seizures since childhood under pharmacological treatment and undergoing follow-up by Neurology. She is requested MRI imaging study for current migraine clinic.

Key words: Diagnostic imaging, complex seizures crisis.

PRESENTACIÓN

Mujer de 30 años con antecedentes de crisis comiciales complejas desde la infancia en tratamiento farmacológico y en seguimiento por Neurología.

Se le solicita estudio de imagen por RM por clínica actual de migraña.

En el estudio efectuado con protocolo habitual para estudio de epilepsia sin contraste IV, se identifica una herniación temporal derecha anterior por un defecto óseo que contiene espacio subaracnoideo y parénquima cerebral temporal hacia la fosa craneal media (Fig. 1 A y B).

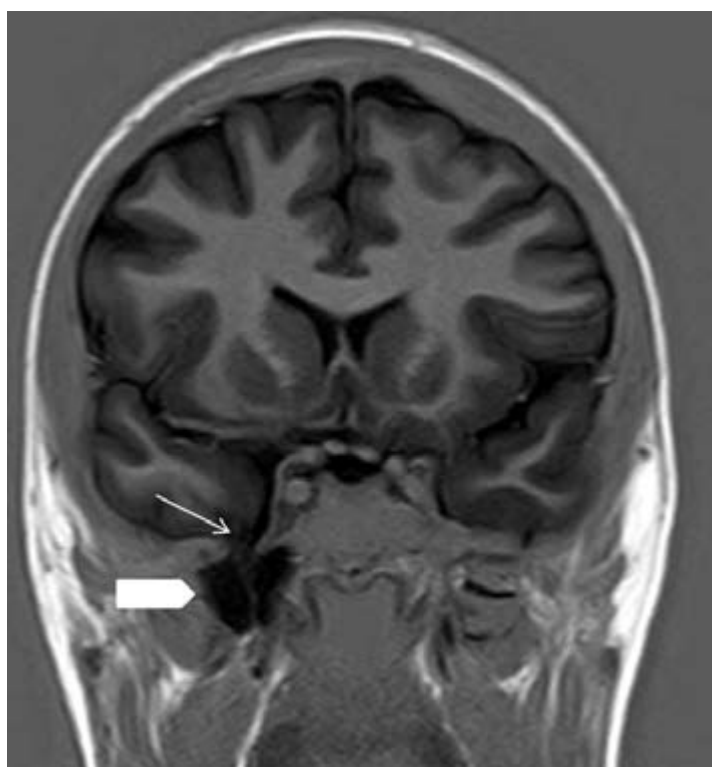


Fig 1. A: Corte coronal de RM potenciado en T2. B: Corte coronal de RM potenciado en T1. Ambas realizadas con protocolo de epilepsia, muestran la herniación del parénquima temporal derecho (cabeza de flecha) por un defecto óseo y dural temporal (flecha blanca).

1. Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

2. Teniente coronel Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

3. Coronel Radiólogo. Servicio de Radiología del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Dirección para correspondencia: Aránzazu Gutiérrez Pantoja. Servicio de Radiología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid. España. Tlfn: 914222000. mgutpan@mde.es.

Recibido: 15 de noviembre de 2020

Aceptado: 18 de enero de 2021

doi: 10.4321/S1887-85712021000200007

DISCUSIÓN

Los encefaloceles temporales son herniaciones anormales del parénquima temporal a través de un defecto óseo y dural de la base del cráneo, que pueden ser congénitos o adquiridos ^(1,2). Esta localización es poco frecuente en comparación con otras localizaciones como en la fosa craneal anterior, aunque pueden presentarse en cualquier región supratentorial y de la base del cráneo ⁽³⁾. La fosa craneal media está compuesta por los huesos esfenoideos, temporal y parietal, por lo tanto, algún defecto en alguno de ellos puede dar lugar a una herniación anómala del parénquima cerebral ⁽¹⁾.

Entre las causas adquiridas destacan procesos traumáticos, neoplásicos o inflamatorios ⁽¹⁾.

Hay 5 tipos según la clasificación de Wilkins y Radtke ⁽⁴⁾:

- Encefalocele Temporal lateral: defecto en el pterión/asterión/bóveda craneal.
- Encefalocele Anteroinferior/Transalar: defecto en la porción antero-inferior de la fosa media.
- Encefalocele Temporal Pósterio-inferior: defecto en el tegmen tympani.
- Encefalocele Anterior Esfeno-orbital/orbital posterior: defecto en la fosa media anterior.
- Encefalocele Antero-medial: defecto en la pared antero-medial de la fosa media.

Los encefaloceles temporales anteriores se han relacionado recientemente con epilepsia refractaria del lóbulo temporal, si bien es una entidad poco frecuente, su incidencia podría ser más alta de lo que se piensa al ser una causa frecuentemente no identificada en estudios de imagen de epilepsia, debido a la dificultad para detectar lesiones estructurales pequeñas isointensas con el parénquima así como la limitación de la RM en el estudio de anomalías óseas ⁽³⁾.

El diagnóstico de esta patología se puede sospechar por cuadros de meningitis recurrentes que se asocian a fistulas de LCR y crisis epilépticas temporales. La cefalea es un síntoma constante ⁽¹⁾.

El diagnóstico se realiza, fundamentalmente, por resonancia magnética, identificando una herniación de la parte más rostral del lóbulo temporal a través de un defecto óseo en la base del cráneo rodeada por una columna de líquido cefalorraquídeo ⁽³⁾. Hay que tener en cuenta que entre un 20-30% con estudio de RM normales son lesiones sutiles que pasan inadvertidas si la evaluación de la RM cerebral no es guiada por el contexto clínico ⁽³⁾.

Se debe realizar una RM de alta resolución en planos coronales y sagitales con protocolo de epilepsia. También puede realizarse una TC de alta resolución para identificar defectos óseos ⁽⁴⁾.

El tratamiento de elección para los casos de epilepsia temporal refractaria al tratamiento por encefaloceles temporales es quirúrgico ⁽¹⁾.

DIAGNÓSTICO

Encefalocele temporal como causa de la epilepsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encefalocele espontáneo del lóbulo temporal. Carlos Delgado Hernández, Daniel Kelly, Martha Azucena Delgado Ochoa, María del Rosario Hernández Naarro, Gervith Reyes Soto. *Rev Hosp Jua Mex* 2010; 77(1):75-79.
2. Rinoliquorrea de etiología atípica: encefalocele espontáneo temporal bilateral. Asís Lorente Muñoz, María Pilar Lisbona Alquézar, Luis González Martínez, Jorge Sevil Navarro, Eva María Llorente Arenas. *Acta Otorrinolaringología Española*. Vol.63. Núm. 3. Pag. 237-240 (Mayo - Junio 2012).
3. Encefalocele temporal, una lesión estructural sutil que puede asociarse con epilepsia temporal. A.B. Gil Guerra, M. Rodríguez Velasco, R. Sigüenza González, M.A. Sánchez Ronco. *Neurología*. Vol. 35, Issue 3, April 2020, Pages 216-217.
4. Encefalocele Temporal Espontáneo: Como causa de crisis epiléptica. Carmen Zevallos Maldonado, Laura Abenza Oliva, Carmen María Aleman Navarro, Carmen Alcantara Zafra, Lucía Sanchez Alonso, Alejandro Puertas Sales. *EPOS*. 34 CONGRESO DE LA SERAM.