

Pseudomeningocele

Es una colección de [líquido cefalorraquídeo](#) sin cobertura dural tras una lesión meníngea.

Tipos

Congénito: Por ectasia dural en pacientes con síndrome de Marfan (Sonier y col., 1993; Kohler y Prentice, 2010).

Espina bífida oculta asociada a pseudomeningocele (Uff y Bradford, 2005).

Postoperatorio: complicación infrecuente de la cirugía espinal (Cook y col., 1989; Zide 1992; O'Connor y col., 1998).

Traumático: Por fracturas generalmente en la zona lumbosacra (Johnson y Lane, 1998).

Son comunes tras una lesión del plexo braquial (Drzymalski y col., 2010).

El tamaño del defecto en la duramadre-aracnoides, la presión del líquido cefalorraquídeo, y la resistencia de los tejidos blandos presumiblemente determinan el tamaño del pseudoquistes.

ver [Pseudomeningocele frontal](#)

Clínica

A menudo es asintomática y autolimitada.

Una proporción de pacientes pueden presentar cefalea, cervicalgia y signos mielopáticos y radicular (De Luca y col., 2010).

El dolor radicular se debe a un atrapamiento del nervio o raíz y puede causar daños neuronales irreversibles (Wilkinson 1971; Hadani y col., 1986; Pavlou y col., 2006):

También se ha descrito el síndrome de cola de caballo debido hernia de las raíces de la cola de caballo a través del defecto dural (Oterdoom y col., 2010; Asha y col., 2011).

La pérdida de LCR puede provocar un déficit neurológico hasta años después de una durotomía por hernia transdural de una raíz y la compresión subsiguiente. Se debe ser consciente de la posibilidad de esta complicación potencialmente devastadora (Oterdoom y col., 2010).

Diagnóstico

Se diagnostica mediante mielografía, ecografía, tomografía computarizada y la resonancia magnética (Zaitseva y Shariia, 2002; Seçer y col., 2011).

[Imágen de resonancia magnética](#)

Tratamiento

Se recomienda el tratamiento quirúrgico en los casos de hernia sintomática de la raíz, para evitar un deterioro neurológico posterior.

Sin embargo, se deben considerar métodos conservadores como tratamiento inicial (Johnson y Lane 1998).

[Imágen intraoperatoria](#)

Complicaciones postoperatorias

El cierre inadecuado de la [dura](#) o de la fascia muscular cervical posterior puede permitir la salida de LCR desde la fosa posterior. Además, la hidrocefalia postoperatoria es una causa común de fuga de líquido con la presencia o no de pseudomeningocele ¹⁾, debiéndose realizar una RM y un fondo de ojo, para descartar ventriculomegalia y papiledema respectivamente. En caso de existir alguno de éstos puede ser necesaria la colocación de un drenaje ventricular externo, y posteriormente valorar la posible implantación de una derivación ventrículo peritoneal. La presencia de un pseudomeningocele requiere reparación quirúrgica si se asocia a fístula de LCR, papiledema,iringomielia ²⁾ o si el defecto estético es importante. La elección de un tipo de plastia puede condicionar la recurrencia o el empeoramiento de la sintomatología preparatoria ³⁾, este hecho se ha descrito especialmente con el uso de plastias heterólogas ⁴⁾. El cierre de la dura es un paso crítico para evitar la aparición de complicaciones, aunque no existen estudios al respecto que justifiquen que un tipo de sutura sea mejor que otra. Respecto al uso de un tipo de plastia en concreto para disminuir la tasa de fugas de LCR, tampoco hay estudios previos concluyentes que apoyen o contradigan los hallazgos de nuestra serie.

Si apareciese la salida de líquido, es necesaria: una buena limpieza de la herida, aplicar un vendaje compresivo en la zona, valorar la posibilidad de suturar de nuevo alguna parte de herida, y si no fuese suficiente con todo esto, se colocaría un drenaje lumbar ⁵⁾.

A pesar de que la tasa de complicaciones es mayor en los casos que se abre la dura, algunos autores asumen la aparición de estos problemas postoperatorios, porque encuentran una clara diferencia en la mejoría clínica tras la cirugía cuando se realiza duroplastia ⁶⁾.

Bibliografía

Asha, M J, K J George, y M Choksey. 2011. «Pseudomeningocele presenting with Cauda equina syndrome: is a “ball-valve” theory the answer?» British Journal of Neurosurgery (Mayo 18). doi:10.3109/02688697.2011.578768. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21591855>.

Cook DA, Heiner JP, Breed AL. Pseudomeningocele following spinal fracture. A case report and review of the literature. Clin Orthop Relat Res 1989;247:74-9.

De Luca, Gabriele C, Ivan Garza, Giuseppe Lanzino, y James C Watson. 2010. «An unexpected cause of orthostatic headache: delayed postlaminectomy pseudomeningocele». Neurology 74 (19) (Mayo 11): 1553. doi:10.1212/WNL.0b013e3181dd4319.

Drzymalski, Dan M, Jayshree Tuli, Ning Lin, y Sagun Tuli. 2010. «Cervicothoracic intraspinal pseudomeningocele with cord compression after a traumatic brachial plexus injury». The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society 10 (11) (Noviembre): e1-5. doi:10.1016/j.spinee.2010.08.002.

Hadani M, Findler G, Knoler N, Tadmor R, Sahar A, Shacked I. Entrapped lumbar nerve root in pseudomeningocele after laminectomy: report of three cases. *Neurosurgery* 1986;19:405-7 Johnson JP, Lane JM. Traumatic lumbar pseudomeningocele occurring with spina bifida occulta. *J Spinal Disord* 1998;11:80-3.

Johnson, J P, y J M Lane. 1998. «Traumatic lumbar pseudomeningocele occurring with spina bifida occulta». *Journal of Spinal Disorders* 11 (1) (Febrero): 80-83.

Kohler, E, y D Prentice. 2010. «Pseudomeningocele induced transient loss of consciousness in Marfan syndrome». *Internal Medicine Journal* 40 (3) (Marzo): 228-230.
doi:10.1111/j.1445-5994.2009.02120.x.

O'Connor D, Maskery N, Griffiths WE. Pseudomeningocele nerve root entrapment after lumbar discectomy. *Spine (Philadelphia Pa 1976)* 1998;23:1501-2.

Oterdoom, D L Marinus, Rob J M Groen, y Maarten H Coppes. 2010. «Cauda equina entrapment in a pseudomeningocele after lumbar schwannoma extirpation». *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 19 Suppl 2 (Julio): S158-161.
doi:10.1007/s00586-009-1219-y.

Pavlou G, Bucur SD, van Hille PT. Entrapped spinal nerve roots in a pseudomeningocele as a complication of previous spinal surgery. *Acta Neurochir (Wien)* 2006;148:215-20.

Seçer, Mehmet, Ali Rıza Gezici, Ali Dalgıç, y Mehmet Fikret Ergüngör. 2011. «[Delayed pseudomeningocele as a result of penetrating injury: case report.]. *Ulusal Travma Ve Acil Cerrahi Dergisi = Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery: TJTES* 17 (2) (Marzo): 189-191.

Sonier, C B, T Buhe, P Despins, J Delumeau, y A de Kersaint-Gilly. 1993. «Sacral pseudomeningocele and Marfan's disease. One case». *Journal of Neuroradiology. Journal De Neuroradiologie* 20 (4) (Diciembre): 292-296.

Uff, Christopher, y Robert Bradford. 2005. «Retrograde intraventricular hemorrhage caused by a traumatic sacral pseudomeningocele in the presence of spina bifida occulta. Case report». *Journal of Neurosurgery. Spine* 3 (5) (Noviembre): 390-392. doi:10.3171/spi.2005.3.5.0390.

Wilkinson HA. Nerve-root entrapment in "traumatic" extradural arachnoid cyst. *J Bone Joint Surg Am* 1971;53:163-6.

Zaitseva, E V, y M A Shariia. 2002. «[Magnetic resonance diagnosis of pseudomeningocele]». *Vestnik Rentgenologii I Radiologii* (1) (Febrero): 35-36.

Zide, B M. 1992. «How to reduce the morbidity of wound closure following extensive and complicated laminectomy and tethered cord surgery». *Pediatric Neurosurgery* 18 (3): 157-166.

1)

Elton, S., Tubbs, R.S., Wellons, J.C.: Acute hydrocephalus following a Chiari I decompression. *Pediatr Neurosurg* 2002; 36: 101-104.

2)

Pare, L.S., Batzdorf, U.: Syringomyelia persistence after Chiari decompression as a result of pseudomeningocele formation: implications for syrinx pathogenesis: report of three cases. *Neurosurgery* 1998; 43 : 945-948.

3)

Dyste, G.N., Menezes, A.H., VanGilder, J.C.: Symptomatic Chiari malformations. An analysis of presentation, management, and long-term outcome. J Neurosurg 1989; 71: 159-168.

4)

Rosen, D.S., Wollman, R., Frim, D.M.: Recurrence of symptoms after Chiari decompression and duraplasty with nonautologous graft material. Pediatr Neurosurg 2003; 38: 186-190.

5)

Mazzola, C., Arno, H.. F.: Revision surgery for Chiari malformation surgery. Neurosurg Focus 2003; 15: 1-8.

6)

Alzate, J., Kothbauer, K., Jallo, G.: Treatment of Chiari type I malformation in patients with and without syringomyelia: a consecutive series of 66 cases. Neurosurg Focus 2001; 11: 1-9.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=pseudomeningocele>

Last update: **2019/09/26 22:17**

