



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,
Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

**“HIDROCEFALIA NORMOTENSA, UNA MASA Y
UNA DUDA DENSA”. QUISTE DERMOIDE
SUPRASELAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**“NORMAL PRESSURE HYDROCEPHALUS: A MASS AND A
DENSE LUMP”. SUPRASELLAR DERMOID CYST. CASE
REPORT**

Dr. Klaic-López David Alejandro
Universidad San Francisco de Quito.

Dr. Martinez Maldonado Diego
Hospital de Especialidades Andrade Marin.

Msc. Valeria Jacqueline Armas Salazar
Universidad Central del Ecuador

Irm. Astudillo Vera Emily Estefanía
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19522

“Hidrocefalia normotensa, una masa y una duda densa”. Quiste dermoide supraselar. Presentación de un caso

Dr. Klaic-López David Alejandro¹

davidklaicl@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4026-4616>

Universidad San Francisco de Quito.
Quito-Ecuador

Dr. Martinez Maldonado Diego

diegomartinezmaldonado@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5599-8427>

Hospital de Especialidades Andrade Marin.
Quito-Ecuador

Msc. Valeria Jacqueline Armas Salazar–

valearmas@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-3220-3113>

Universidad Central del Ecuador
Quito-Ecuador

Irm. Astudillo Vera Emily Estefanía –

emily_astudillo@yahoo.com

<https://orcid.org/0009-0004-4529-3772>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Quito-Ecuador

RESUMEN

La hidrocefalia es causada por un desbalance en la producción, absorción u obstrucción del camino de líquido cefalorraquídeo. Los estudios de imagen son esenciales para valorar la causa de la hidrocefalia junto con posibles complicaciones. Se presenta el caso de un paciente masculino de 60 años de edad, que presenta ataxia, operación de la marcha y desorientación. Mediante estudios de imagen, se identifica un quiste dermoide supraselar accidentado asociado a hidrocefalia normotensa, como causa de la sintomatología del paciente.

Palabras clave: quiste dermoide, hidrocefalia normotensa, quiste del sistema nervioso central, dermoid cyst, normal pressure hydrocephalus

¹ Autor principal

Correspondencia: davidklaicl@hotmail.com

“Normal pressure hydrocephalus: a mass and a dense lump”. Suprasellar dermoid cyst. Case report

ABSTRACT

Hydrocephalus is caused by an imbalance in the production, absorption or obstruction of the cerebrospinal fluid pathway. Imaging studies are essential to assess the cause of hydrocephalus along with possible complications. The case of a 60-year-old male patient who presents ataxia, gait impairment and disorientation is presented. Through imaging studies, a ruptured suprasellar dermoid cyst associated with normotensive hydrocephalus was identified as the cause of the patient's symptoms.

Keywords: dermoid cyst, normal pressure hydrocephalus, central nervous system cyst, dermoid cyst, normal pressure hydrocephalus

Artículo recibido 20 julio 2025

Aceptado para publicación: 20 agosto 2025



INTRODUCCIÓN

La hidrocefalia normotensa se caracteriza por hallazgos en imagen que indican un agrandamiento de los ventrículos laterales y el tercer ventrículo asociados la triada clásica de ataxia, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria (1).

A continuación, se presenta el caso de un paciente de 60 años que ingresa por ataxia, déficit cognitivo y pérdida de control de esfínteres. En la tomografía se observa hidrocefalia, una masa supraselar y puntos densos dispersos en el espacio subaracnoideo. En la resonancia magnética, donde se constata la composición heterogénea de la misma, además de glóbulos grasos en el espacio subaracnoideo.

Con estos hallazgos imagenológicos se llega a la conclusión de la posibilidad de quiste dermoide accidentado o teratoma accidentado. Se valora la condición del paciente y se decide la conducta a seguir.

Presentación del caso:

Se presenta caso de un paciente de sexo masculino, de 60 años de edad, que acude al servicio de emergencia por presentar incoordinación en la marcha y desorientación de 2 horas de evolución.

Como primera sospecha diagnóstica se pensó en un evento cerebral isquémico. Razón por la que se realiza una tomografía simple de cráneo. Tras obtener los resultados se identifica una masa en la región supraselar derecha que mide 2.8 cm de diámetro transversal, 3.1 cm de diámetro longitudinal y 2.5 cm de diámetro anteroposterior, presenta densidades heterogéneas de predominio grasa, con calcificaciones en su periferia; se asocia a dilatación de los ventrículos laterales y 3er ventrículo, con índice de Evans de 0.48 e imágenes hipodensas redondeadas bien delimitadas intraventriculares y en el espacio subaracnoideo (Figura 1).

Tras esto, se realiza una resonancia magnética simple y contrastada de silla turca donde se observa que la lesión desplaza la hipófisis hacia la silla turca, el tallo hipofisiario, quiasma óptico y piso del tercer ventrículo hacia la izquierda, se asocia a hidrocefalia triventricular. La lesión tiene un comportamiento hiperintenso en T1 sin captación de contraste (Figura 2). En T2 es heterogénea con áreas hiperintensas e hipointensas y suprime secuencias de supresión grasa (Figura 3). En la secuencia de difusión no se observa restricción a la misma (Figura 4). Además, las imágenes redondeadas en el espacio subaracnoideo son hiperintensas tanto en T1 y T2 e hipointensas en las secuencias de saturación grasa



(Figura 3). Con los hallazgos antes descritos se propuso como posibles diagnósticos teratoma o quiste dermoide accidentado.

Con el pasar de los días el paciente recupera su capacidad para caminar, se orienta mejor en sus 3 esferas y se decide enviarlo de alta y realizar controles por consulta externa. Durante los controles no se observa signos o síntomas que sugieran focalidad neurológica, la marcha se encuentra conservada y el paciente refiere estar asintomático.

Ocho meses después el paciente acude nuevamente a la emergencia con los mismos síntomas que tuvo en su primera visita; alteración de la marcha y desorientación. Lo que en esta ocasión se añade es pérdida del control de esfínteres. Se vuelve a realizar una tomografía de cerebro, sin observarse cambios significativos en el tamaño y morfología de la lesión, así como cambios en el índice de Evans y las imágenes en el espacio subaracnoideo.

Este cuadro se tomó para poder determinar la conducta a seguir; por un lado, se podría realizar un enfoque a la sintomatología o quirúrgico enfocado a la masa. Debido a la edad, adecuada salud, funcionalidad y la ausencia de cambios en la masa en el transcurso del tiempo, se optó por valorar la colocación de una sonda de drenaje ventrículo-peritoneal, para evitar nuevos episodios agudos.

Siguiendo el camino para este procedimiento se realizó un “Tap test” donde si hubo mejoría rápida de los síntomas; determinando así que el paciente es candidato para la colocación de un drenaje ventrículo-peritoneal. Se realizó el procedimiento y hasta el momento el paciente no ha vuelto a presentar sintomatología (Figura 5).



Figura 1.- Tomografía simple de cráneo, corte axial (Izquierda) y coronal (Derecha). Presencia de masa regular, hipodena con calcificaciones periféricas (Flecha celeste), se asocia a gotas hipodensas en el espacio subaracnoideo (Flecha rosa), asociado a hidrocefalia (Cabeza de flecha verde).

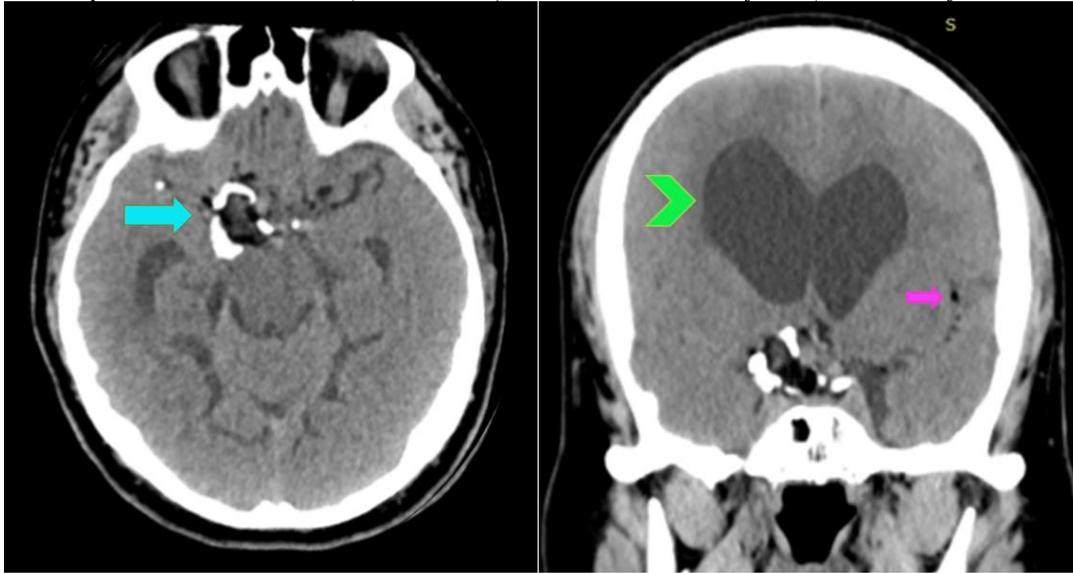


Figura 2.- Resonancia magnética simple de cráneo T1. Corte axial (Izquierda). Resonancia magnética contrastada de cráneo T1. Corte coronal (Derecha).

Presencia de masa regular, hiperintensa en región supraselar derecha (Flecha celeste) de comportamiento igual a grasa. Se asocia a gotas hiperintensas en el espacio subaracnoideo (Flecha rosa) sugestivas de ruptura de quiste. No se observa realce a la administración del medio de contraste (Círculo naranja)

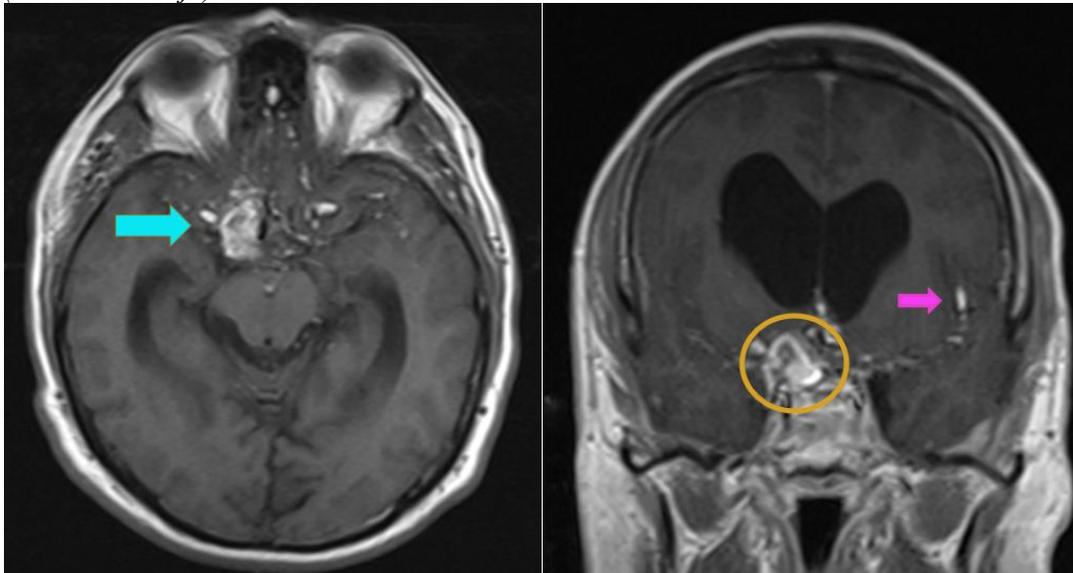


Figura 3.- Resonancia magnética sin contraste de cráneo. T2 coronal (Izquierda) y T2 con supresión grasa coronal (Derecha). La masa es de intensidad heterogénea en secuencias potenciadas en T2 con áreas hiperintensas e hipointensas, mientras que en secuencias de supresión grasa se observa hipointensa sugiriendo contenido graso (Flechas celestes). Mismo comportamiento de las gotas en el espacio subaracnoideo, sugiriendo rotura de la lesión principal (Flechas rosadas).

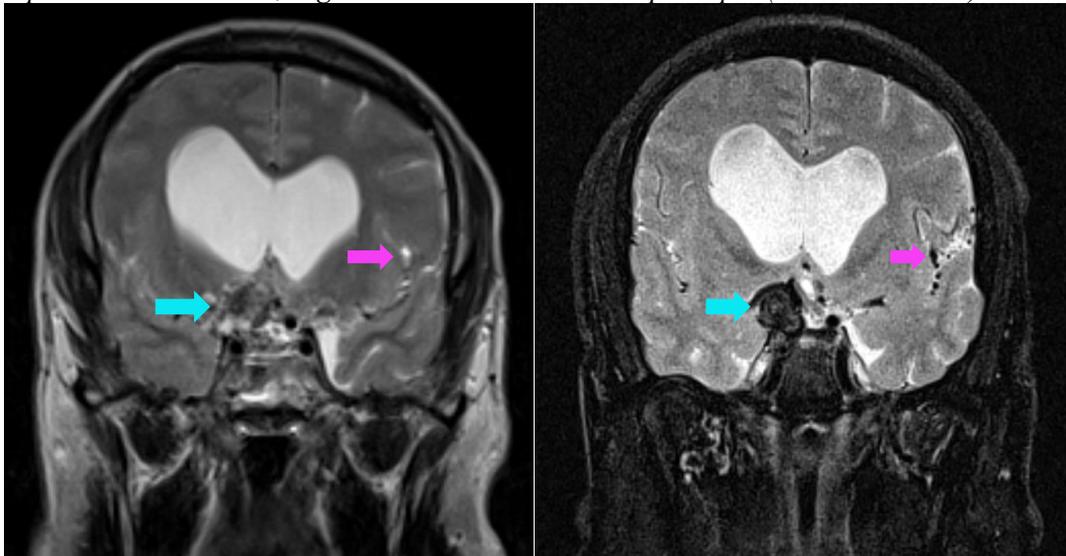


Figura 4.- Resonancia magnética sin contraste de cráneo. Secuencia de difusión (Izquierda) y mapa ADC (Derecha). No se observa restricción a la difusión ni cambios en el mapa ADC en la masa (Círculo naranja).

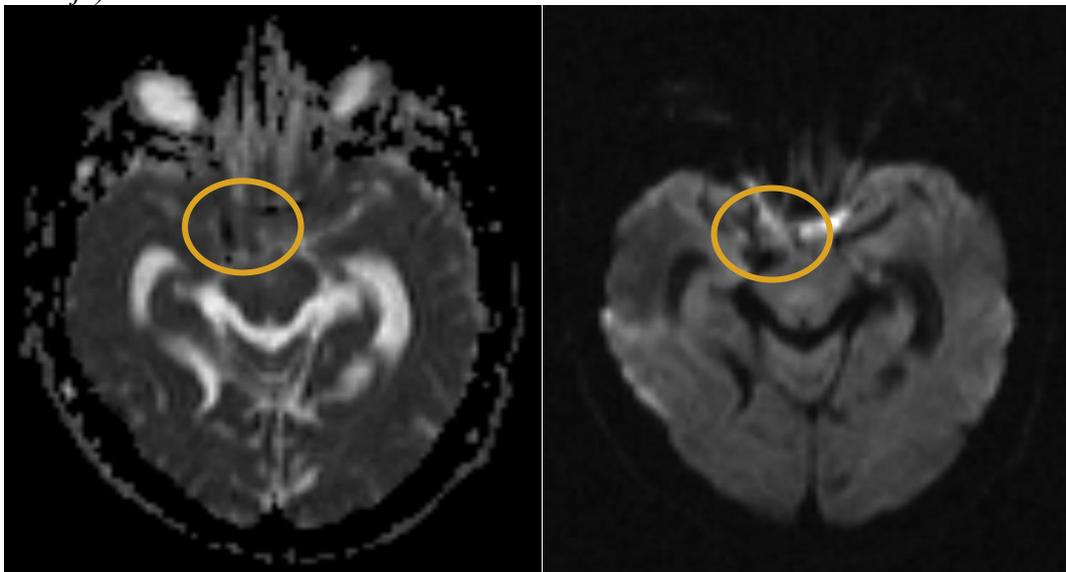


Figura 5.- Tomografía simple de cráneo postratamiento. Corte coronal. Presencia de drenaje ventrículo-peritoneal ubicado en el ventrículo lateral derecho (Flecha blanca). No se observan cambios en la masa (Círculo naranja)



DISCUSIÓN

La fisiología del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el cráneo esta dada de la siguiente manera: la formación del LCR se da en los plexos coroideos ubicados los ventrículos laterales, tercer y cuarto ventrículos. Tras su formación circulan por el sistema ventricular cerebral, este está conformado por dos ventrículos laterales, comunicados con el tercer ventrículo a través del foramen de Monro. A su vez, el tercer ventrículo se comunica con el cuarto a través del acueducto de Silvio. El LCR pasa del cuarto ventrículo al espacio subaracnoideo por los agujeros de Lushcka (Laterales) y Magendie (Medial), donde se distribuye. Si absorción se da en la porción más cefálica del espacio subaracnoideo en los senos venosos las granulaciones aracnoideas hacia los senos venosos (Pérez-Neri & Aguirre-Espinosa, 2015). En un paciente normal tanto la síntesis como absorción y flujo de LCR se mantienen equivalentes para mantener la presión de LCR intracraneal. La hidrocefalia se puede generar debido a alteraciones en la producción o reabsorción u obstrucción de LCR. Causando un incremento del LCR intraventricular y consecuente incremento de la presión intraventricular e intracraneal.

Los métodos de imagen que se realizan para la valoración de hidrocefalia inician por la tomografía donde se puede identificar dilatación del sistema ventricular con disminución del espacio subaracnoideo; para realizar una medición cuantitativa del sistema ventricular se puede utilizar el índice de Evans o medir el diámetro de las astas temporales de los ventrículos laterales, considerando valores patológicos > 0.3 y > 2 mm respectivamente (Lagner et al., 2017).

La resonancia magnética permite tener una valoración más extensa de esta entidad, al poder valorar además de la dilatación del sistema ventricular, la presencia o no de afectación del tejido cerebral con estrecha relación con los ventrículos. Al incrementar la presión dentro del sistema ventricular, se da la extravasación de LCR, lo que lleva a visualizar este tejido hiperintenso, su equivalente en la tomografía es visualizarlo hipodenso.

La hidrocefalia normotensa es un diagnóstico de difícil identificación, a pesar de presentarse como una tríada específica, no es tan sensible debido a que en las residencias de personas adultas mayores se ha visto que el 20% presenta problemas de la marcha, 10% demencia y un 15% presenta incontinencia (4). En los pacientes que presentan hidrocefalia normotensa es importante determinar si esta es primaria o secundaria a otras afecciones. Las lesiones intracraneales pueden brindar la oportunidad para que se genere hidrocefalia, sin la necesidad de que exista incremento de la presión intracraneal (5).

Tener un protocolo diagnóstico de la hidrocefalia es elemental para su correcta valoración. Según el flujo del LCR se debe identificar si la hidrocefalia es obstructiva o no comunicante y diferencial de si es no obstructiva o comunicante. La diferencia entre estas entidades radica en la presencia o no de algún elemento que impida el adecuado flujo de LCR en el sistema ventricular, ya sea intraaxial o extraaxial (Lagner et al., 2017).

En nuestro caso se puede visualizar un tumor supraselar que produce efecto de masa hacia el Acueducto de Silvio generando hidrocefalia.

Los quistes de inclusión son quistes congénitos que contienen tejido ectodérmico. Estos son raros y su ubicación variada. Suelen ser únicos y se dividen en quistes de epidermoides y dermoides.

Ambos provienen de tejido ectodérmico y tienen características similares.

Los quistes de epidermoides contienen folículos pilosos y glándulas sebáceas dentro; mientras que los quistes dermoides presentan estos elementos en su interior.



El quiste epidermoide corresponde al 0.2 – 1.8% de tumores intracraneales primarios; se presenta como una lesión similar al LCR, engloba estructuras adyacentes, no presenta realce con contraste, son isointensos o ligeramente hipertensos en relación al líquido cefalorraquídeo en T1 y T2 y no suprimen en FLAIR o secuencias de difusión (Osborn & Preece, 2006).

Por otro lado, el quiste dermoide representa menos del 0.5% de tumores intracraneales primarios; se presenta con densidad de grasa y se comporta como grasa en la resonancia magnética debido a presencia de colesterol en su interior, en la mayoría de los casos. Es importante tener en cuenta que los quistes dermoides pueden accidentarse y presentar gotas de grasa dispersas a nivel del espacio subaracnoideo (Osborn & Preece, 2006).

En nuestro caso podemos observar la presencia de un quiste dermoide en la región supraselar que produce efecto de masa comprimiendo temporalmente el acueducto del Silvio y generando hidrocefalia. Esto explica la presencia de los síntomas del paciente y los hallazgos en imagen.

CONCLUSIONES

El abordaje de la hidrocefalia es multivariable y requiere un análisis imagenológico de múltiples factores. Se debe tener en mente la formación, flujo y reabsorción de LCR para poder identificar un causal. La presencia de tumores intracraneales puede generar efecto de masa y comprimir estructuras del sistema ventricular generando hidrocefalia.

El estudio de las características imagenológicas de los tumores intracraneales, tanto en tomografía como en resonancia magnética, es de suma importancia para poder proponer posibilidades diagnósticas y mediante esto proponer la conducta a seguir.

El tratamiento de la hidrocefalia norma tensa se basa en el manejo de los síntomas como lo es una derivación ventrículo-peritoneal; en caso de visualizar una masa intracraneal como causante de hidrocefalia, hay que colocar en una balanza el riesgo y el beneficio de una intervención quirúrgica para extraerla.

En el caso presentado en esta ocasión la clínica puede ser indicativa de hidrocefalia al no presentar focalidad neurológica como se vería en una causa isquémica. La presencia de la masa regular, hipodensa en la tomografía, comportamiento de grasa en la resonancia magnética, con gotas en el espacio subaracnoideo y calcificaciones periféricas, nos indica que la principal sospecha diagnóstica sea un



quiste dermoide que en algún momento se accidentó y que produce efecto de masa explicando la hidrocefalia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jameson, J. L., Kasper, D. L., & Longo, D. L. (2018). *Principios de medicina interna de Harrison* (20ª ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Pérez-Neri, I., & Aguirre-Espinosa, A. C. (2015). Dinámica del líquido cefalorraquídeo y barrera hematoencefálica. *Archivos de Neurociencias*, 20(1), 60–64. <https://doi.org/10.31157/an.v20i1.72>
- Lagner, S., Fleck, S., Baldauf, J., et al. (2017). Diagnosis and differential diagnosis of hydrocephalus in adults. *Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren*, 189(8), 728–739. <https://doi.org/10.1055/s-0043-108550>
- Shprecher, D., Schwalb, J., & Kurlan, R. (2008). Normal pressure hydrocephalus: Diagnosis and treatment. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 8(5), 371–376. <https://doi.org/10.1007/s11910-008-0058-2>
- Hayhow, B., Begic, F., Evans, A., Velakoulis, D., & Gaillard, F. (2014). Communicating hydrocephalus with reversible cognitive impairment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 379–380. <https://doi.org/10.1177/0004867413511547>
- Osborn, A. G., & Preece, M. T. (2006). Intracranial cysts: Radiologic-pathologic correlation and imaging approach. *Radiology*, 239(3), 650–664. <https://doi.org/10.1148/radiol.2393050823>
- Katzman, G. L. (2004). Epidermoid cyst. En *Diagnostic imaging: brain* (pp. 7–16). Philadelphia: Amirsys.

