

Figura 1. Clasificación de los QACC. Tipo I: Extensión Supra e Infratentorial (al nivel del triángulo ventricular) y en las regiones infratentoriales en la cisterna supracerebelosa. Tipo II: Extensión infratentorial en las regiones Supracerebelosa o supracerebelosas. Tipo III: Extensión lateral a la cisterna ambiens, hacia el lóbulo temporal. Ejemplos de pacientes con QACC: Tipo I (A), Tipo II (B) y Tipo III (C). Dibujos realizados por el autor y clasificación publicada en el artículo Quadrigeminal arachnoid cyst with perinatal encephalocele Child's Nervous System (2020) 36:1393–1397.

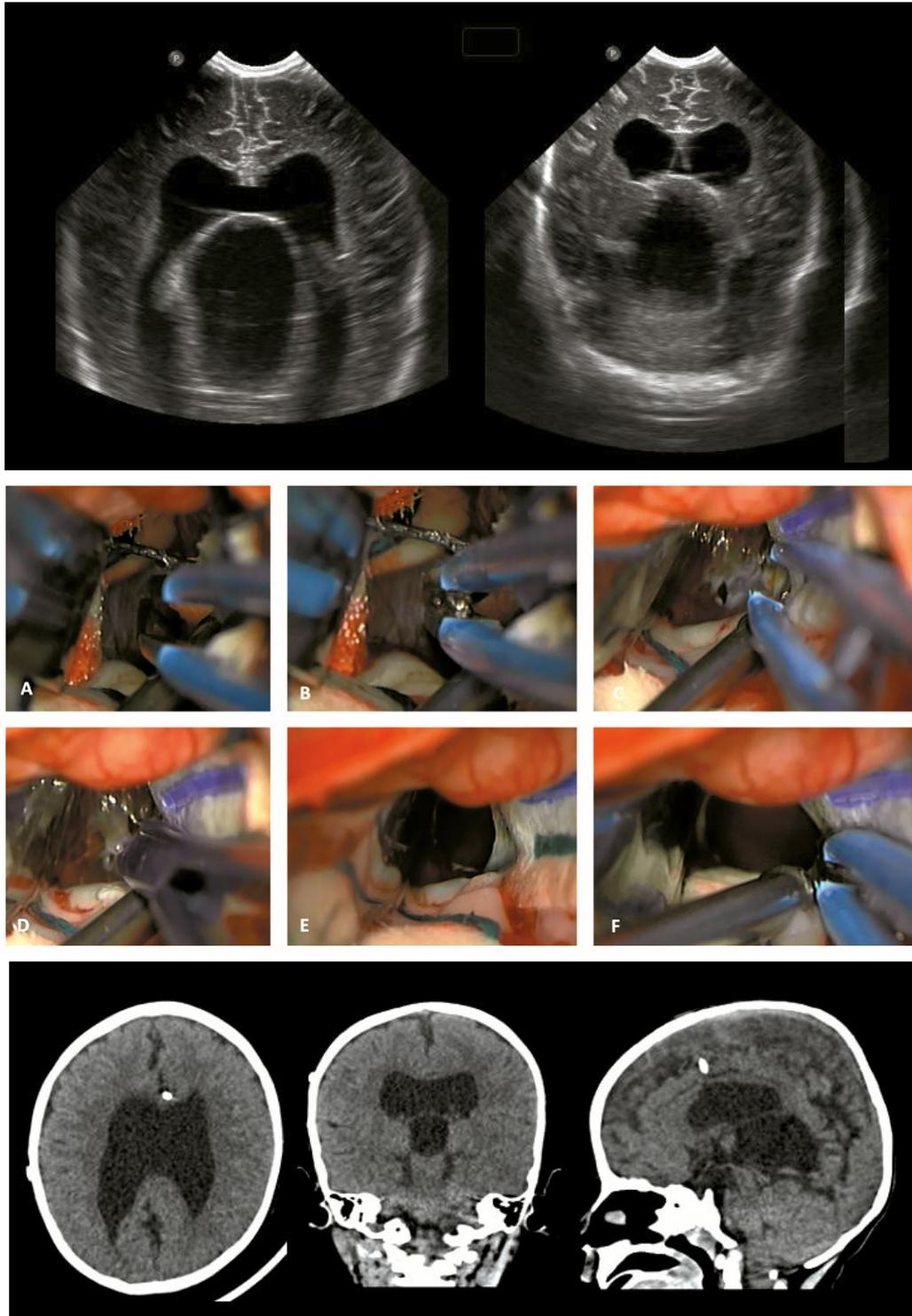


Figura 2. QACC tipo I. Arriba: Imágenes ecográficas de recién nacido con signos de hipertensión endocraneana. Ecografía cerebral transfontanelar mostrando QACC tipo I. Tratamiento quirúrgico: craneotomía parietal parasagital posterior derecha, abordaje interhemisférico posterior y fenestración microquirúrgica de quiste aracnoideo, comunicándolo con la cisterna interhemisférica. El caso requirió segunda cirugía de derivación ventrículo peritoneal. A: Vista interhemisférica del quiste, B: Coagulación de la membrana vascularizada, C: Membrana coagulada, D: Apertura del quiste con microtijera, E: Apertura total de la membrana del quiste, F: Coagulación de los bordes de la membrana. Abajo: TC después de 3 años de la cirugía, no se observa hidrocefalia hipertensiva, quiste de impresión reducido, no hay efecto de masa sobre el cerebelo.

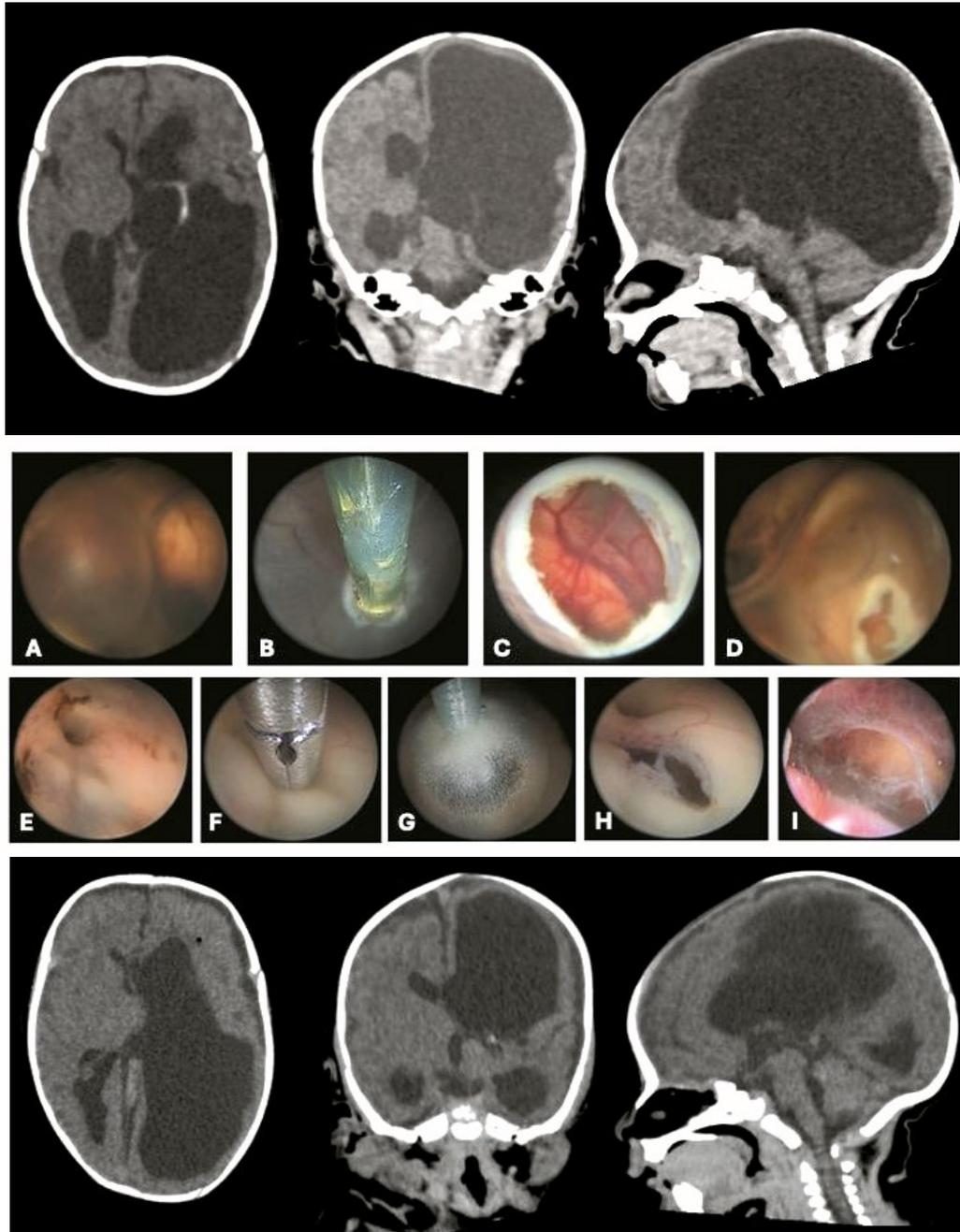


Figura 3. QACC tipo III. Arriba: TC sin contraste muestra hidrocefalia unilateral izquierda, estenosis de acueducto de Silvio y el QACC izquierdo tipo III. Tratamiento quirúrgico con neuroendoscopia a través de un agujero de trépano a nivel del punto de Kocher. A. QACC izquierdo, B. coagulación de la membrana del quiste, C. fenestración del quiste, D. septostomía por encima del agujero de Monro y por detrás de la vena anteroseptal izquierda, E. vista del piso del III ventrículo y el infundibulum hipofisario, F. fenestración del piso del III ventrículo con la pinza de biopsia, G. ampliación de la fenestración con catéter de Fogarty, H. fenestración amplia del piso del III ventrículo, I. arteria basilar vista a través de la fenestración del piso del III ventrículo. Abajo: TC sin contraste 5 días posterior a la neuroendoscopia. No se observa el QACC, impresiona reducción del tamaño ventricular.

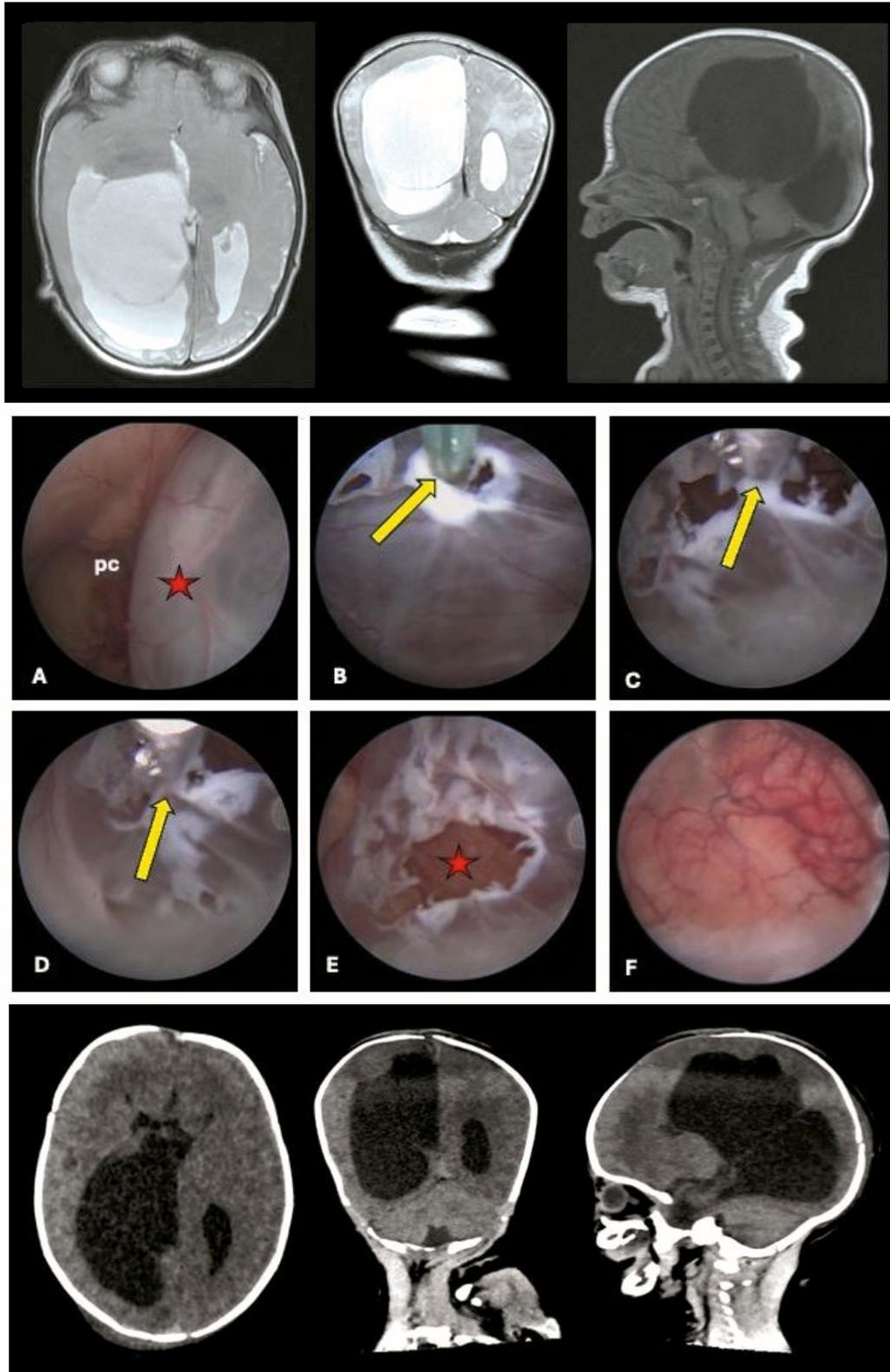


Figura 4. QACC tipo III. Arriba: RMC preoperatoria, en la que se observa QACC derecho. No se observan los cuernos frontales ventriculares ni los agujeros de Monro (por el efecto de masa del quiste). A. La estrella roja señala al quiste, pc = plexo coroideo, B. Flecha amarilla señala la fenestración realizada con coagulación bipolar, C y D. Ampliación de la fenestración con micro tijera, E. La estrella señala la fenestración, F. Vista a través de la fenestración. Abajo: TC sin contraste en el segundo día postoperatorio. Nótese la reducción del quiste, la disminución del tamaño ventricular y la visualización de los cuernos frontales.