

Quiste de la hendidura de Rathke

Dr. Carlos E. Malca-Salazar,¹ Dr. Pedro Tapia-Puente-Arno,¹ Flavio Mosto-Perry.²

RESUMEN

La resonancia magnética (RM) es actualmente parte integral de la evaluación de pacientes con anomalías hipofisarias. Más del 90% de los tumores intraselares son adenomas hipofisarios; sin embargo, a nivel de la línea media se pueden encontrar otras lesiones como quistes de la hendidura de Rathke y craneofaringiomas. El quiste de la bolsa de Rathke es un quiste benigno, sellar, generalmente asintomático y, a menudo, es un hallazgo incidental en adultos. Se presenta el caso de una paciente mujer, de 21 años de edad, con cefalea, a la que se le realiza tomografía computada de encéfalo encontrándose imagen sospechosa de microadenoma, con la posterior realización de RM de encéfalo con énfasis en la región sellar.

PALABRAS CLAVE: Quiste de la hendidura de Rathke, hipófisis, Resonancia magnética.

Actualmente, el estudio de resonancia magnética (RM) es parte integral de la evaluación de pacientes con anomalías endocrinológicas sospechosas de etiología hipofisaria.

Las indicaciones de este estudio se hace en pacientes con clínica de exceso o deficiencia de hormonas hipofisarias, además de presencia de síntomas que sugieran la presencia de masa hipofisaria como alteraciones en el campo visual y o cefalea.¹ Sin embargo, existen un grupo de lesiones no funcionantes completamente asintomáticas que se detectan por necropsia, tomografía o RM realizadas por otras razones.²

Más del 90% de tumores intraselares son adenomas hipofisarios, aunque también se pueden encontrar lesiones de la línea media como quistes de la hendidura de Rathke y craneofaringiomas.³

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 21 años de edad que presenta cefalea, sin otra sintomatología y sin alteraciones en los exámenes de laboratorio, por lo que se realiza tomografía computarizada (TC) de cerebro, en otra institución, reportada como imagen sugerente de microadenoma pituitario, por lo que es referida a nuestra institución para realizarle estudio de RM.

El estudio de RM de encéfalo tuvo énfasis en la región sellar, con cortes milimétricos (1 y 2 mm) a este nivel, en secuencias ponderadas en T1, T2, sin sustancia de contraste y T1 con sustancia de contraste endovenoso (gadolinio DPTA), además empleó técnica de substracción. Se observó en la línea media, entre los lóbulos anterior y posterior de la glándula hipófisis, una imagen ovoidea de contornos bien definidos de 7,6 x 5 mm de dimensiones mayores, hiperintensa en T1, hipointensa en T2, que no capta sustancia de contraste y que no condiciona efecto de masa en estructuras adyacentes. Esta imagen por sus características es muy sugestiva de corresponder a 'quiste de la hendidura de Rathke'. Como diagnóstico diferencial más alejado se consideró una hemorragia hipofisaria.

1. Médico radiólogo de Resomasa.

2. Tecnólogo médico de Resomasa.

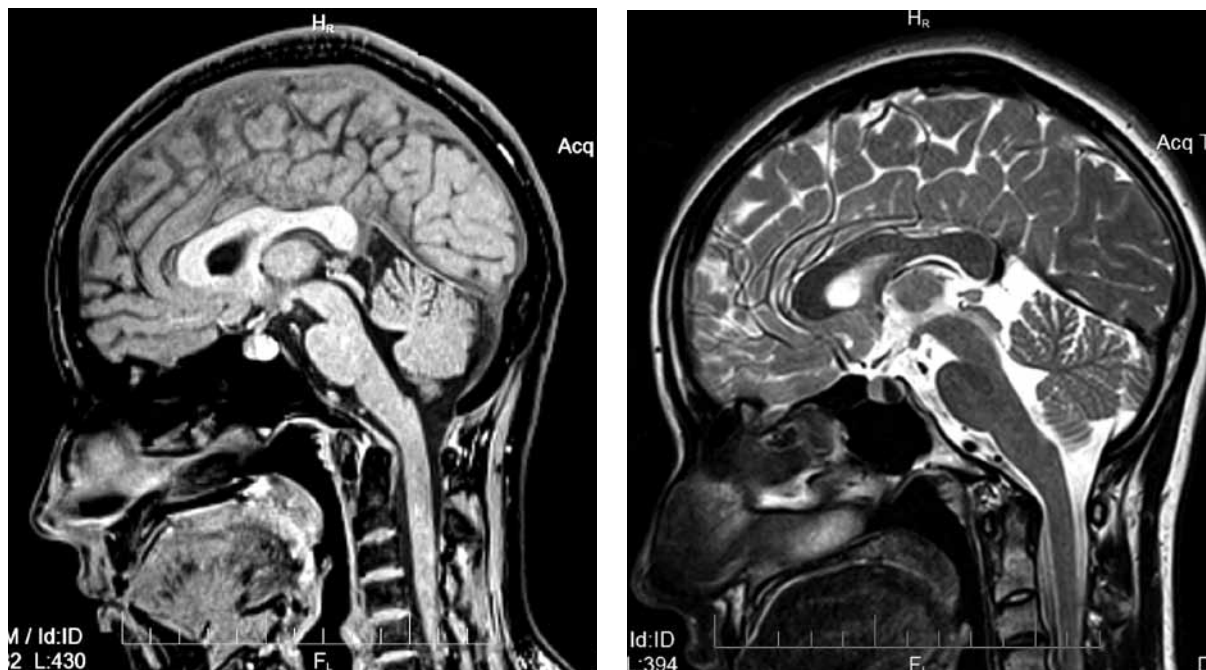


Figura 1. Imágenes en plano sagital, potenciadas en T1 y T2, respectivamente, que muestran una lesión, ovoídea, intraselar de la línea media, entre el lóbulo anterior y posterior de la glándula hipófisis, homogéneamente hiperintensa en T1 e hipointensa en T2.

DISCUSIÓN

El quiste de la hendidura de Rathke se inicia en la bolsa de Rathke, que es un precursor de los lóbulos anterior e intermedio de la glándula pituitaria; son quistes selares, benignos, que generalmente son asintomáticos y a menudo son hallazgos incidentales en adultos.⁴

En las imágenes de RM, los quistes de la hendidura de Rathke tienen una señal variable en las imágenes ponderadas en T1 con rangos entre hipo e hiperintensos, lo cual depende de su contenido químico,

preferentemente de la concentración de proteínas; los quistes que contienen alto contenido de proteínas son hiperintensos en las imágenes ponderadas en T1 y tienen bajo contenido de agua por lo que la señal en imágenes ponderadas en T2 disminuye.⁵

Los quistes de la hendidura de Rathke típicos se presentan como una lesión intraselar, redondeada, de contornos bien definidos, que no realza a la sustancia de contraste, ubicada en la línea media entre los lóbulos anterior y posterior de la glándula hipófisis,

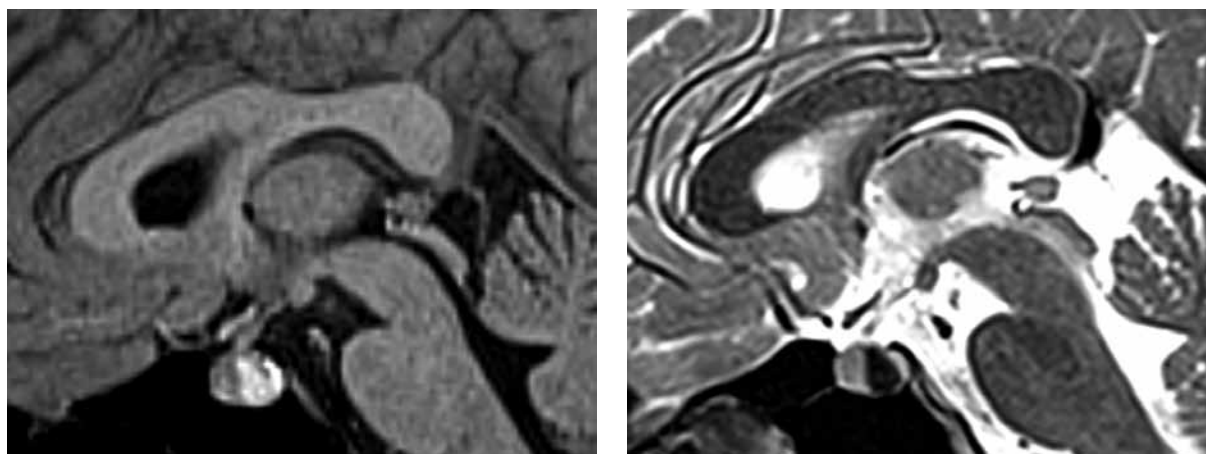


Figura 2. Magnificación de las imágenes en plano sagital, potenciadas en T1 y T2 respectivamente mostradas en la figura 1.



Figura 3. Imagen en plano sagital, potenciadas en T1 con sustancia de contraste (gadolinio DPTA), que muestra la captación habitual de la glándula hipofísis, no evidenciándose captación anormal a nivel de la lesión intraselar.



Figura 4. (A). Imagen en plano sagital, con técnica de substracción, que corrobora la no captación de sustancia de contraste (gadolinio DPTA) en la lesión intraselar. (B). Magnificación, a nivel de la región selar.

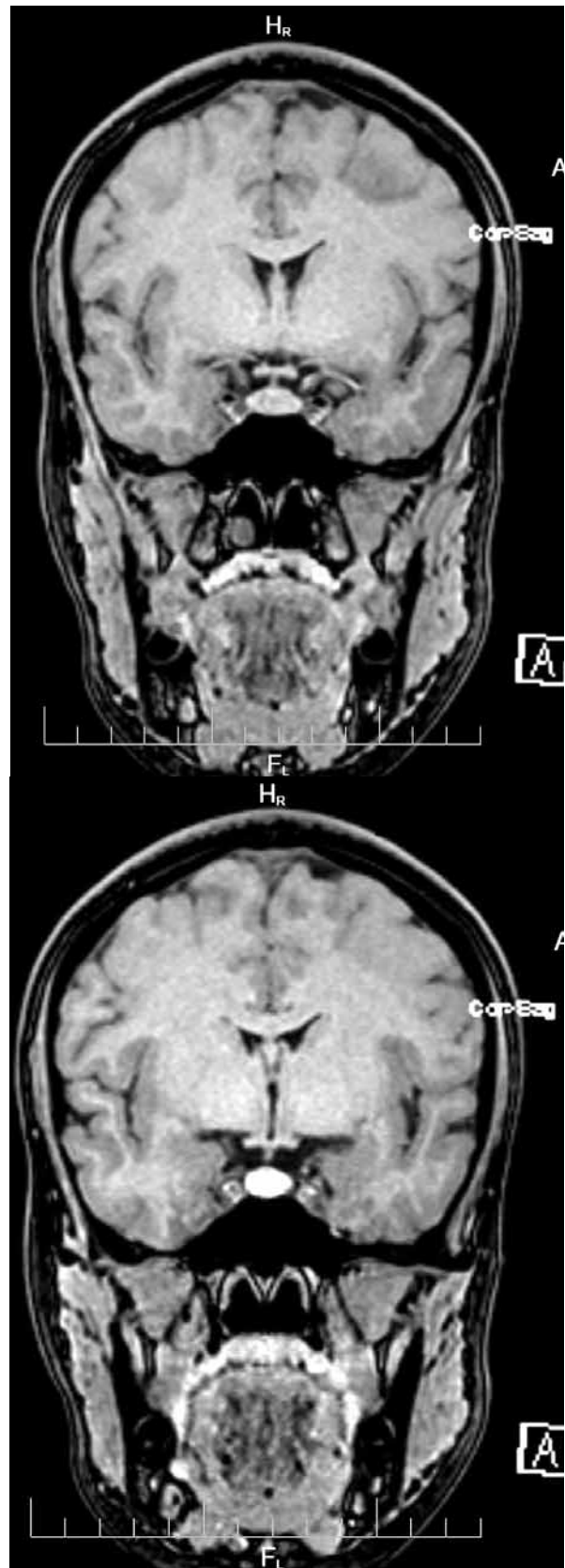


Figura 5. Imágenes en plano coronal, potenciadas en T1, que muestra hiperintensidad homogénea de la lesión intraselar.

son homogéneamente hiperintensos en las imágenes ponderadas en T1 e hipointensos en las ponderadas en T2.^{6,7}

Con menos frecuencia los quistes de la hendidura de Rathke pueden ser excéntricos y pueden estar incluidos en el lóbulo anterior de la glándula hipofísis. En el diagnóstico diferencial se tiene en cuenta a adenomas quísticos y/o hemorrágicos, quistes hipofisarios y craneofaringiomas.⁴

Los quistes de la hendidura de Rathke pueden tener su origen a nivel intraselar y extenderse hacia la región supraselar, aunque también se pueden localizar inmediatamente por encima del diafragma selar, en la base del tallo hipofisario, con las mismas características de intensidad de señal de los intraselares.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ouyang T, Rothfus WE, Ng JM, Challinor SM. Imaging of the pituitary. *Radiol Clin N Am.* 2011;49:549-571.
2. Molitch ME. Nonfunctioning pituitary tumors and pituitary incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2008;37:151-171.
3. Jagannathan J, Kanter AS, et al. Benign brain tumors: sellar/parasellar tumors. *Neurol Clin.* 2007;25:1231-1249.
4. Binning MJ, Gottfried ON, Osborn AG, et al. Rathke cleft cyst intracystic nodule: a characteristic magnetic resonance imaging finding. *J Neurosurg.* 2005;103:837-40.
5. Hayashi Y, Tachibana O, Muramatsu N, et al. Rathke cleft cyst: MR and biomedical analysis of cyst content. *J Comput Assist Tomogr.* 1999;23:34-38.
6. Bonneville F, Cattin F, Bonneville J, et al. Rathke's cleft cyst [in French]. *J Neuroradiol.* 2003;30:238-248.
7. Bonneville F, Cattin F, Marsot-Dupuch K, Dormont D, Bonneville J, Chiras J. T1 signal hyperintensity in the sellar region: spectrum of findings. *RadioGraphics.* 2006;26:93-113.

Recibido: 18 de julio de 2011.

Aceptado 20 de setiembre de 2011.

Correspondencia: Dr. Carlos Malca, carmasal@hotmail.com