

Por todo ello, se recomienda completar el estudio con pruebas de imagen para descartar la presencia de criptococomas que hubieran pasado desapercibidos.

En cuanto al diagnóstico, el examen con tinta china es un método rápido, pero poco sensible, y puede ser negativo hasta en el 60% de los casos [2,5]. La técnica serológica más sensible y específica es la demostración de antígeno criptocócico mediante aglutinación con látex, tanto en la sangre como en el LCR. Esta prueba detecta el antígeno en suero hasta en el 90% de los pacientes [7]. Debe medirse simultáneamente el factor reumatoide, ya que las partículas de látex también pueden aglutinarse por éste [1]. Además, su cuantificación tiene un valor pronóstico y su negativización sirve como control de la respuesta al tratamiento.

El diagnóstico de meningitis criptocócica sólo puede confirmarse mediante un cultivo del LCR [1,3], aunque éste puede ser negativo hasta en el 25% de las primeras muestras —como sucedió en nuestro caso—. Si existe una alta sospecha clínica, se recomienda realizar al menos tres punciones lumbares separadas en caso de que los cultivos sean negativos [3,7].

Desde el punto de vista terapéutico, hasta el descubrimiento de la anfotericina B, la meningitis criptocócica era invariablemente mortal [1,3]. En nuestro medio, ante la presencia de una meningitis crónica de etiología no filiada, suele instaurarse un tratamiento tuberculostático si el paciente está gravemente enfermo o existe un rápido deterioro —por ser la causa más común de meningitis crónica en nuestro ámbito y tener una alta mortalidad si se retrasa el tratamiento—. Por el contrario, en pacientes previamente sanos y con síntomas de semanas o meses de evolución,

sin trastorno de la conciencia ni progresión clínica, parece razonable posponer la instauración del tratamiento para meningitis criptocócica hasta la obtención de estudios positivos de LCR [6].

El tratamiento de elección es anfotericina B intravenosa [1,2,4,5] durante, al menos, seis semanas. Puede asociarse a flucitosina, que disminuye la nefrotoxicidad de la anterior, además de producir una esterilización más rápida del LCR y un menor índice de recaídas.

El fluconazol se presenta como una alternativa a la asociación anterior. Ofrece la ventaja de poder administrarse por vía oral, por lo que se ha utilizado como profilaxis secundaria en pacientes con VIH. Además, es menos nefrotóxico que la asociación de los dos fármacos anteriores y constituye una alternativa eficaz en los pacientes que, como en nuestro caso, no toleran el primer tratamiento.

En caso de presentar hidrocefalia, se instaurará en primer lugar un tratamiento antimicótico, y se colocará una derivación ventricular tras la esterilización del LCR, aunque ésta puede colocarse de forma urgente si la clínica pone en riesgo el estado del paciente. En algunos casos se ha resuelto la hidrocefalia tras un tratamiento médico exclusivamente [2].

Es importante considerar que, después del tratamiento, la tinción con tinta china puede continuar positiva durante dos años, aunque con cultivos de LCR negativos [3]. Por tanto, la tinción con tinta china positiva no es sinónimo de enfermedad activa. Por ello, sólo se indica un nuevo ciclo terapéutico tras la persistencia de cultivos positivos.

Finalmente, queremos hacer hincapié en que, a pesar de la baja incidencia de la meningitis por criptococo, se debe tener presente como posible causa, incluso en pacientes in-

munocompetentes, con vistas a la instauración precoz del tratamiento adecuado.

A. Castela-Murillo, B. Cueli-Rincón,
M.C. Fernández-Moreno, F. Moniche-Álvarez,
C. Márquez-Infante, M.D. Jiménez-Hernández

Recibido: 16.05.03. Aceptado: 21.01.04.

Sección de Neurología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla, España.

Correspondencia: Dra. Amaya Castela Murillo. José Maluquer, 12, 3.º C. E-41008 Sevilla. E-mail: castroar@supercable.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Tebas P, Bilbao J, Nieto JA, Daza R, Maestu RP, Masa C. Meningitis criptocócica. Rev Clin Esp 1988; 183: 412-5.
2. Donnet A, Gaziani N, Harlé JR, Durand JM, Touta A, Grisoli F. Neurological form of cryptococcosis. A propose of 2 atypical cases in non HIV-infected patients. Rev Neurol (Paris) 1993; 149: 326-30.
3. Tjia TL, Yeow YK, Tan CB. Cryptococcal meningitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1985; 48: 853-8.
4. Del Brutto OH. Infecciones micóticas del sistema nervioso central. Rev Neurol 2000; 30: 447-59.
5. Minh L, Nhi VA, Pham YV, Van Thanh L. Meningeal cryptococcosis. Retrospective study of 7 cases. Rev Neurol (Paris) 1996; 152: 465-8.
6. Keohane C, Galvin RJ, Buckley TF. Cryptococcal granuloma of the brain [letter]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990; 53: 1107-8.
7. Anderson NE, Willoughby EW. Chronic meningitis without predisposing illness. A review of 83 cases. Q J Med 1987; 63: 283-95.

Hemangioma cavernoso gigante de la bóveda craneal. Comunicación de un caso

Los tumores vasculares del hueso ofrecen gran diversidad de aspectos histológicos. Muchas veces resulta difícil establecer una distinción entre el hemangioma (relativamente frecuente) y el angiosarcoma (relativamente raro) [1].

Los hemangiomas óseos se ubican preferentemente en el cráneo [1-11], la columna vertebral [1,4,12], la mandíbula [1,10,12], las costillas [1,2,9,12], los miembros inferiores [2] y el esternón [1]. Se han comunicado casos con afectación de varios órganos, como el cráneo, las costillas y el hígado [9].

Comunicamos en este artículo el primer caso de un hemangioma cavernoso gigante de la bóveda craneal visto en nuestro servicio en más de 30 años de trabajo.

Caso clínico. Se trata de una enferma de 49 años, con antecedentes de buena salud, con historia de cefalea en el hemicráneo izquierdo de un año de evolución antes de su ingreso, el 27/01/03; además, relata un aumento de volu-

men epicraneal parietooccipital izquierdo que comenzó a notar 10 meses antes del ingreso. Todo este cuadro se acompañaba en ocasiones de mareos y malestar general.

Al ingreso constatamos una masa parietooccipital izquierda, de consistencia pétreo, dolorosa a la palpación, de 6-7 cm de diámetro. En el fondo de ojo no había papiledema. Se realizaron exámenes de laboratorio con los siguientes

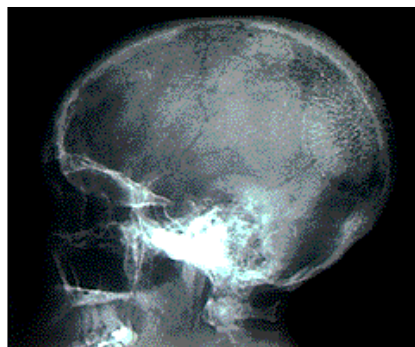


Figura 1. Radiografía simple de cráneo, que muestra una imagen radiopaca con múltiples zonas radiotransparentes (espículas óseas), que dan la típica imagen de 'rayos de sol' en la región parietooccipital izquierda.

resultados: Hb de 115 g/L; coagulograma normal; glicemia: 4,5 mM/L; creatinina: 97 mM/L; pruebas hepáticas, normales; lipidograma, normal; VDRL, no reactivo; VIH negativo. En la radiografía de cráneo encontramos una imagen radioopaca con múltiples zonas radiotransparentes en la región parietooccipital izquierda (Fig. 1). En la tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo realizada el 4/02/03

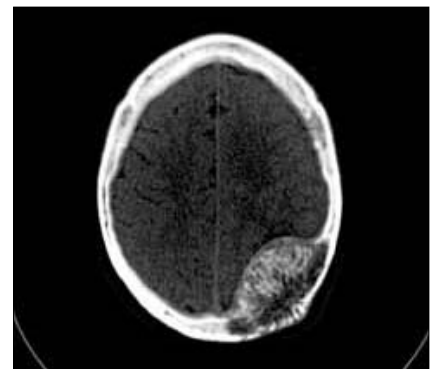


Figura 2. Imagen osteolítica con múltiples celdas y forma radiada, que se extiende a la convexidad occipital y comprime las estructuras encefálicas sin infiltrarlas, con un diámetro de 6-8 cm.

apareció una imagen osteolítica con múltiples celdas y forma radiada, que se extendía a la convexidad occipital y comprimía las estructuras encefálicas sin infiltrarlas, con un diámetro de 6-8 cm (Fig. 2).

El 12/02/03 se realizó un gammagrafía ósea con MDP-Tc^{99m}, que incluyó vistas anteriores, posteriores y laterales, donde se observó un marcado acúmulo del radiofármaco en el ámbito parietooccipital izquierdo, que interesaba la tabla interna y externa del cráneo y que comprimía la masa encefálica en dicha zona.

El 18/02/03 se realizó una arteriografía carotídea izquierda (Fig. 3), donde apareció un vaso aferente (nutricio), una rama de la temporal superficial de ese lado, que se dirigía al centro de la lesión ósea y de la que procedía la vascularización intratumoral hacia la periferia. La circulación era lenta, con un drenaje venoso a través del seno sagital superior.

Se operó el 24/02/03, y se extrajo un bloque óseo de casi 8 cm de diámetro, que se adhería fuertemente a la duramadre. Apareció además, parietalmente, un vaso diploico que había labrado un surco en el hueso y que produjo abundante sangrado.

El diagnóstico histológico fue el de un hemangioma cavernoso. La paciente fue dada de alta el 06/03/03, con una excelente evolución clínica.

Discusión. Los hemangiomas óseos son lesiones benignas raras de la calvaria, originados en la vasculatura intrínseca del hueso. A pesar de su benignidad, los hallazgos radiológicos no son siempre característicos, y los cirujanos pueden fácilmente confundirlos con lesiones malignas del cráneo. Por eso, el método diagnóstico definitivo es la confirmación histológica [7].

Como ocurre en nuestro caso, su aparición es más frecuente entre los 40 y los 50 años [1], aunque se han comunicado casos de diagnóstico prenatal, como el de un feto de 32 semanas con un hemangioma cavernoso craneal del hueso temporal, visto por ultrasonido y resonancia magnética (RM) [8].

Para la mayoría de autores no existe un predominio en cuanto al sexo; sin embargo, Dahlin [6] afirma que su aparición es más frecuente en la mujer. Igual criterio defiende Wyke [5].

En 30 años de trabajo de nuestro servicio provincial, éste es el primer caso encontrado. Watson y McCarthy, en una serie de más de 1.000 tumores vasculares de todo tipo, en el Memorial Hospital, encontraron sólo cinco casos originados en el hueso (tres en la co-

lumna vertebral, uno en una costilla y otro en la mandíbula) [12]. En 1962, Hartman y Stewart, en el mismo hospital, comunicaron 10 casos, siete localizados en huesos de los miembros inferiores, dos en el cráneo y uno en una costilla [2].

Sherman, en un estudio de 60 casos de hemangiomas óseos, ubicó las dos terceras partes de éstos en el cráneo y la columna vertebral [4]. Por otra parte, Heckl et al realizaron una revisión de la literatura desde 1975, y encontraron 103 casos con diagnóstico histológico de hemangioma cavernoso intraóseo del cráneo—incluidos cuatro nuevos aportados por ellos—, y 22 de mandíbula [10].

Opinan Vals y Marinello que en el cráneo se sitúan con preferencia en las regiones frontal y parietal [1]. Resultados similares comunica Wyke en un estudio de 40 casos [5]. De los cuatro casos aportados por Heckl et al, dos eran parietales y uno occipital [10]. En nuestro caso, su localización era parietooccipital.

Algunos autores informan como diámetro promedio de estas lesiones valores que oscilan entre los 15 y los 25 mm [10]; sin embargo, en nuestro caso sus dimensiones resultaron ser cercanas a los 8 cm de diámetro.

Se han descrito los hallazgos radiológicos clásicos de este tipo de lesión, que nuestros estudios de imagen confirman [1]. Sin embargo, como afirman Kuzeyli et al [7], la ambigüedad imaginológica que aparece en ocasiones hace de la confirmación histológica el método diagnóstico definitivo.

Como en nuestro caso, el tratamiento de elección de este tipo de lesiones es la resección en bloque del tumor, si ésta es posible [7].

**C.E. Hernández-Borroto, A. Amado-Donestévez,
J.E. Vaquer-Fernández, Y. Medrano-Plana,
M. Ruiz-Martín**

Recibido: 25.08.03. Aceptado: 21.01.04.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

Correspondencia: Dr. Yuri Medrano Plana. Carretera a Camajuani. Reparto: Técnicos del MICONS. N.º 12. Santa Clara. Villa Clara, Cuba. CP 50300. E-mail: medrano@capiro.vcl.sld.cu

BIBLIOGRAFÍA

1. Vals O, Marinello Z. Tumores vasculares. In Vals O, Marinello Z, eds. Tumores y lesiones pseudotumorales del esqueleto. La Habana: Científico-Técnica; 1979. p. 305-12.



Figura 3. Arteriografía carotídea izquierda, donde aparece una lesión tumoral ósea parietooccipital de ese lado, con su patrón de drenaje arterial.

2. Hartman WH, Stewart FW. Hemangioendothelioma of bone. Unusual tumor characterized by indolent course. *Cancer* 1962; 15: 846.
3. Lichtenstein L. Tumors of bone of vascular origin. In Lichtenstein L, ed. *Bone tumors*. 3 ed. St. Louis: Mosby; 1985. p. 160-3.
4. Sherman MS. Capillary hemangioma of bone. *Arch Path* 1944; 38: 158.
5. Wyke BD. Primary hemangioma of the skull: a rare cranial tumor. *AJR Am J Roentgenol* 1949; 61: 302.
6. Dahlin DC. Tumores vasculares. In Dahlin DC, ed. *Tumores óseos*. Barcelona: Toray; 1969. p. 96-9.
7. Kuzeyli K, Usul H, Cakir E, Caylan R, Rei A, Baykal S, et al. Multifocal intradiploic cavernous hemangioma of the skull associated with nasal osteoma. *Acta Neurochir (Wien)* 2003; 145: 323-6.
8. Honda M, Toda K, Baba H, Yonekura M. Congenital cavernous angioma of the temporal bone: case report. *Surg Neurol* 2003; 59: 120-3.
9. Erdogan B, Sen O, Aydin VM, Yildirim T, Bircan S, Altimors N. Multi-organ cavernous hemangiomas: case report. *Neurol Res* 2003; 25: 92-4.
10. Heckl S, Aschoff A, Kunze S. Cavernomas of the skull: review of the literature 1975-2000. *Neurosurg Rev* 2002; 25: 56-62.
11. Sánchez-López JD, García-Medina B, Salinas-Sánchez J, Marcos-Vivas A, Valencia-Laseca E. Angioma cavernoso mandibular. A propósito de un caso. *Arch Odontostomatol* 1999; 15: 226-30.
12. Watson WL, McCarthy WD. Blood and lymph vessel tumors. A report of 1,056 cases. *Surg Gynec Obst* 1940; 71: 569.