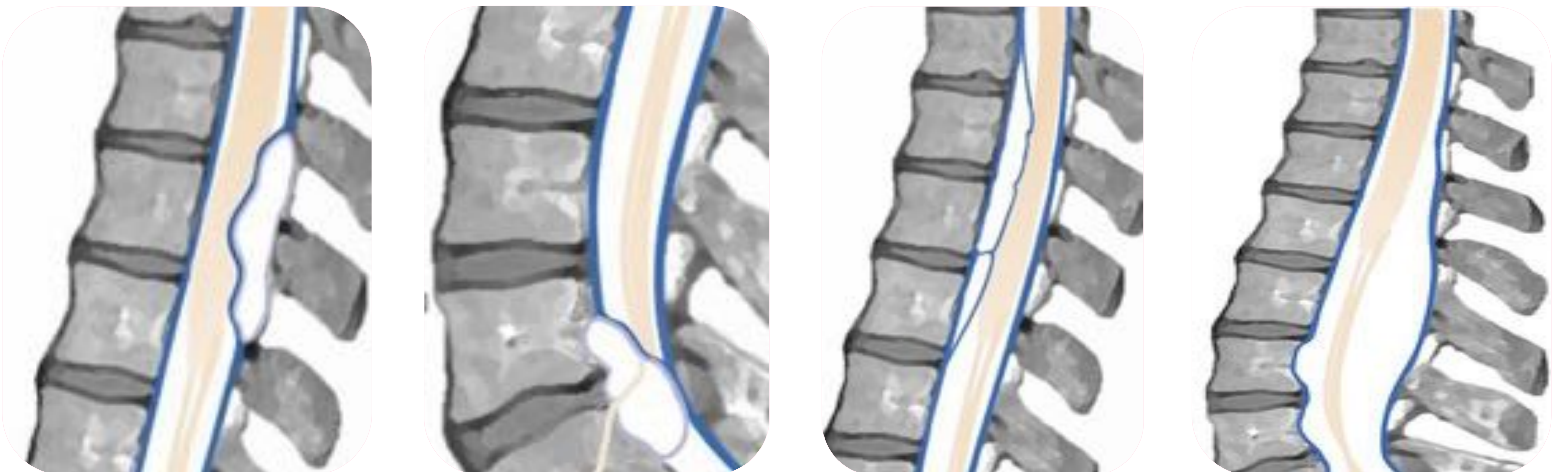


LESIONES QUÍSTICAS DEL CANAL ESPINAL

- ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES "quísticas" MENÍNGEAS -

LESIONES "quísticas" MENÍNGEAS -



**Patricia Martín, Laura Koren, Elena Salvador, Amaya Hilario,
Jose M^a Millán, Ana Ramos**

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid



LESIONES QUÍSTICAS DEL CANAL ESPINAL

- ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES “quísticas” MENÍNGEAS -

OBJETIVOS DOCENTES

- **Conocer las lesiones quísticas del canal espinal en base a su localización y dependencia y aportar claves de imagen que puedan ayudar en su diagnóstico.**
- **Revisar y actualizar las clasificaciones de las lesiones quísticas menínges, profundizando en su etiopatogenia e implicaciones terapéuticas.**
- **Repasar las técnicas de imagen empleadas en el estudio de dichas lesiones y posibles técnicas adicionales a realizar para intentar llegar a un diagnóstico más preciso.**

LESIONES QUÍSTICAS DEL CANAL ESPINAL

- ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES “quísticas” MENÍNGEAS -

REVISIÓN DEL TEMA

- 1. Introducción. Clasificaciones**
- 2. Técnicas de estudio**
- 3. Lesiones quísticas del canal espinal**
 - a. Extradural no dependientes de las meninges**
 - a. Relacionadas con el disco intervertebral
 - b. Relacionadas con los elementos posteriores
 - b. Dural/Extradural dependientes de las meninges**
 - a. Divertículo
 - b. Disección
 - c. Ectasia
 - c. Intradural**
 - a. Extramedular:**
 - a. Dependiente de las meninges: quiste aracnoideo
 - b. Otros
 - b. Medular**

REVISIÓN DEL TEMA

- INTRODUCCIÓN. CLASIFICACIONES -

- **En el canal espinal pueden desarrollarse varios tipos de lesiones quísticas. Éstas se clasifican en función de su naturaleza, localización y dependencia o relación con las estructuras adyacentes.**
- **Sin embargo, la terminología es confusa y no ha sido establecida una nomenclatura aceptada y reconocida internacionalmente para estas entidades. Esto se hace necesario especialmente para las lesiones relacionadas con las capas meníngeas, las cuales requerirán un manejo diferente en función del tipo de patología.**
- **Desde la clasificación de Nabors en 1988 (Tabla 1) se han propuesto varias clasificaciones de las lesiones quísticas "durales-peridurales" con el fin de establecer una mejor relación con la etiopatogenia de las mismas y con el posible tratamiento quirúrgico y pronóstico.**
- **La más reciente fue propuesta por Klekamp en 2017 (Tabla 2), y trata de agrupar todas las patologías de las meninges con un enfoque etiológico y terapéutico.**

REVISIÓN DEL TEMA

- INTRODUCCIÓN. CLASIFICACIONES -

Tabla 1. Clasificación de Nabors



Tabla 2. Clasificación de Klekamp



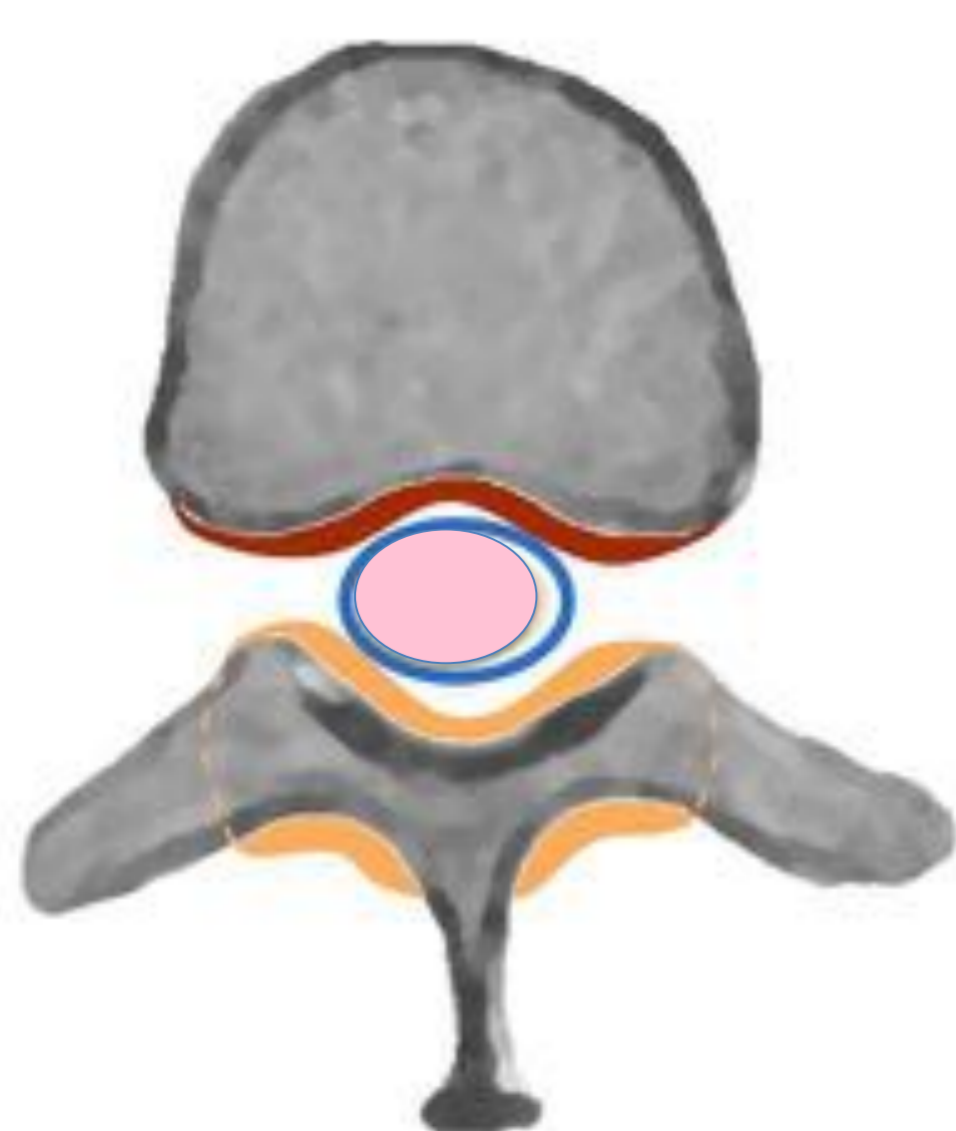
REVISIÓN DEL TEMA

- INTRODUCCIÓN. CLASIFICACIÓN -

- Unificando las últimas clasificaciones tanto de las lesiones meníngeas como las de origen no meníngeo y en base a su **LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y DEPENDENCIA**, las lesiones quísticas del canal espinal pueden clasificarse en:
 1. **Extradurales-no dependientes de las meninges:** localizadas por fuera de la duramadre, con origen no-meníngeo
 2. **Durales y extradurales-dependientes de las meninges:** localizadas entre las capas de la duramadre o por fuera de la misma pero con origen en las meninges
 3. **Intradurales:** localizadas por dentro de la duramadre

• EXTRADURALES NO DEPENDIENTES DE LAS MENINGES	• Quistes discales	
	• Quistes dependientes de los elementos posteriores	○ <i>Quistes Sinoviales</i> ○ <i>Pseudoquiste/Ganglión</i>
	• Otros	○ <i>Quistes epidermoides</i> ○ <i>Etiología neoplásica*</i>
• DURALES/EXTRADURALES DEPENDIENTES DE LAS MENINGES	• Divertículo	
	• Disección	
	• Ectasia	
• INTRADURALES	• Extramedular	○ <i>Dependiente de las meninges: Quiste aracnoideo</i> ○ <i>Otros</i>
	• Medular*	

* **NOTA:** En esta presentación no se hará referencia a la patología intramedular, las lesiones quísticas de naturaleza neoplásica o en relación con lesiones de origen óseo



- **Extradural no dependiente de las meninges**
 - En relación con el **disco intervertebral**
 - En relación con los **elementos posteriores**
- **Dural/Extradural dependiente de las meninges**
- **Intradural**

REVISIÓN DEL TEMA

- TÉCNICAS DE ESTUDIO -

- **RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)**

- La técnica de imagen de elección en la evaluación de la patología del canal espinal y, en especial, en relación a la médula espinal y sus cubiertas es la Resonancia Magnética.
- Protocolo de estudio con RM:
 - **Secuencias convencionales:**
 - T1-TSE y T2-TSE en planos axial y sagital
 - **SECUENCIAS 3D DE ALTA RESOLUCIÓN, CISS** (*Constructive Interference in Steady State*): FIESTA en General Electric, BALANCED TFE en Philips, TrueFISP en Siemens:
 - Esta secuencia es de gran utilidad en el contexto de las lesiones quísticas del canal espinal, en concreto cuando parecen depender de las meninges en las secuencias convencionales. Esta secuencia, gracias a su alta resolución espacial, capacidad multiplanar y su escasa pérdida de señal por las pulsaciones del LCR, permite una mejor delimitación de las lesiones, detección de membranas, defectos duros o desgarros de las raíces nerviosas.
 - **Secuencias post-contraste:**
 - En ocasiones, especialmente cuando la lesión es heterogénea, es necesario administrar contraste para caracterizar y confirmar su naturaleza quística.

- **MIELOGRAFÍA**

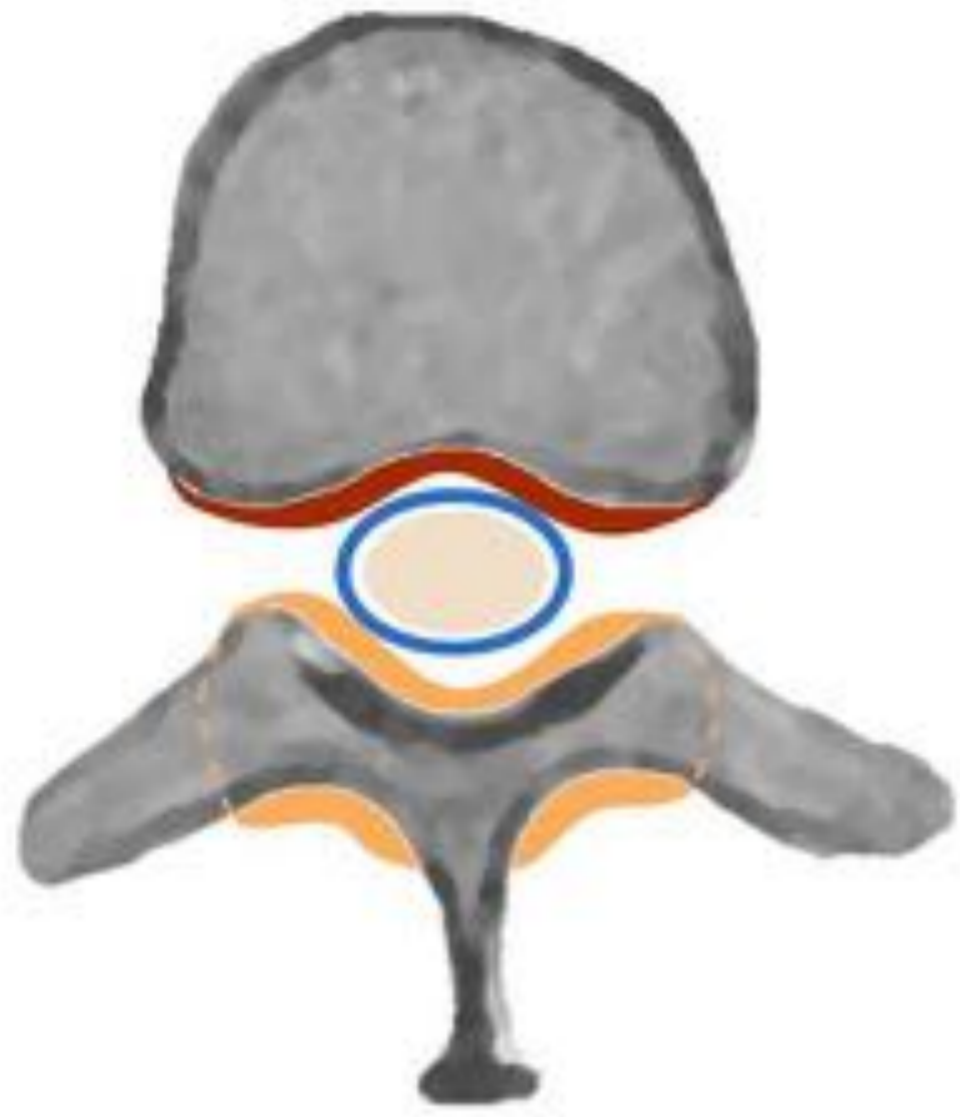
- En ocasiones es necesario realizar una mielografía y/o una TC (Tomografía Computarizada) post-mielografía para definir y localizar la lesión, valorar su comportamiento respecto al contraste intratecal y acotar el diagnóstico diferencial. Además permite detectar y localizar los posibles defectos duros, orientando el manejo posterior.

REVISIÓN DEL TEMA

**EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES**

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

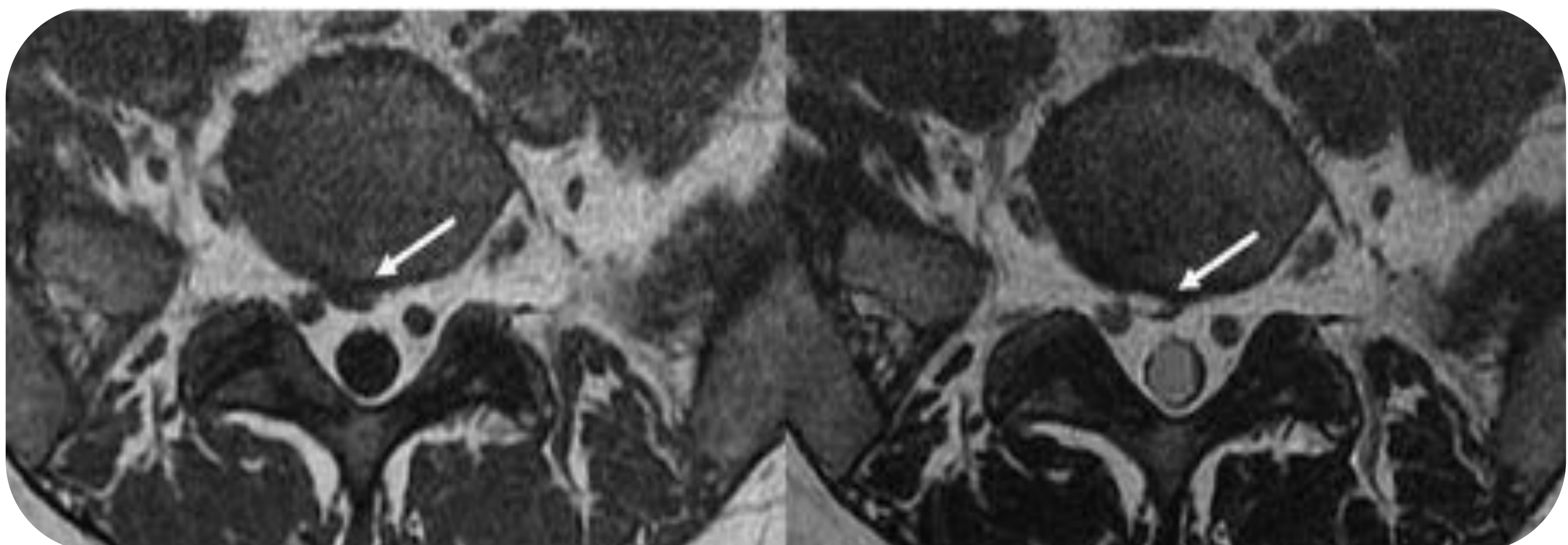
INTRADURAL



- **Extradural no dependiente de las meninges**
 - En relación con el **disco intervertebral**
 - En relación con los elementos posteriores
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- Intradural

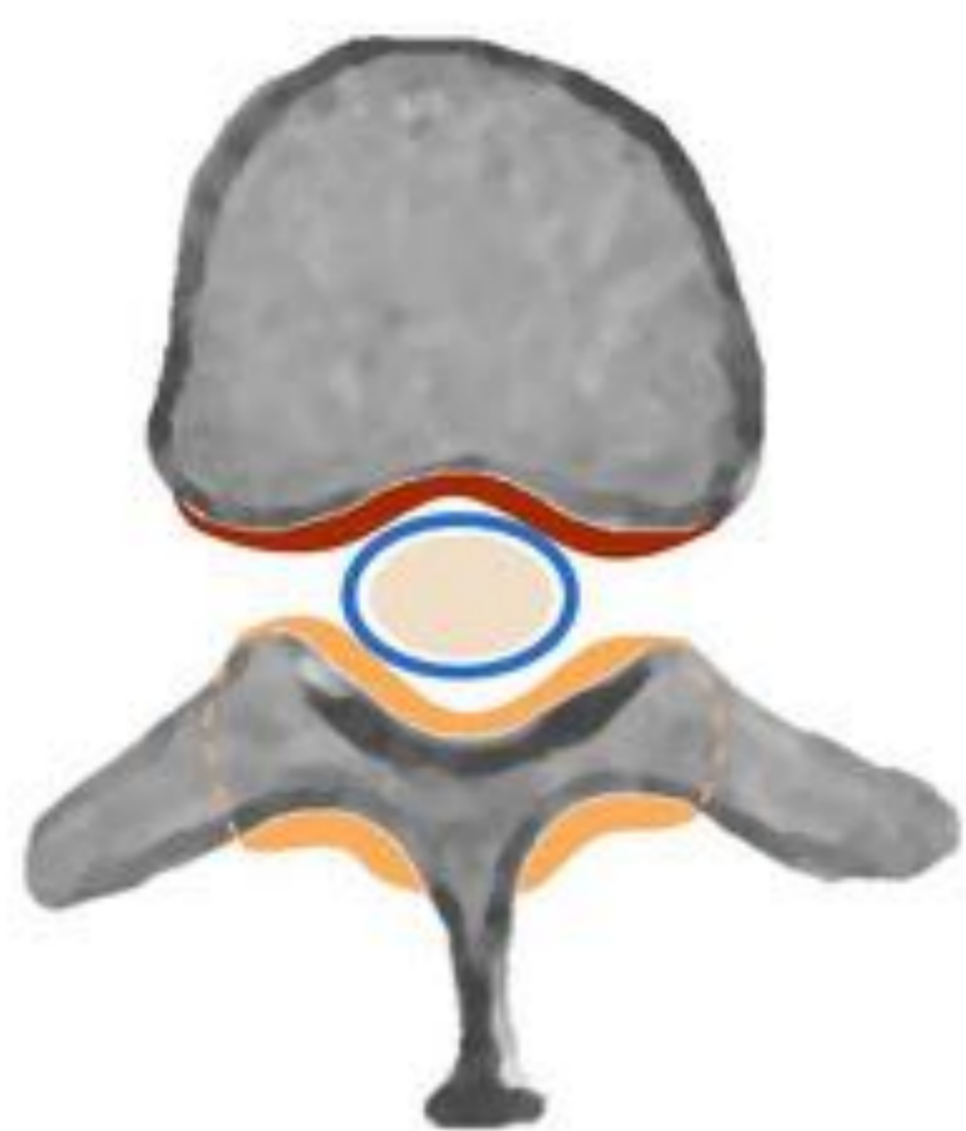
1. QUISTES DISCALES

- Poco frecuentes
- Disrupción traumática del anillo fibroso con acumulación de líquido y formación de pseudocápsula.
- Comunica con el disco adyacente
- Localización generalmente **lateral**, ocasionalmente se extiende por el receso lateral correspondiente
- Puede mostrar realce periférico
- Edad media: 33.5 +/- 12.6 años
- Clínica indistinguible de pacientes con hernia discal



REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	DURAL/EXTRADURAL DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	INTRADURAL
--	---	------------



- **Extradural no dependiente de las meninges**
 - En relación con el disco intervertebral
 - **En relación con los elementos posteriores**
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- Intradural

2. QUISTES ELEMENTOS POSTERIORES

- La clasificación histopatológica divide los quistes facetarios en dos tipos: quistes verdaderos (sinoviales) y pseudoquistes

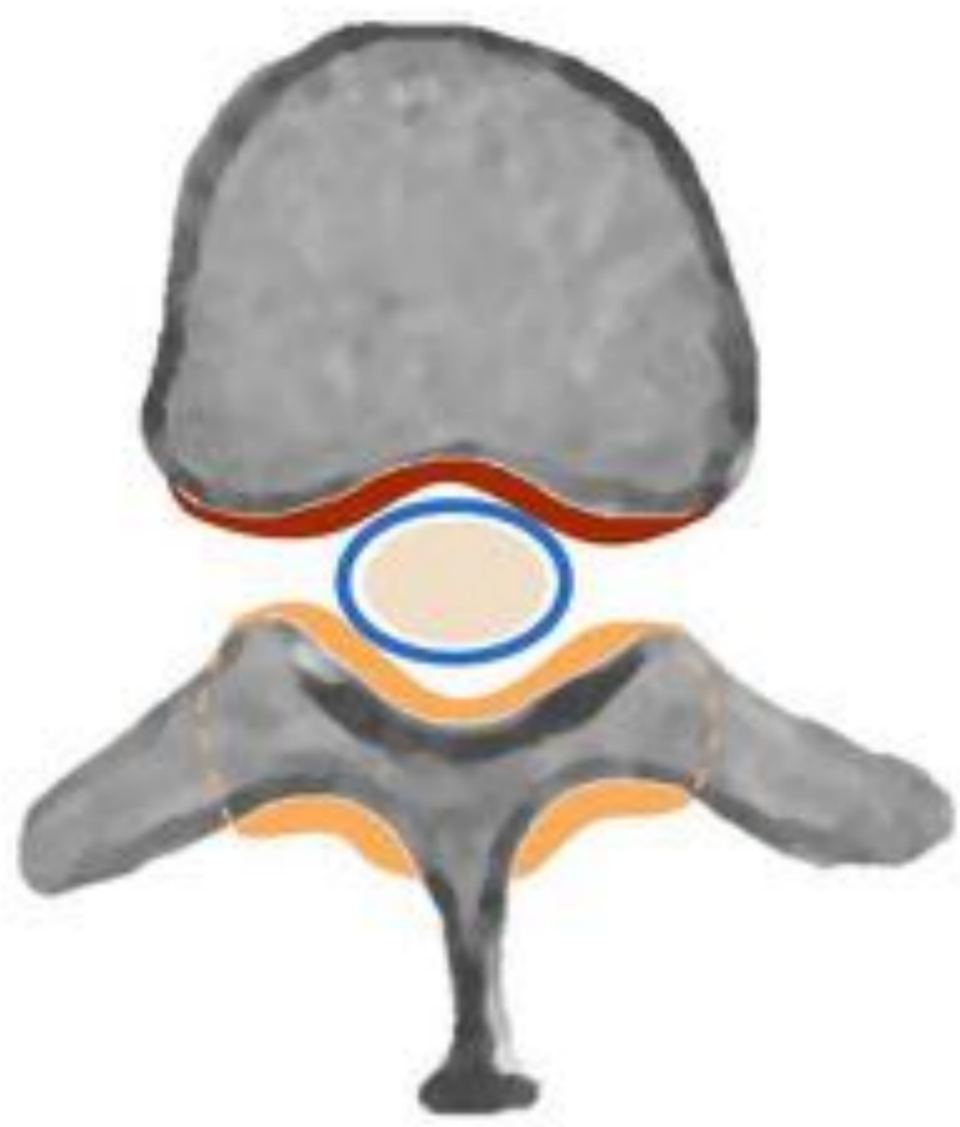
QUISTE SINOVIAL	PSEUDOQUISTE
<ul style="list-style-type: none"> • Rodeados de membrana sinovial 	<ul style="list-style-type: none"> • Pseudoquiste o ganglión • Facetarios, del ligamento amarillo o del ligamento longitudinal vertebral posterior
<ul style="list-style-type: none"> • Comunican con la articulación • Asocia artropatía degenerativa • Región lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> • No comunican con la articulación • No hipertrofia articular • Columna móvil (degeneración ligamentos)
<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser hiperintensos en T1 por contenido proteináceo • Pueden calcificar 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento: Instrumentación (excisión del quiste y de la articulación, corrección inestabilidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento: resección simple del quiste a través de acceso pequeño

REVISIÓN DEL TEMA

**EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES**

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

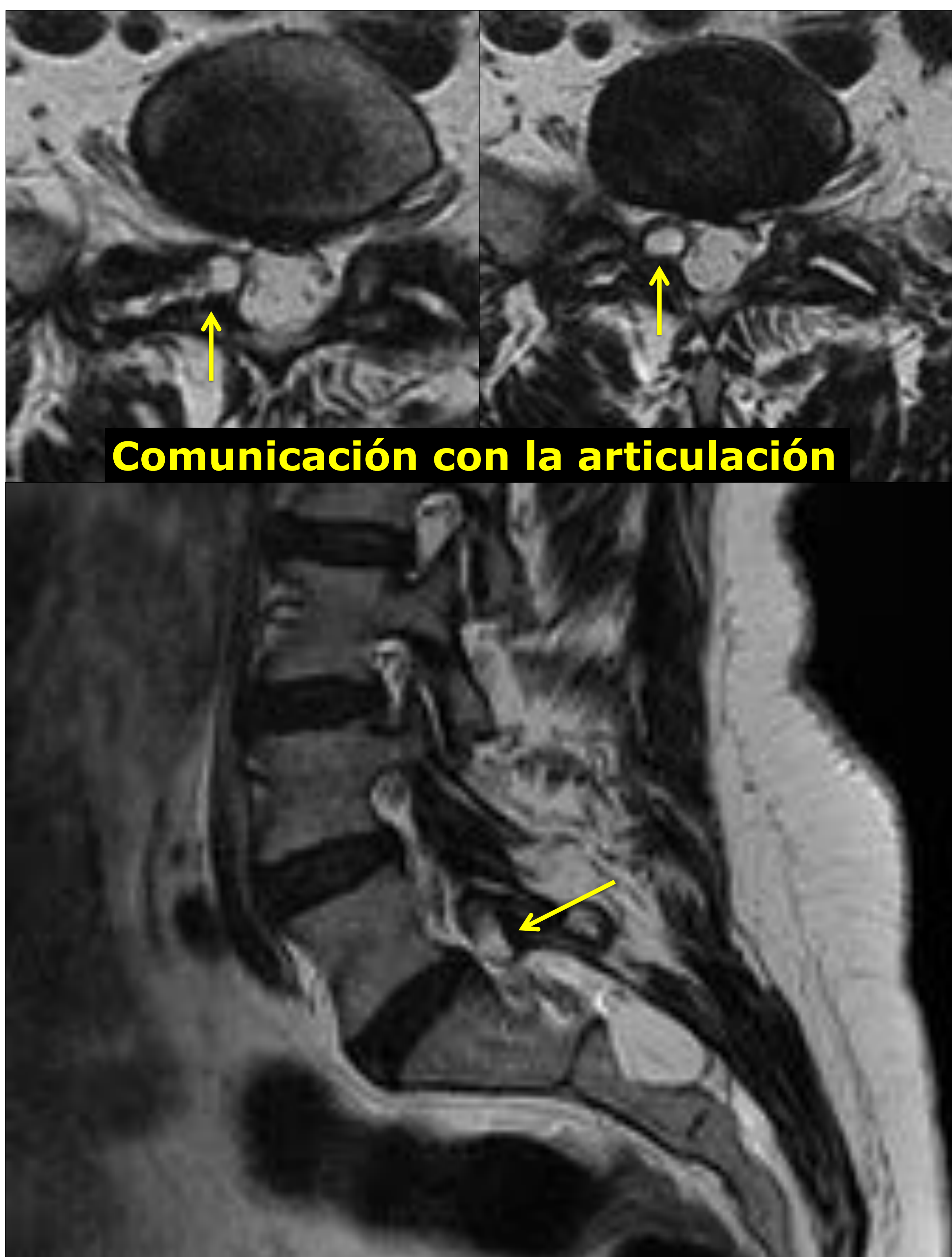
INTRADURAL



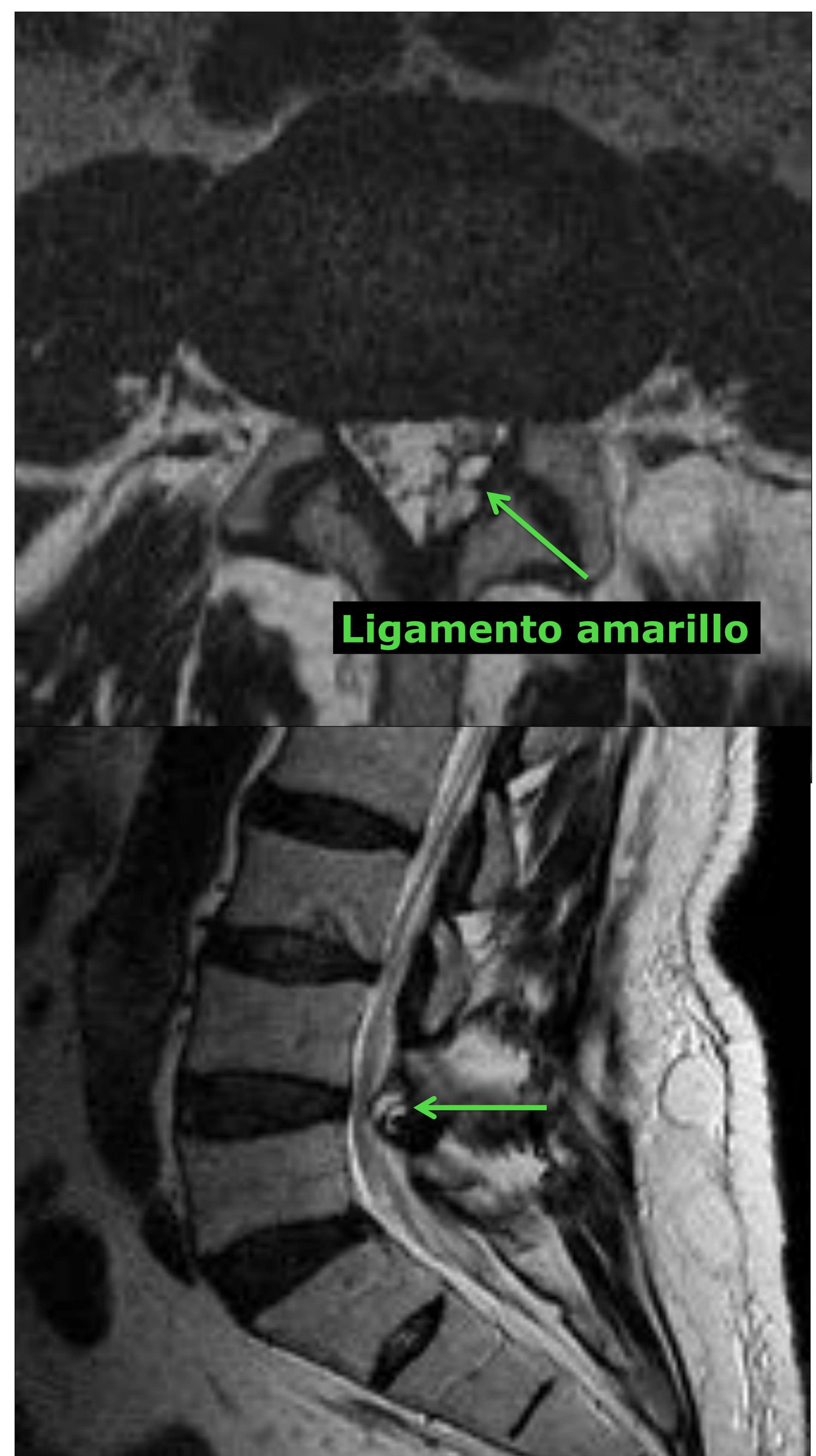
- **Extradural no dependiente de las meninges**
 - En relación con el disco intervertebral
 - **En relación con los elementos posteriores**
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- Intradural

2. QUISTES ELEMENTOS POSTERIORES

QUISTE SINOVIAL



PSEUDOQUISTE/GANGLIÓN

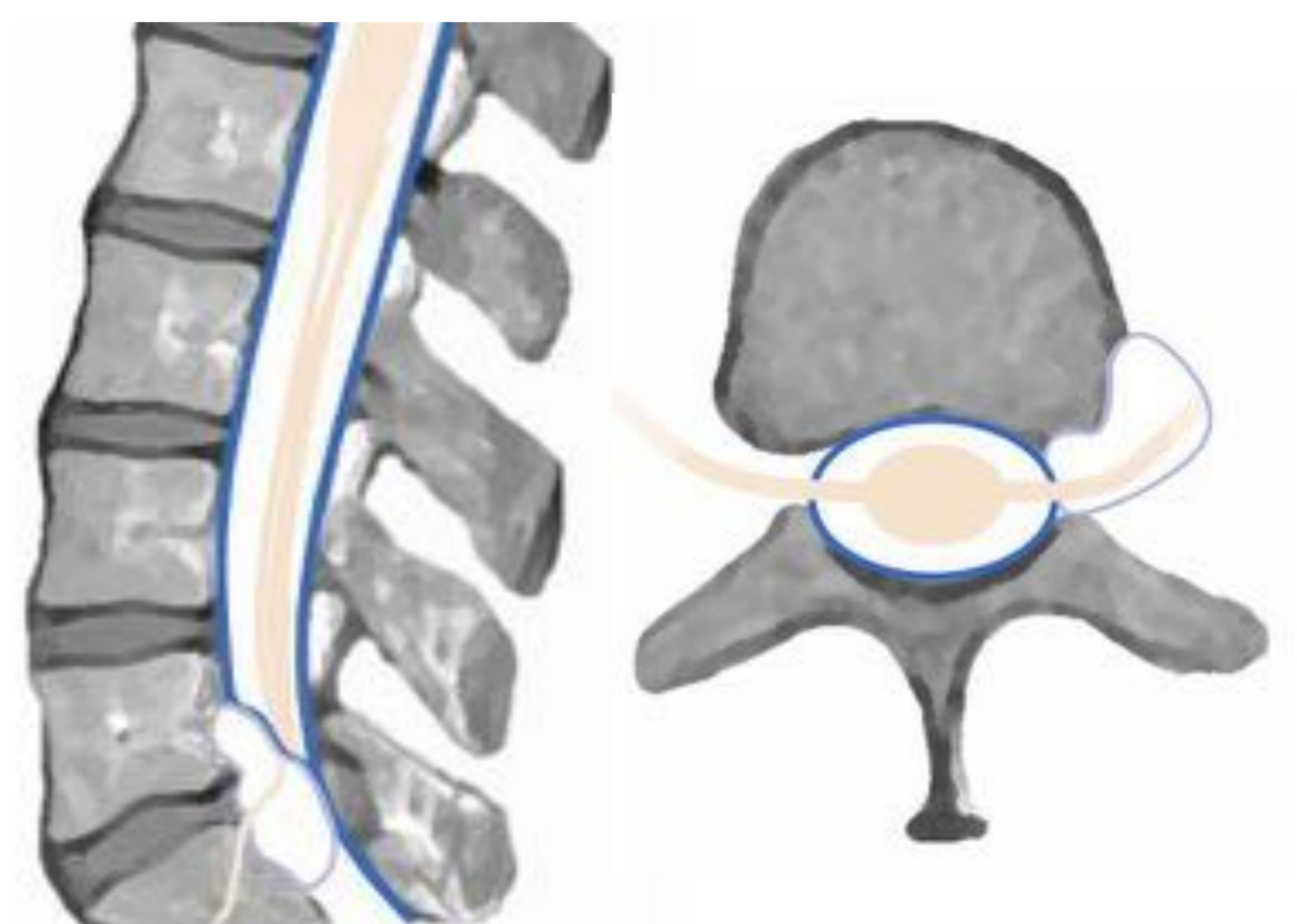
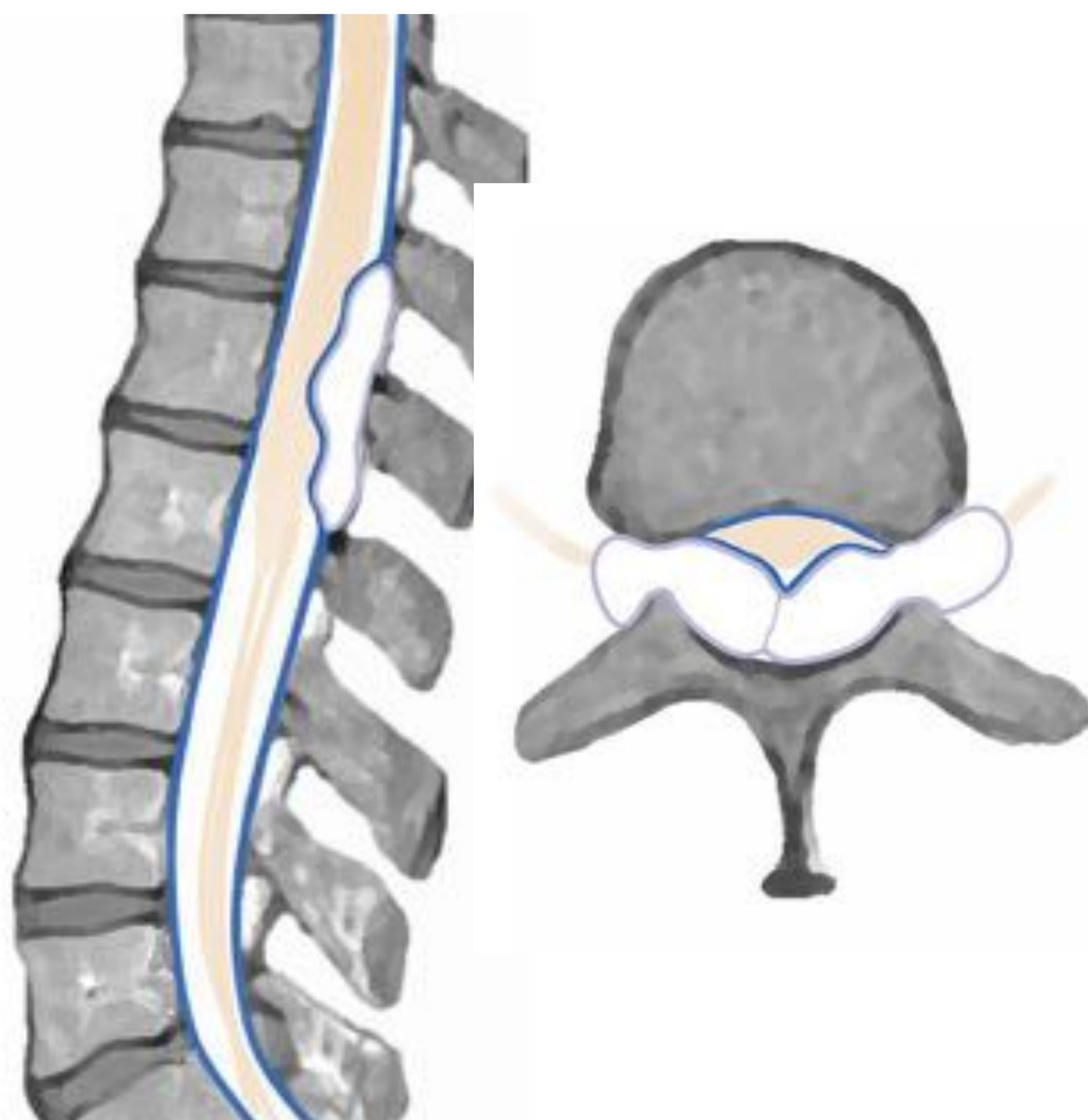


REVISIÓN DEL TEMA

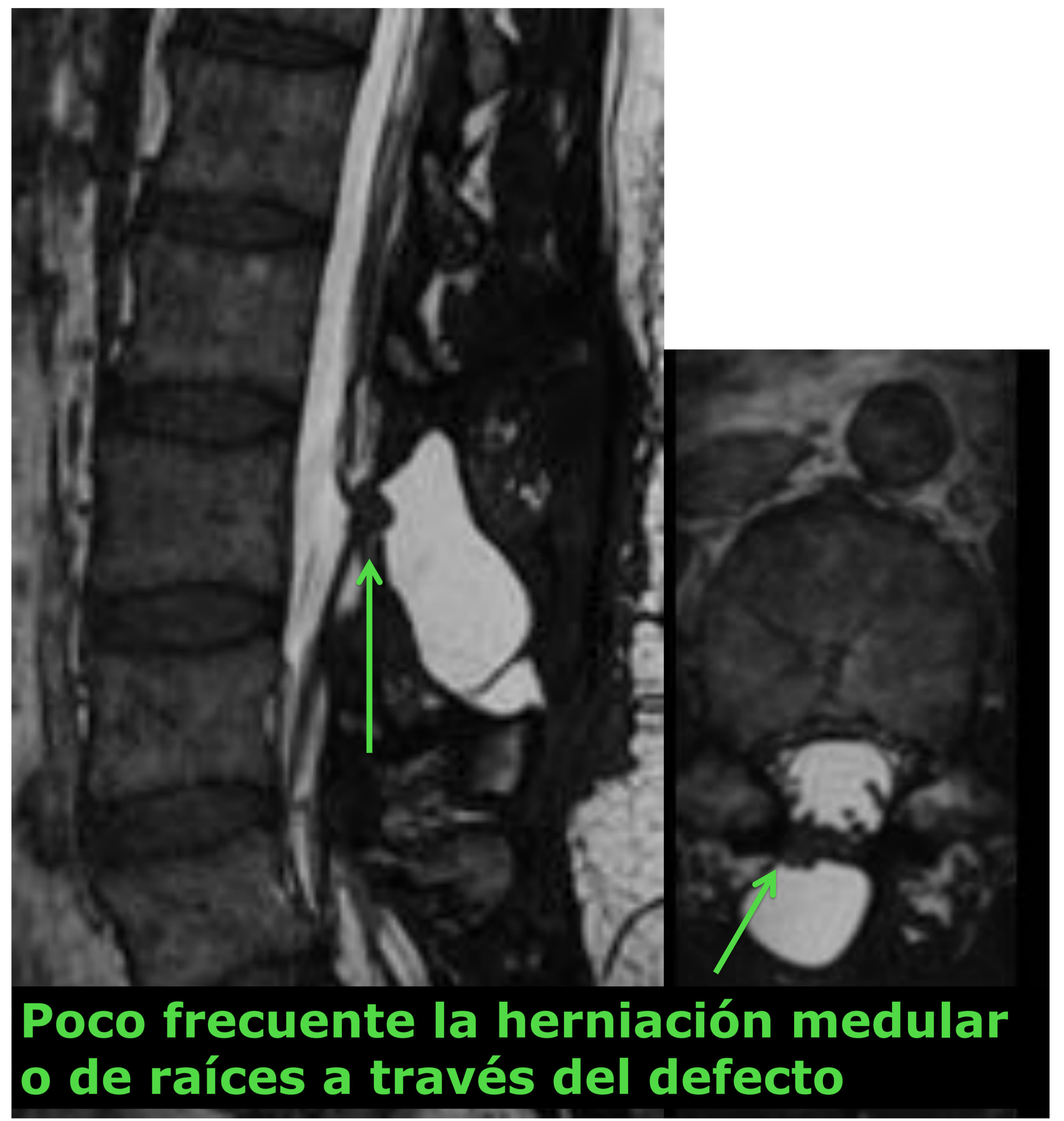
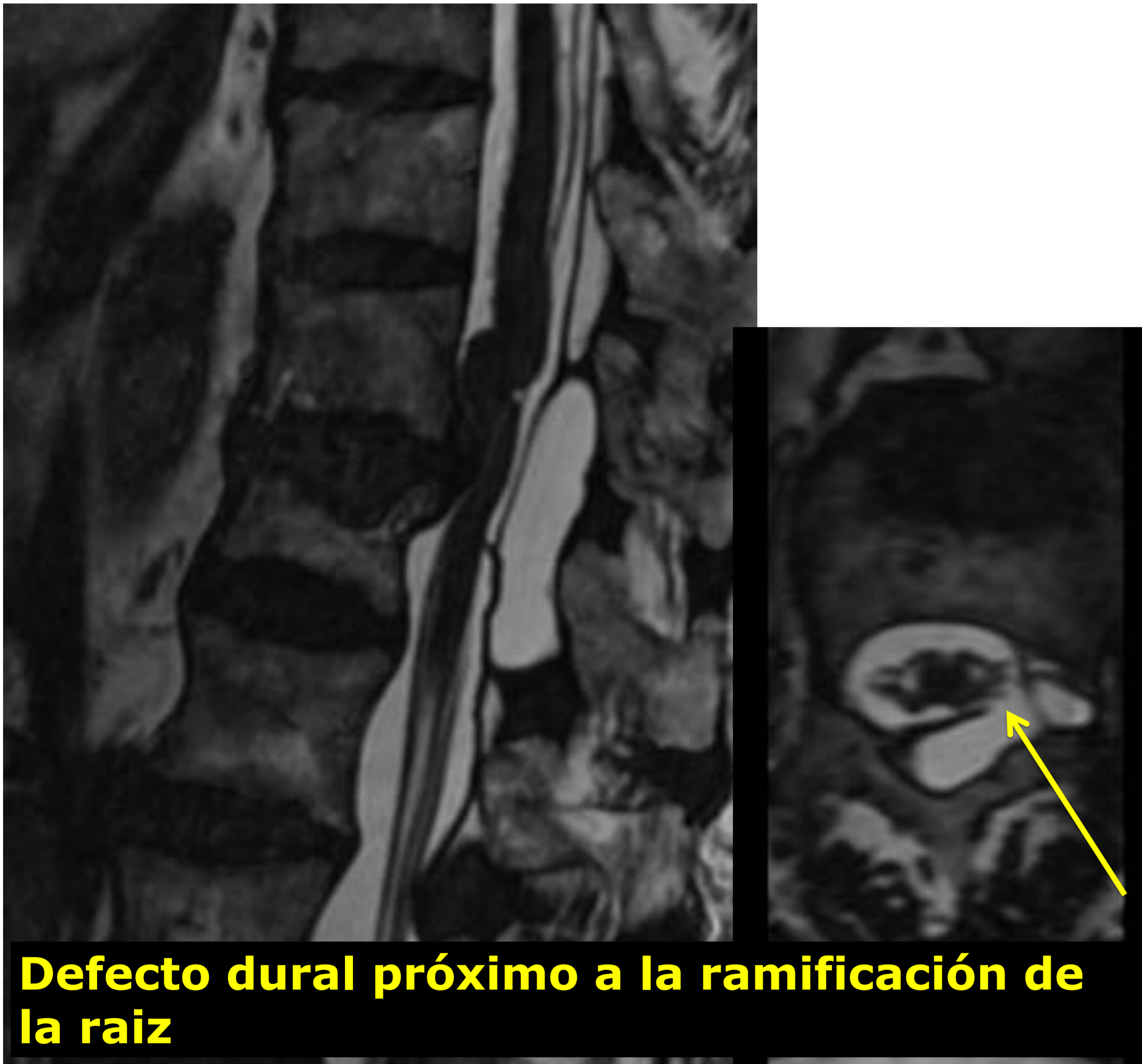
EXTRADURAL NO DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	DURAL/EXTRADURAL DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	INTRADURAL
DIVERTÍCULO	DISECCIÓN	ECTASIA

1. TIPO I: DIVERTÍCULO

	DIVERTÍCULO	
<i>Klekamp J. Neurosurgery 2017;81(1):29-44</i>	Formación quística extradural (saculación)	
DEFINICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Defecto en ambas capas de la duramadre. Comunicación con espacio subaracnoideo a través de defecto dural o cuello. Contiene LCR. Revestimiento de tejido fibroso 	
CLASIFICACIÓN	A) SACO DURAL	B) RAICES
SEGMENTO	TORÁCICO	LUMBOSACRO
LOCALIZACION	POSTERIOR o LATERAL	LATERAL
RAICES	<i>"cerca de la ramificación de la raíz nerviosa"</i>	<i>"transición entre dura y vaina nerviosa periférica"</i>
ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Conectivopatías, Congénita Post-traumático Neurofibromatosis Degenerativa 	Congénita, Degenerativa
COMUNICACIÓN ESPACIO SUBARACNOIDEO	LIBRE O RETRASADA	RETRASADA
TRATAMIENTO	CIERRE DEFECTO DURAL	CIERRE DEFECTO DURAL



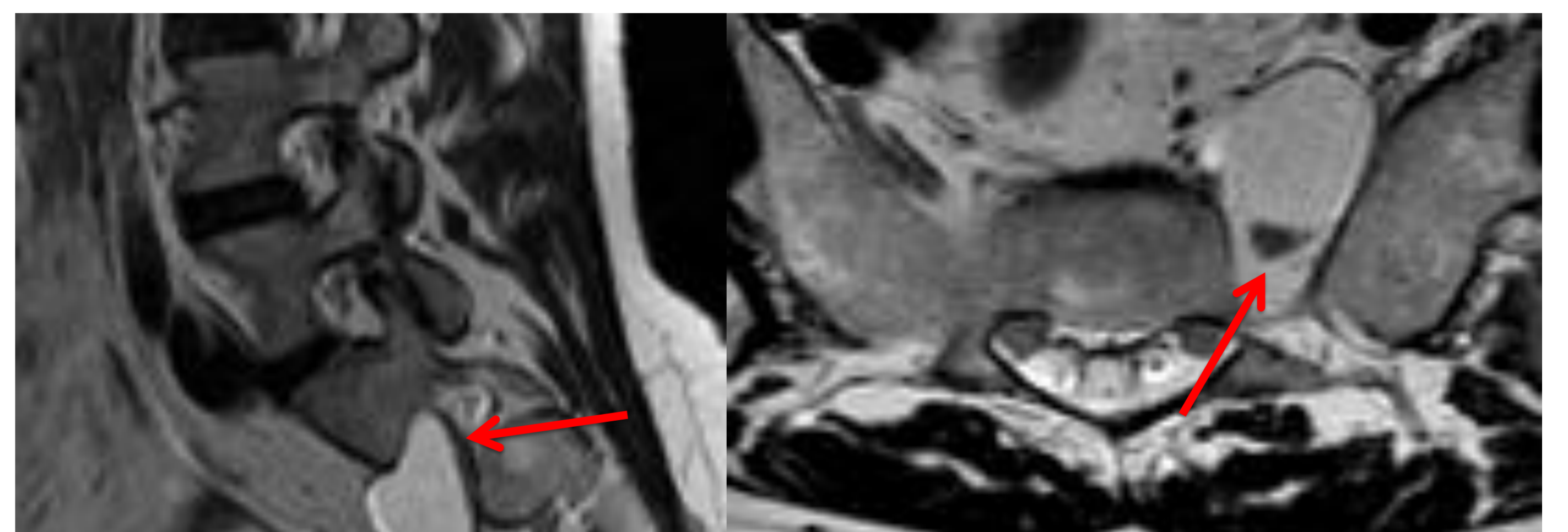
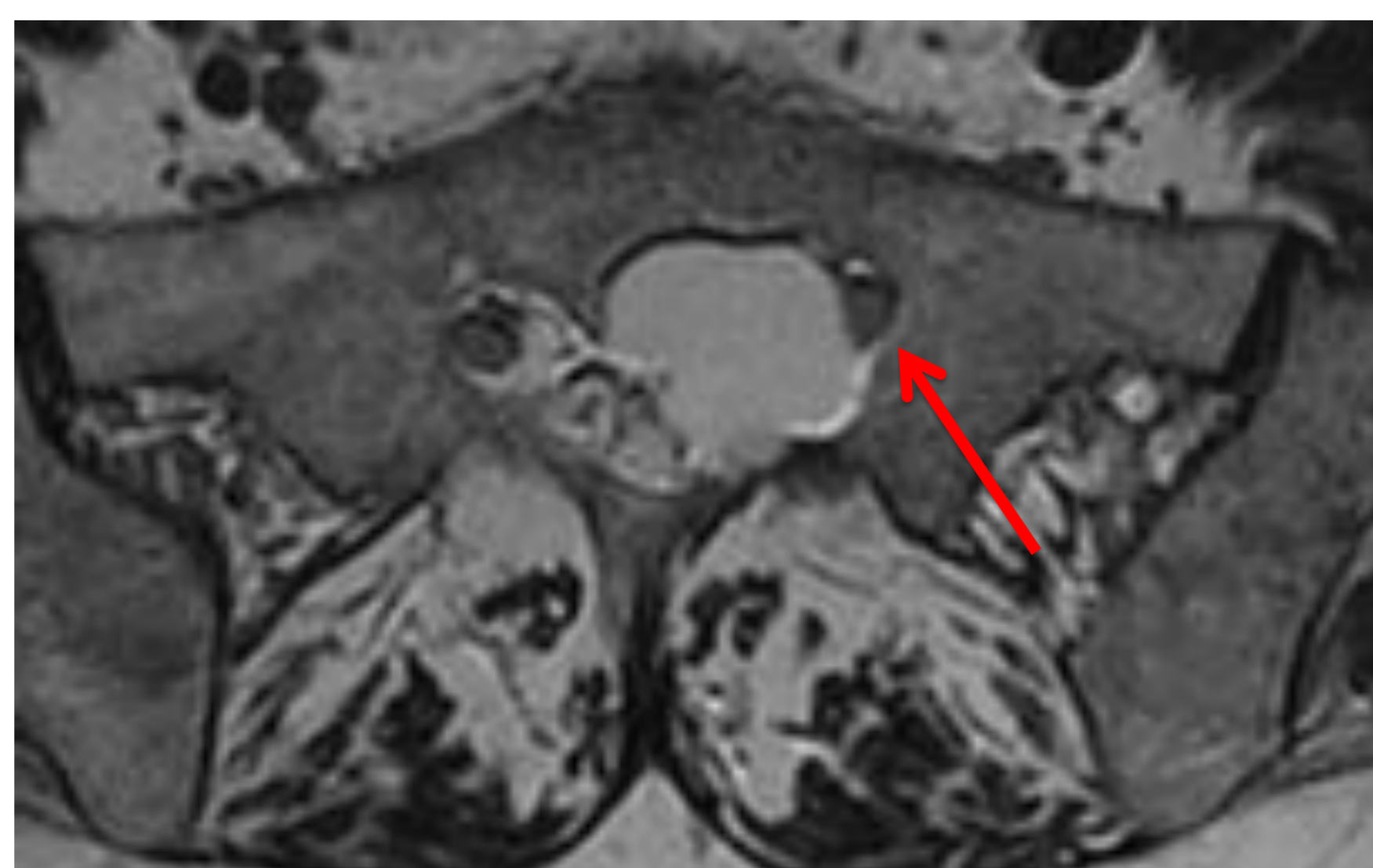
DIVERTÍCULO SACO TECAL



DIVERTÍCULO RAIZ NERVIOSA

Frecuentemente múltiples

Raíces dentro o adheridas



**"Quistes de Tarlov"
"Quistes perirradiculares"**



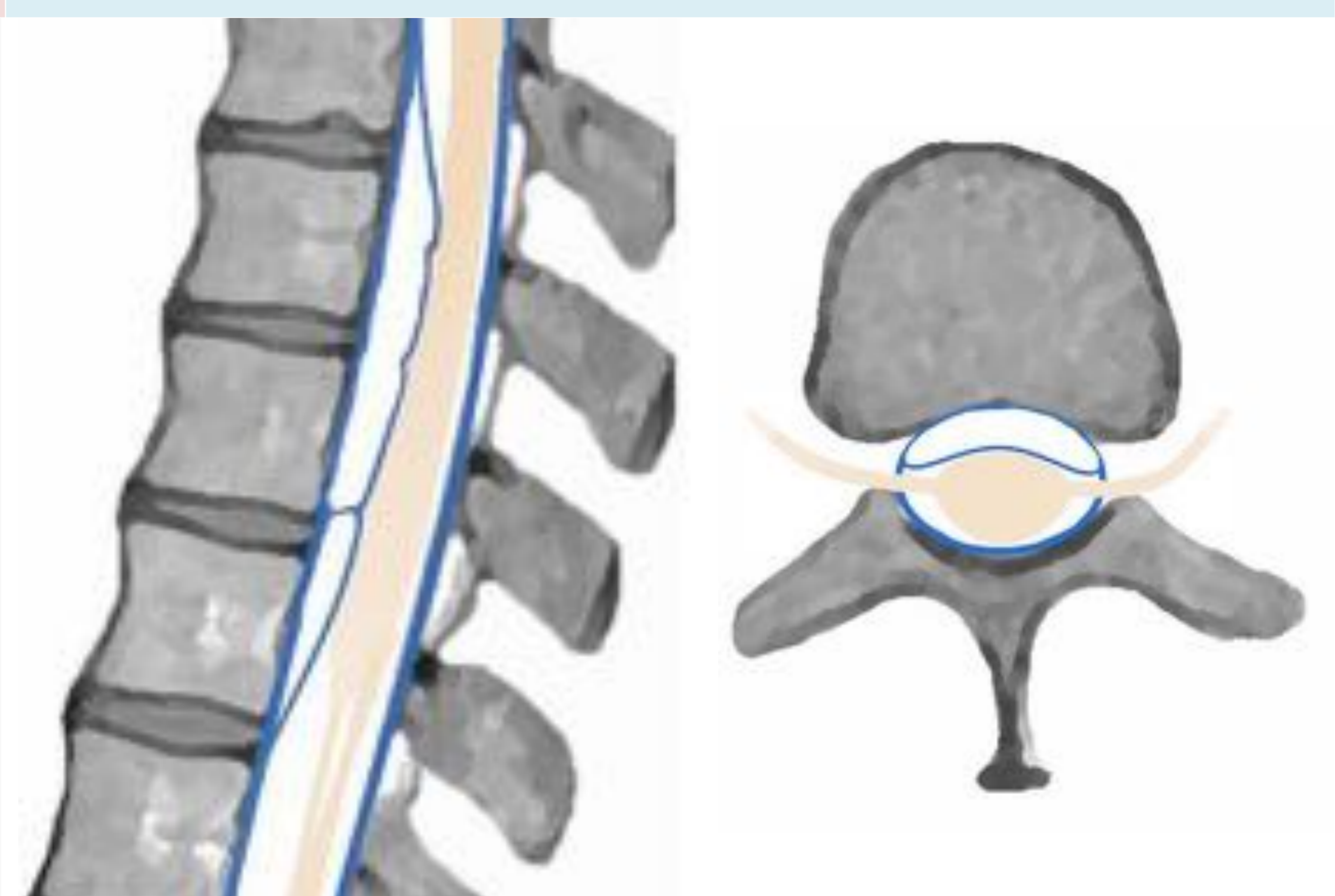
No suele detectarse el cuello comunicante

REVISIÓN DEL TEMA

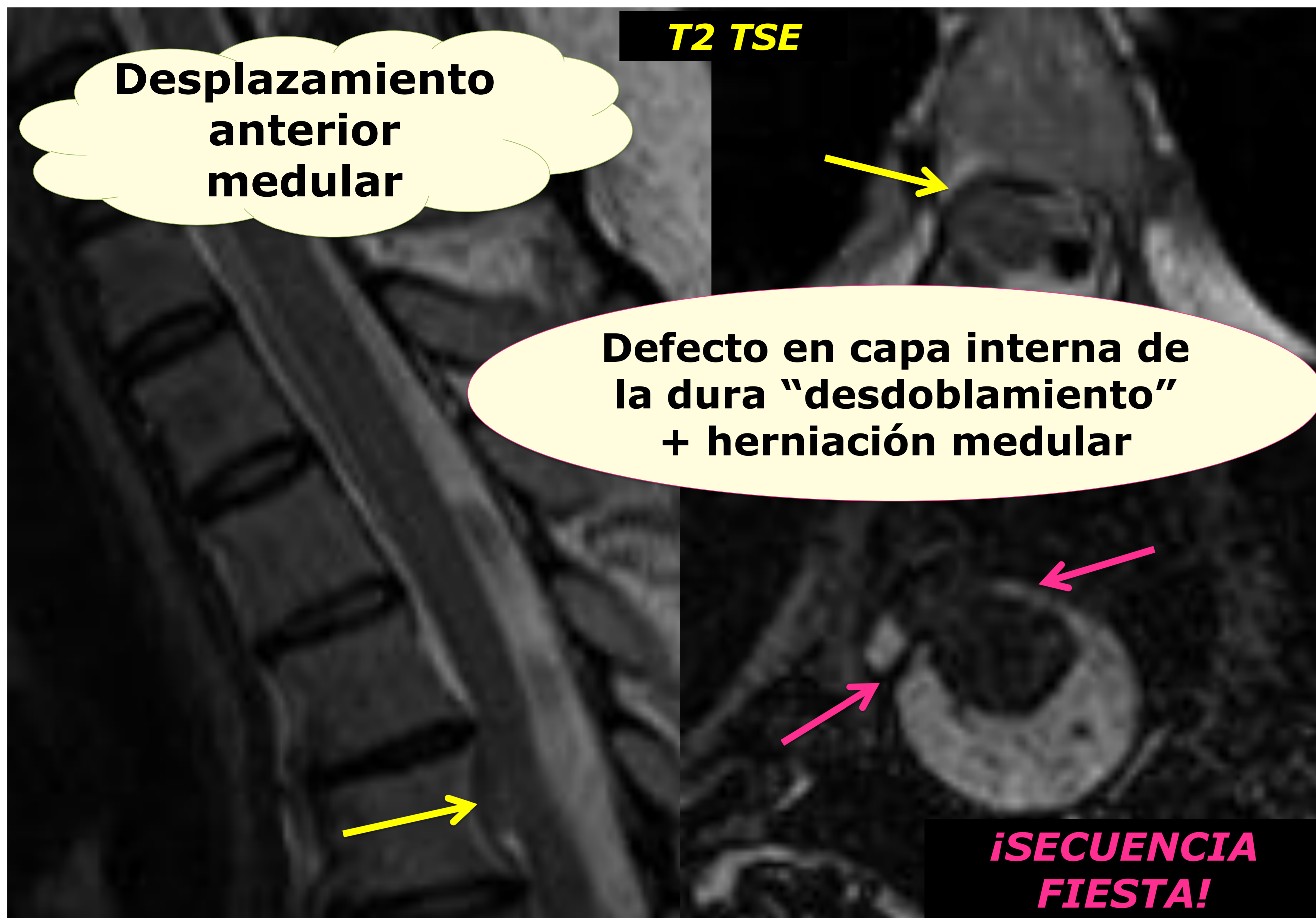
EXTRADURAL NO DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	DURAL/EXTRADURAL DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	INTRADURAL
DIVERTÍCULO	DISECCIÓN	ECTASIA

2. TIPO II: DISECCIÓN

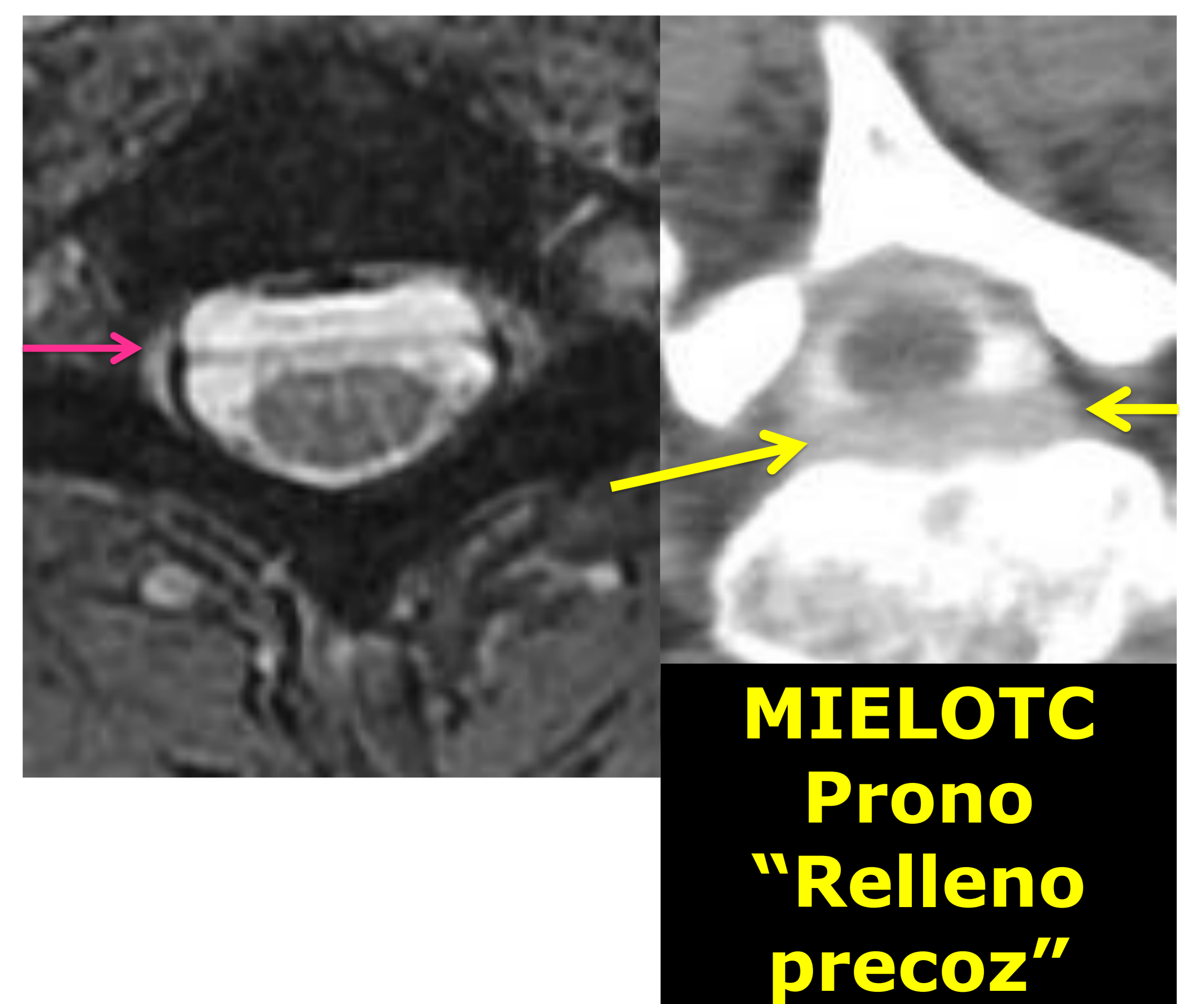
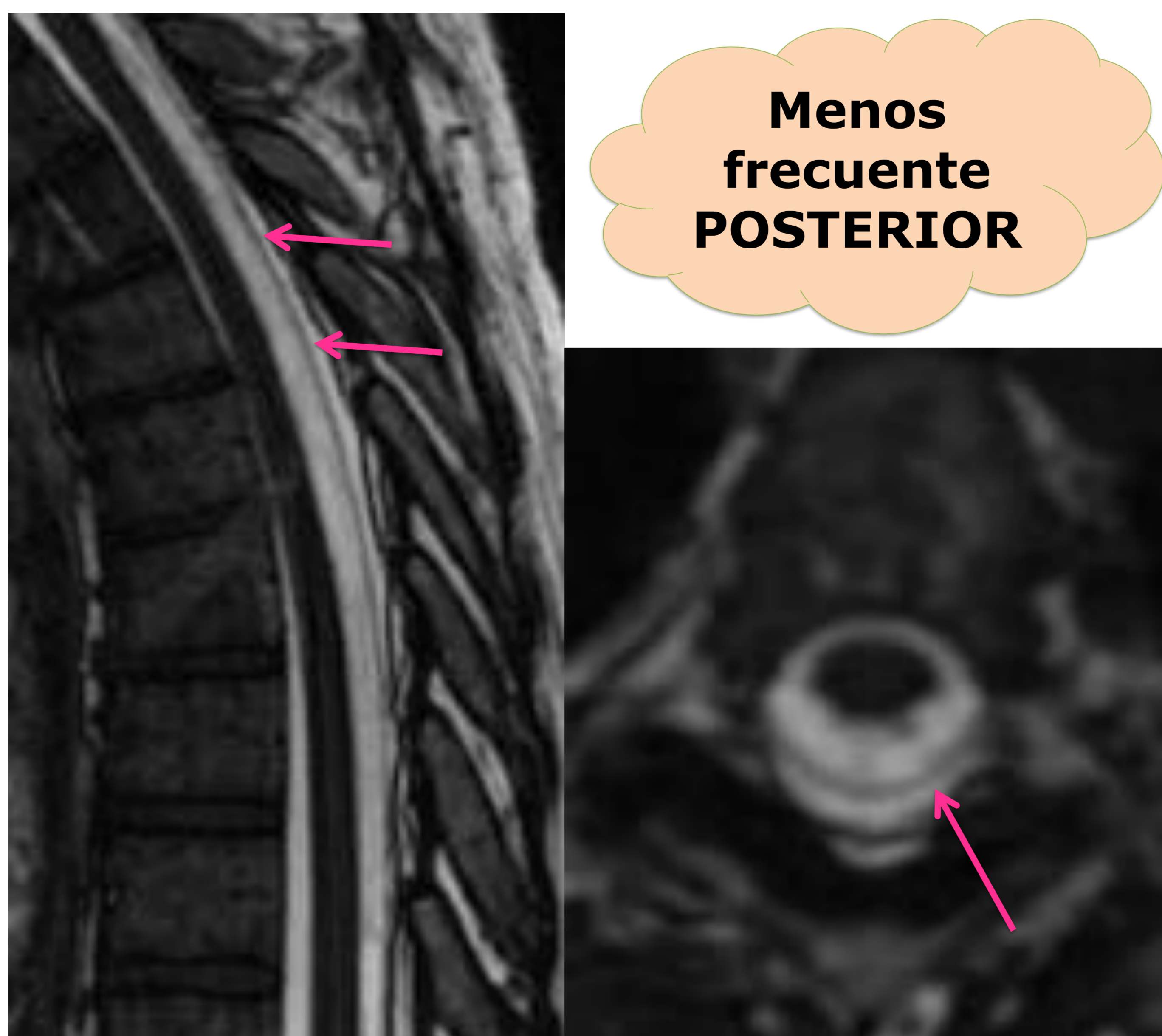
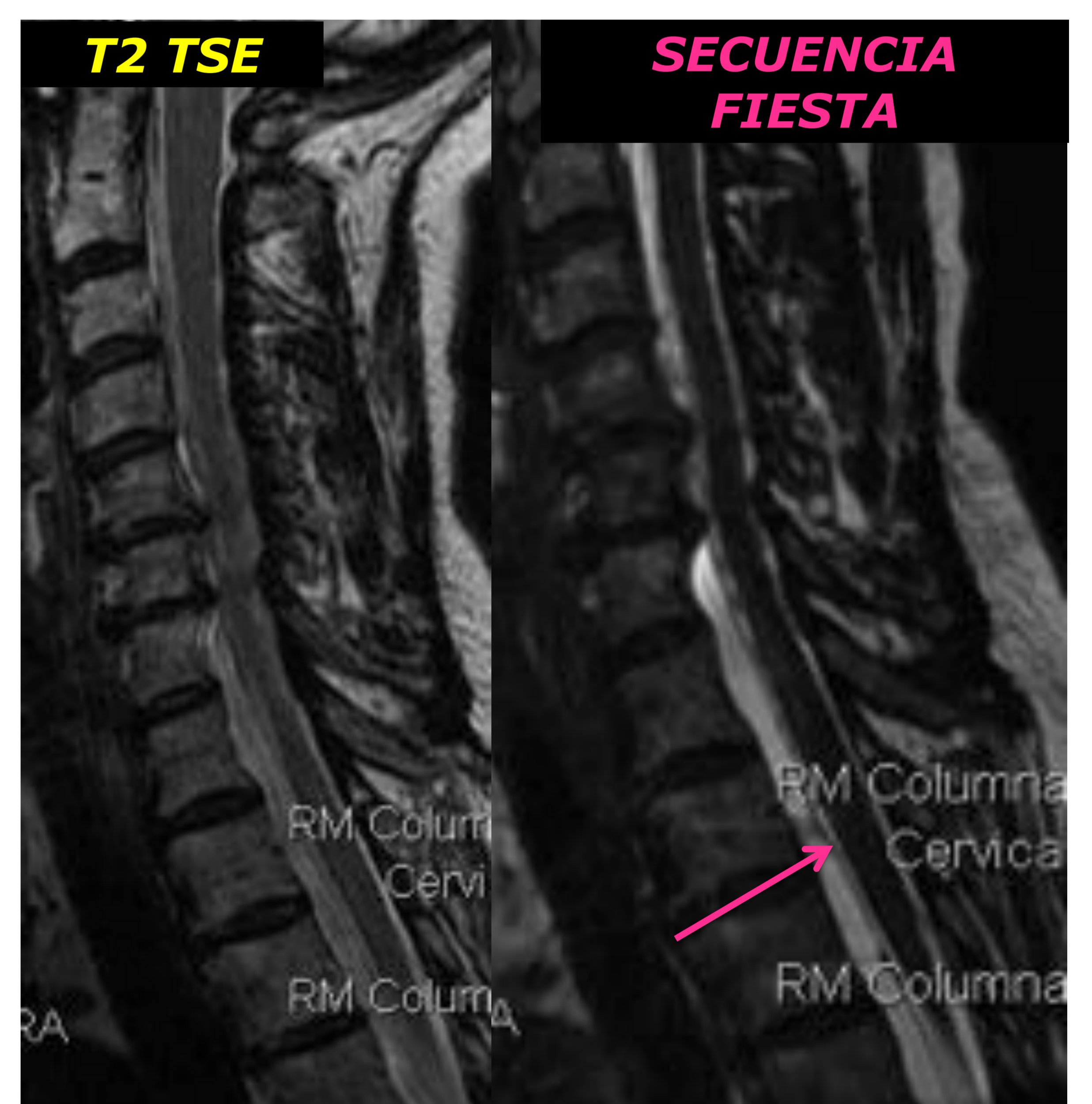
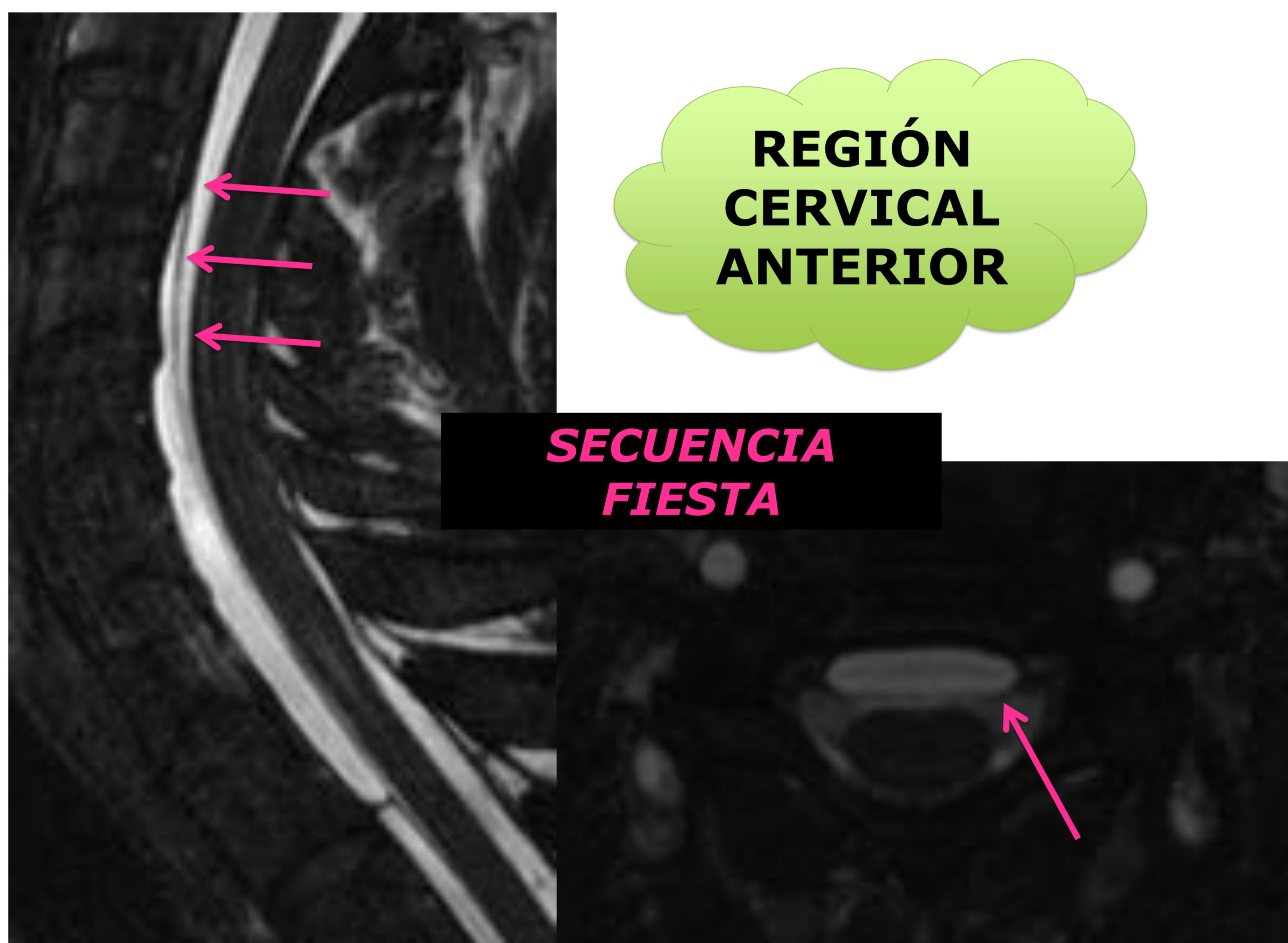
	DISECCIÓN	
<i>Klekamp J. Neurosurgery 2017;81(1):29-44</i>	"Desdoblamiento" de la dura anterior con extensión a varios niveles espinales	
DEFINICIÓN	Defecto en capa interna de la dura, que permite la entrada del LCR y separar ambas capas	
CLASIFICACIÓN	A) CON HERNIA MEDULAR	B) SIN HERNIA MEDULAR
SEGMENTO	CERVICO-TORÁCICO	CERVICO-TORÁCICO
LOCALIZACIÓN	ANTERIOR/LATERAL	ANTERIOR/LATERAL
	Diagnóstico diferencial con quiste aracnoideo	Síndrome de hipopresión por la posibilidad de flujo constante de LCR a través del defecto. Se ha asociado a siderosis superficial Importante localizar el defecto dural interno (mieloTC): -cervical: lateral -torácico: anterior
ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • POST-TRAUMÁTICO • CONGENITA • DEGENERATIVA? 	<ul style="list-style-type: none"> • POST-TRAUMÁTICO • CONGENITA • DEGENERATIVA?
COMUNICACIÓN ESPACIO SUBARACNOIDEO	LIBRE	LIBRE (relleno precoz con el contraste intratecal)
TTO	CIERRE DEFECTO DURAL	CIERRE DEFECTO DURAL



DISECCIÓN CON HERNIA MEDULAR



DISECCIÓN SIN HERNIA MEDULAR

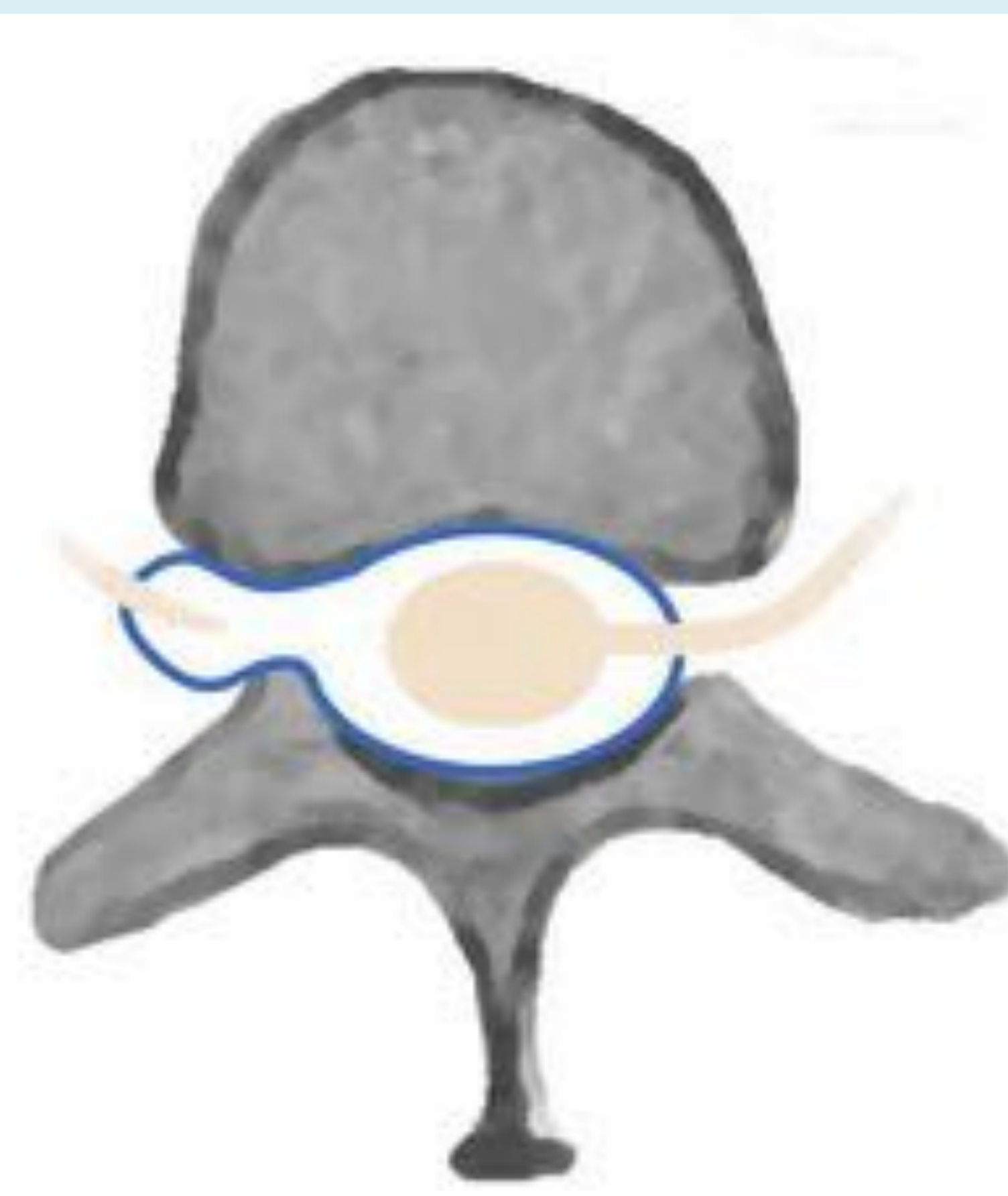


REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	DURAL/EXTRADURAL DEPENDIENTE DE LAS MENINGES	INTRADURAL
DIVERTÍCULO	DISECCIÓN	ECTASIA

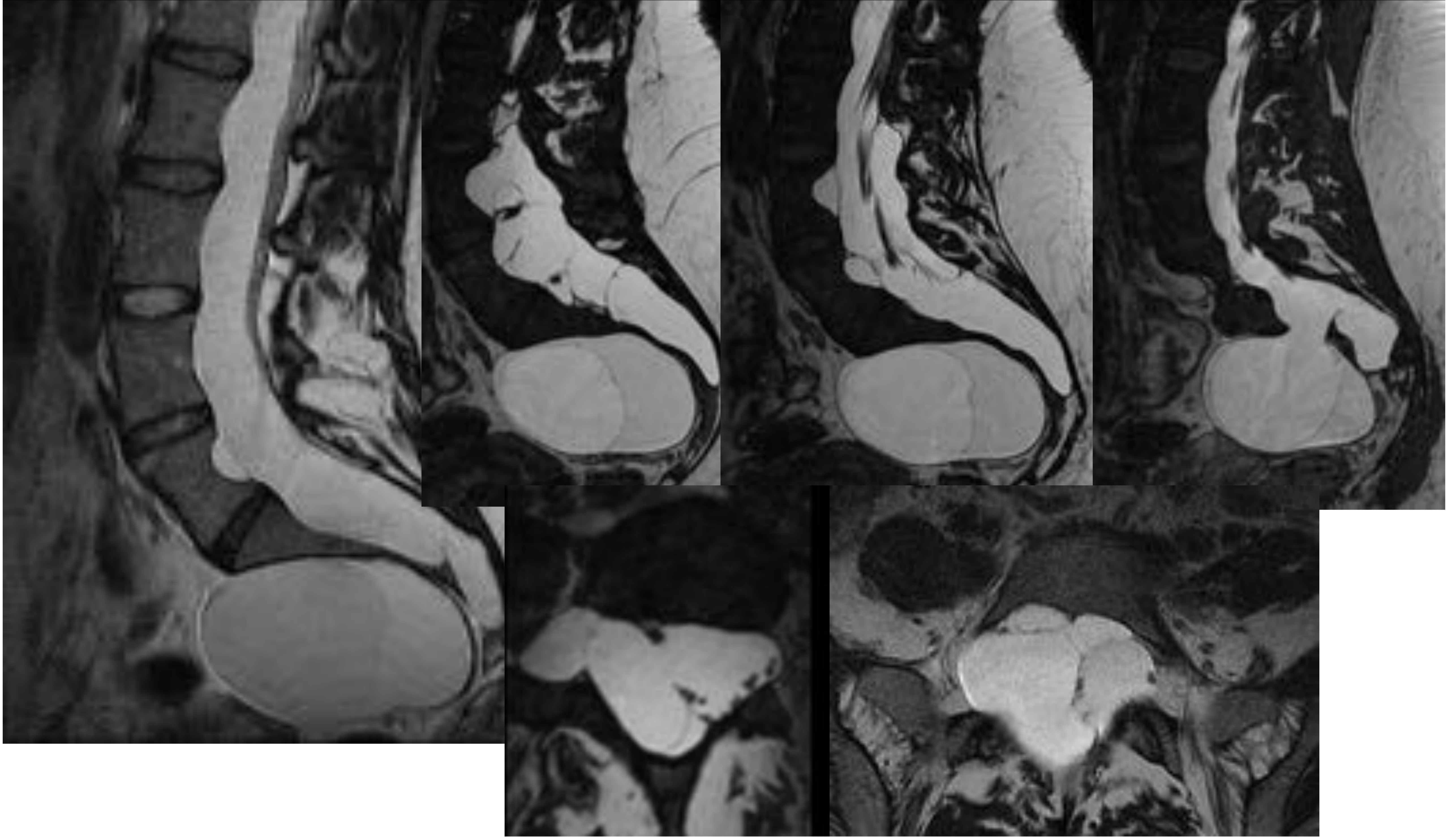
3. TIPO III: ECTASIA

	ECTASIA	
<i>Klekamp J. Neurosurgery 2017;81(1):29-44</i>	Ectasias fusiformes de la dura	
DEFINICIÓN	Defecto en <u>capa interna</u> de la dura	
CLASIFICACIÓN	A) SACO DURAL	B) RAICES
SEGMENTO	TORÁCICO O LUMBOSACRO	TORÁCICO O LUMBOSACRO
LOCALIZACION	ANTERIOR/LATERAL	ANTERIOR/LATERAL
	Relación con síndrome de hipopresión si no integridad de la dura Puede extenderse a raíces Cambios óseos con remodelación	
RAICES	ADHERIDAS AL SACO ECTÁSICO	DENTRO O DESGARRADAS
ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Post-traumático • Marfan • Espondilitis Anquilopoyética • Neurofinromatosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Post-traumático • Marfan
COMUNICACIÓN ESPACIO SUBARACNOIDEO	LIBRE	LIBRE
TTO	PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL	RECONSTRUCCIÓN RAIZ Y DEFECTO

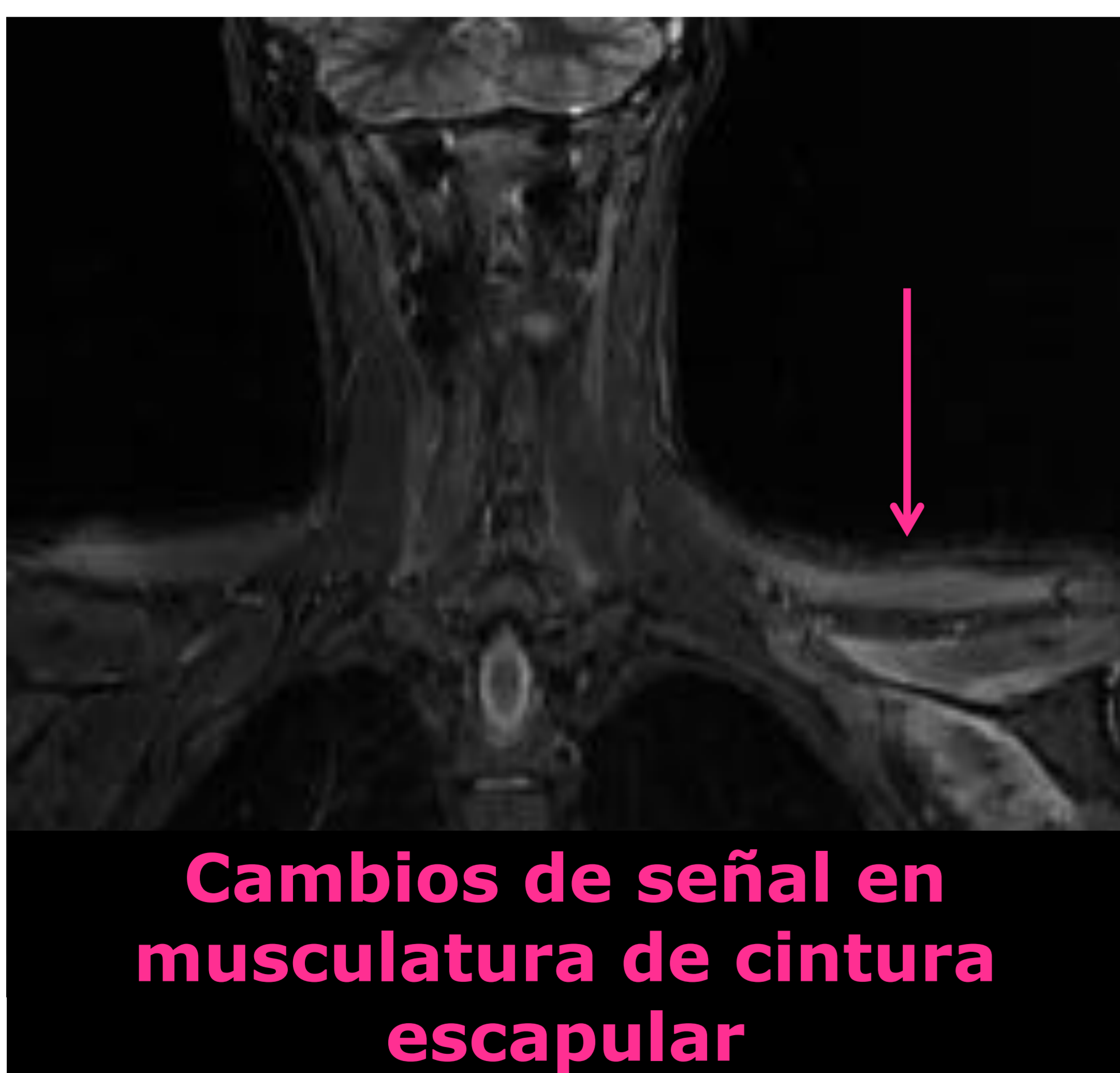


ECTASIA SACO TECAL

SÍNDROME DE MARFAN. ECTASIA Y DIVERTÍCULOS SACO Y RAICES.



ECTASIA RAIZ NERVIOSA

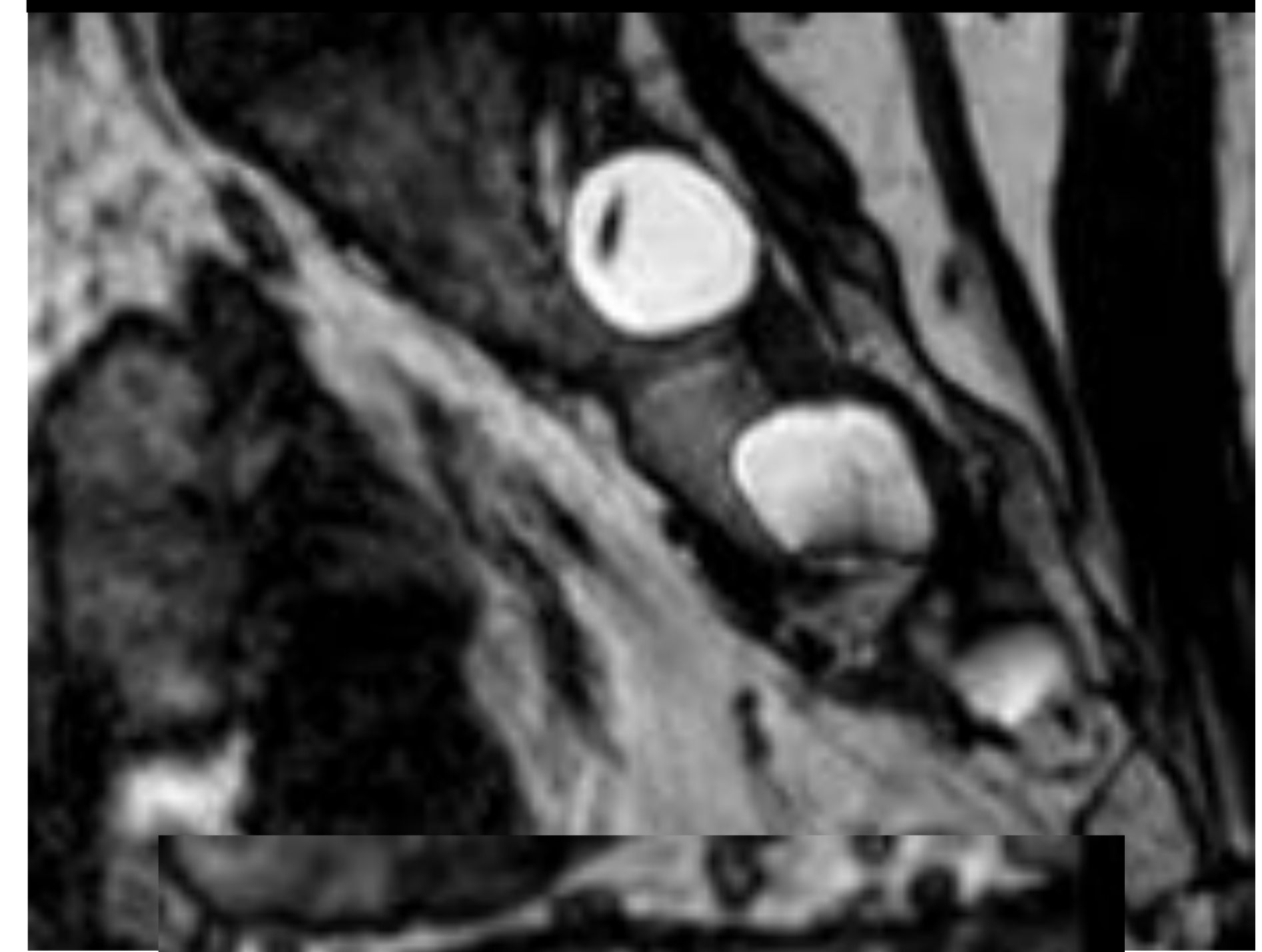


Cambios de señal en musculatura de cintura escapular



"Meningocele post-traumático"

La ectasia del saco tecal puede extenderse a las raíces. Síndrome de Marfan



Lesión de plexo braquial izquierdo tras accidente de tráfico

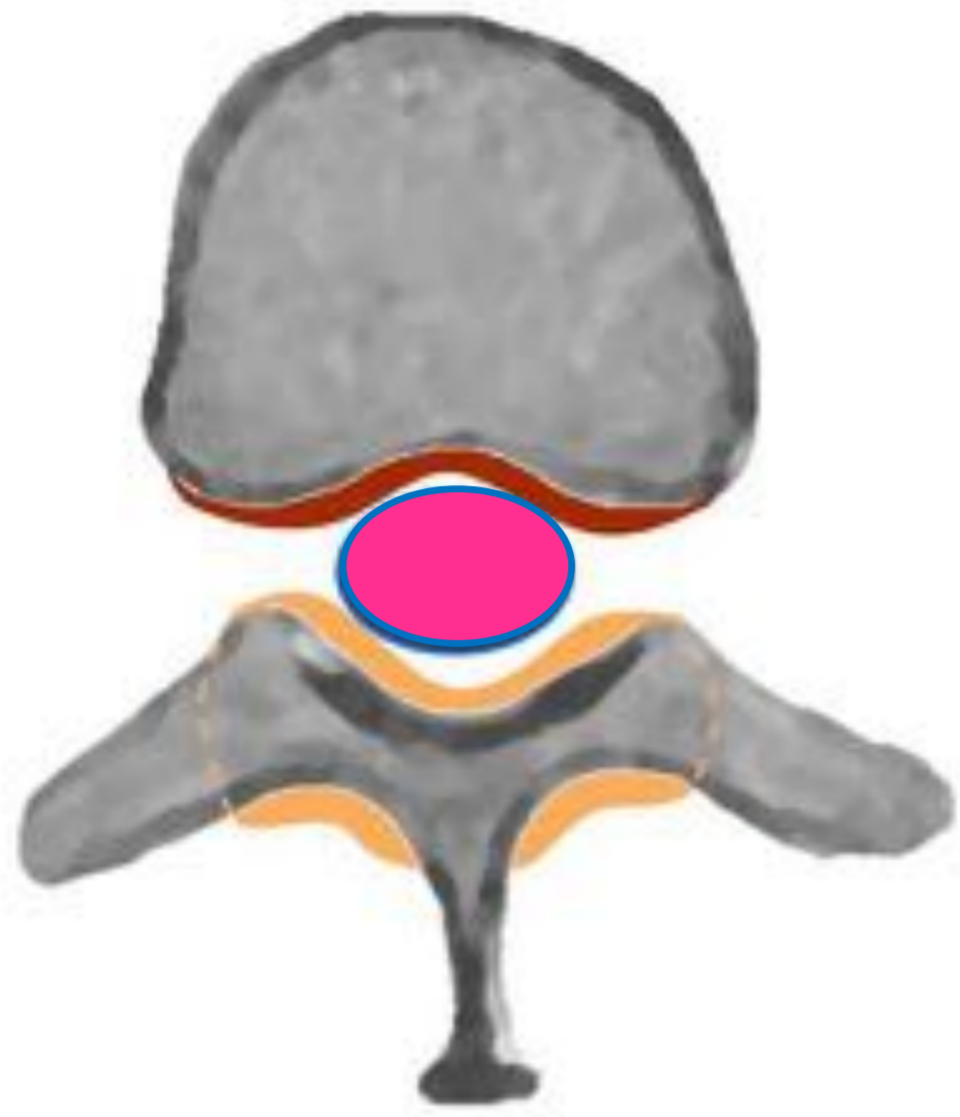


REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES

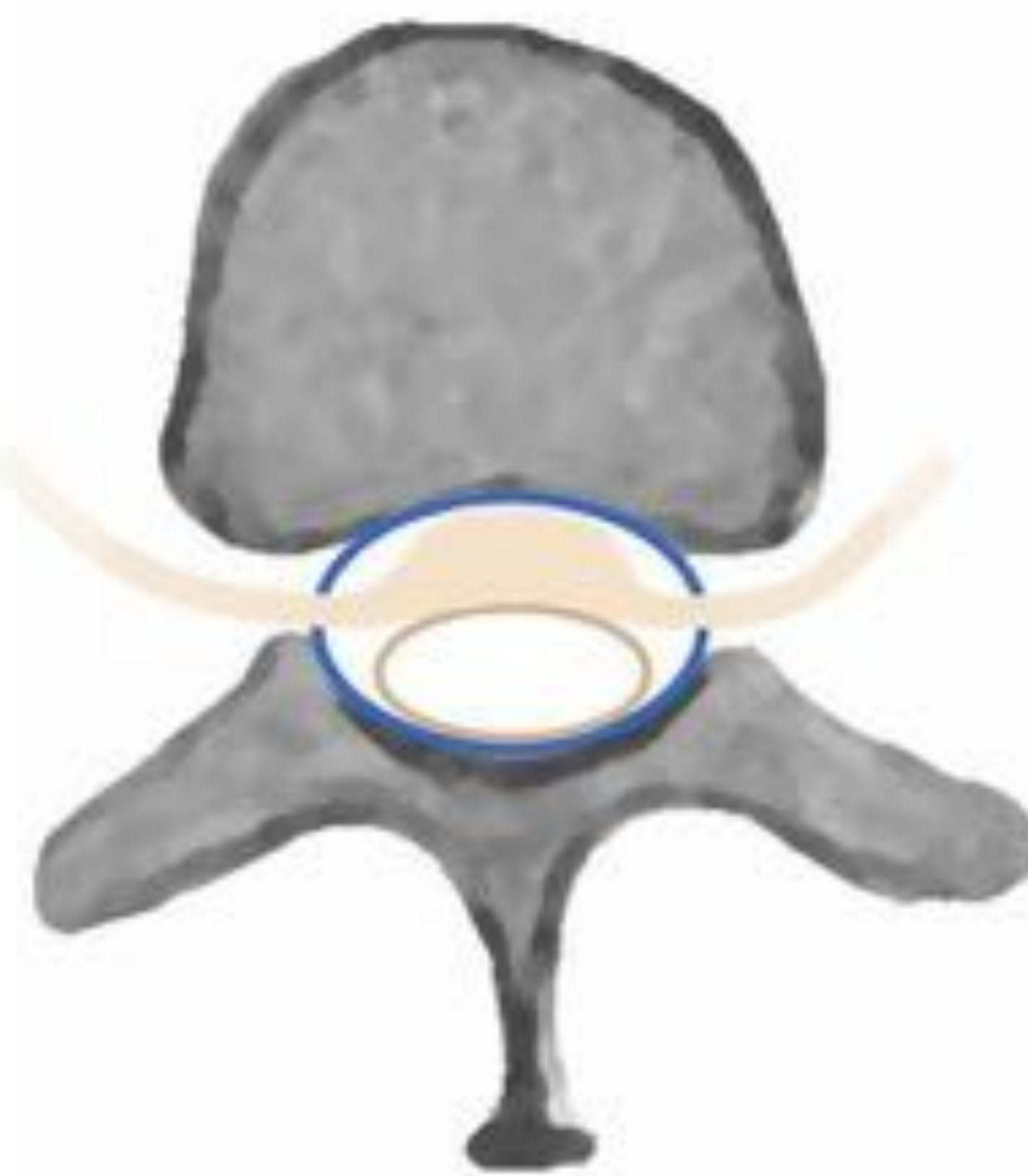
DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

INTRADURAL
- EXTRAMEDULAR -



- Extradural no dependiente de las meninges
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- **Intradural**
 - **Extramedulares:**
 - Quiste aracnoideo
 - Otros: quiste neuroentérico, quiste neuroepitelial, quistes dermoides, quistes parasitarios y schwannomas quísticos
 - *Medulares*

1. QUISTE ARACNOIDEO



- **Causa poco frecuente de síntomas radiculares o compresión medular.**
- **Con frecuencia se acompañan de siringomielia debido a la obstrucción de la circulación de líquido cefalorraquídeo (LCR).**
- **Dos tipos: primarios (sin antecedente inflamatorio) y secundarios (a reacción inflamatoria por trauma, infección...).**

PRIMARIOS:
Segmento torácico
Región posterior
¿Por qué?

Desde cervical baja a cono:

- **Septo posteromedial (septum posticum) y septos laterales**

No septos aracnoideos en región dorsal anterior ni en segmentos cervical/lumbar

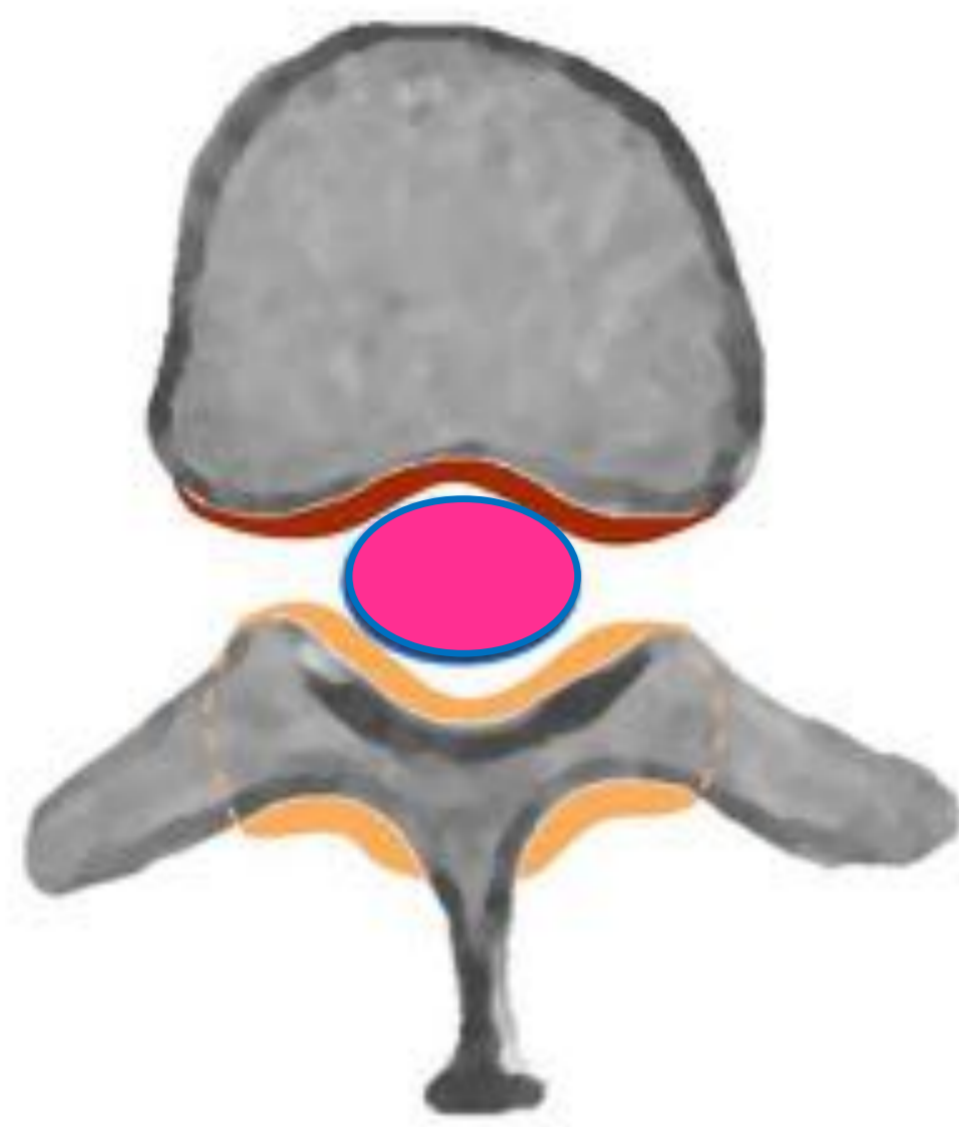
Adherencias entre los septos aracnoideos o defectos del desarrollo de la aracnoides

REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

INTRADURAL
- EXTRAMEDULAR -



- Extradural no dependiente de las meninges
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- **Intradural**
 - **Extramedulares:**
 - Quiste aracnoideo
 - Otros: quiste neuroentérico, quiste neuroepitelial, quistes dermoides, quistes parasitarios y schwannomas quísticos
 - *Medulares*

1. QUISTE ARACNOIDEO

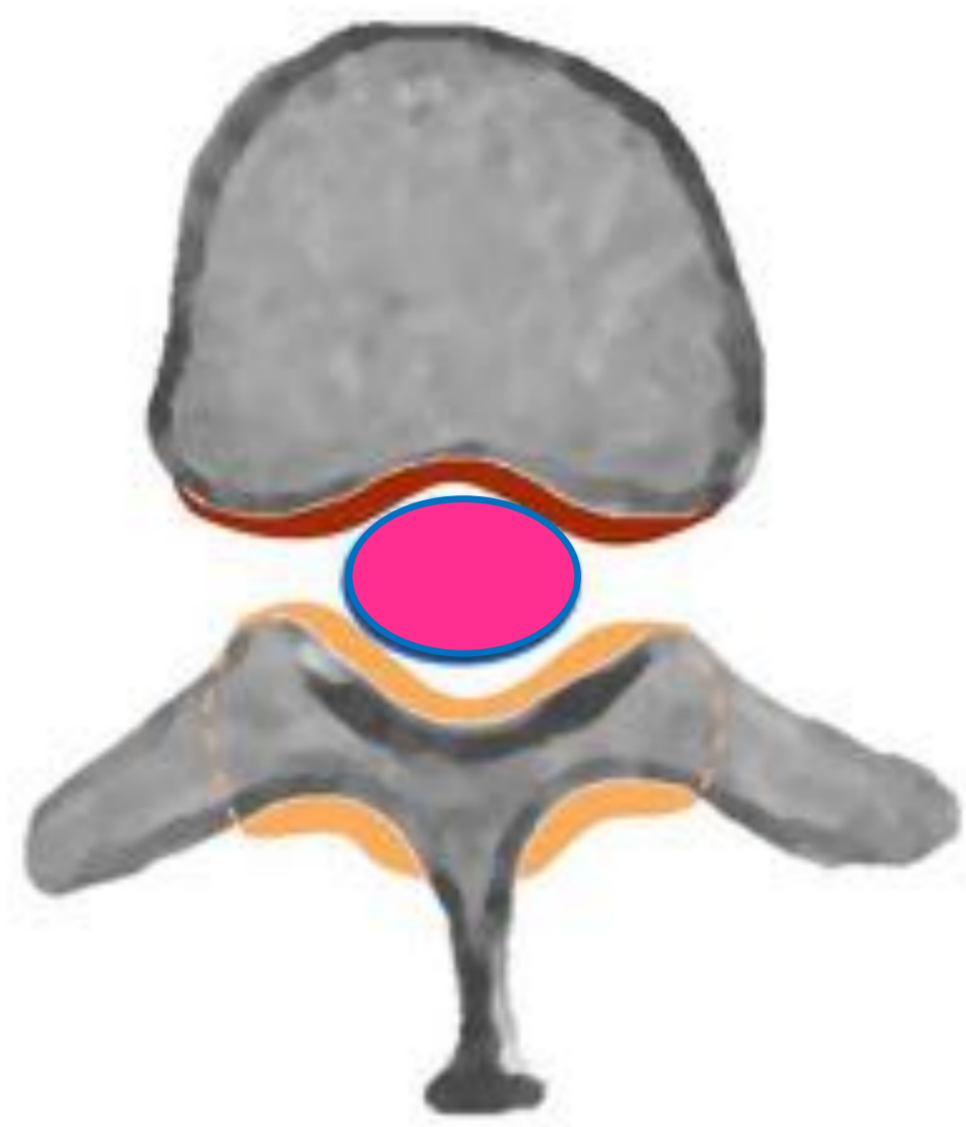
PRIMARIO	SECUNDARIO
<ul style="list-style-type: none"> • No historia de antecedente inflamatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción inflamatoria por evento previo: trauma, infección, hemorragia subaracnoidea, cirugía, instilación de sustancias en el espacio subaracnoideo
<ul style="list-style-type: none"> • Región <u>posterior</u> de la columna <u>torácica</u> • Extremadamente raro en cervical (suele ser anterior) y en lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Patología aracnoidea generalizada • Cervical, dorsal y lumbar (cervical suele estar respetada) • Anterior y posterior (más frecuente)
<ul style="list-style-type: none"> • Paredes finas • Flujo de LCR en su interior (conexión con el espacio subaracnoideo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Paredes más gruesas
<ul style="list-style-type: none"> • Difícil detección • Signos indirectos: compresión, impronta o desplazamiento anterior de la médula espinal • 50% SIRINGOMIELIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Quistes/membranas múltiples • Adherencias de la superficie medular (generalmente posterior) • LA MAYORÍA EDEMA MEDULAR/SIRINGOMIELIA
<p>SECUENCIAS 3D ALTA RESOLUCIÓN (CISS)</p> <p>MIELOGRAFÍA (TC): relleno precoz el 50%, tardío el 100%</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía recomendada en sintomáticos (resección completa en pequeños, fenestración superior en grandes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía únicamente en pacientes con progresión neurológica y evidencia de compresión medular significativa

REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

INTRADURAL
- EXTRAMEDULAR -

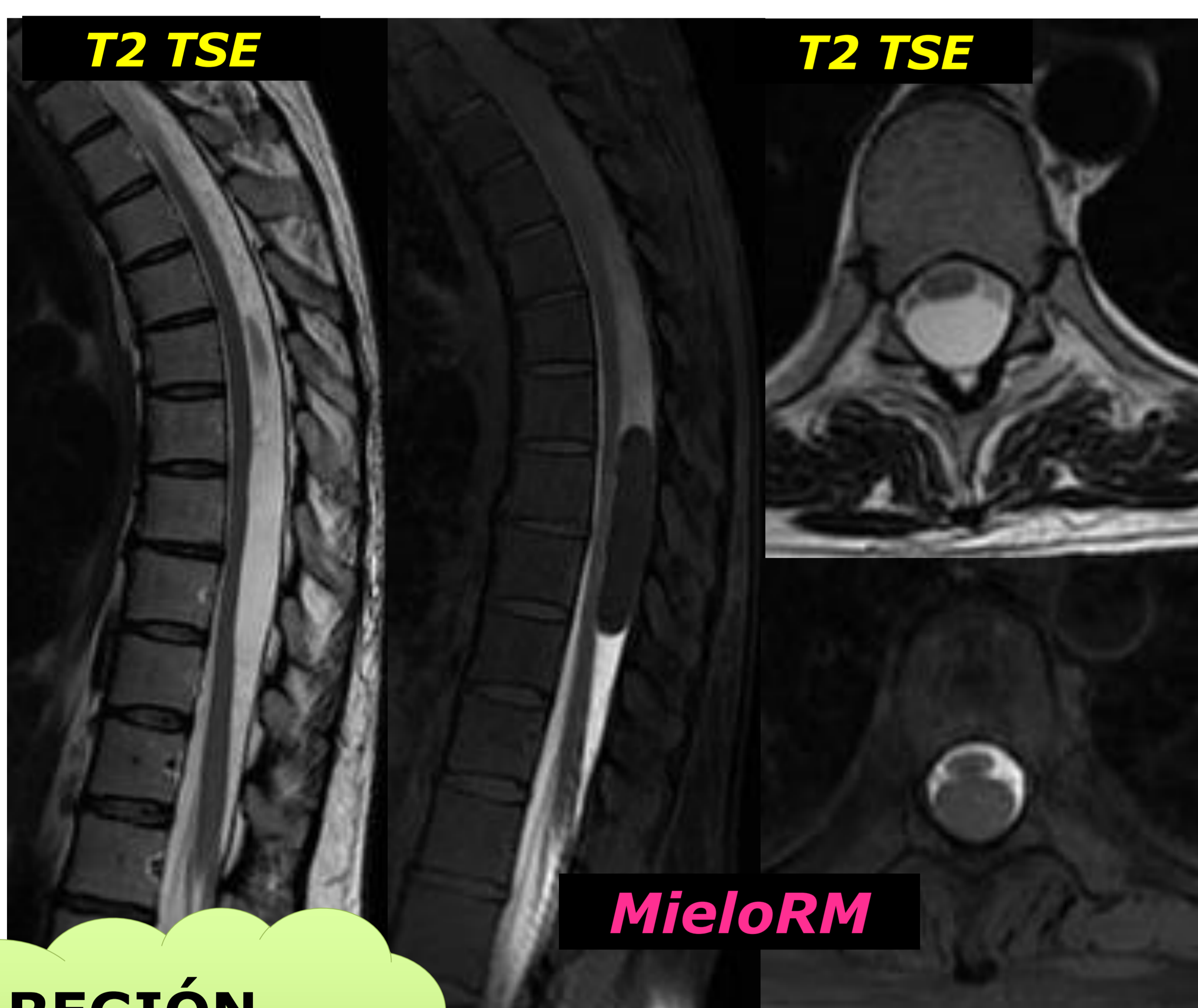


- Extradural no dependiente de las meninges
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- **Intradural**
 - **Extramedulares:**
 - Quiste aracnoideo
 - Otros: quiste neuroentérico, quiste neuroepitelial, quistes dermoides, quistes parasitarios y schwannomas quísticos
 - *Medulares*

1. QUISTE ARACNOIDEO

PRIMARIO

SECUNDARIO



Cortesía de la Dra. Eloísa Feliú

REGIÓN
TORÁCICA
POSTERIOR



SECUENCIA
FIESTA
Paredes

T2 TSE



Edema
medular

ANTERIOR Y
POSTERIOR.
MEMBRANAS

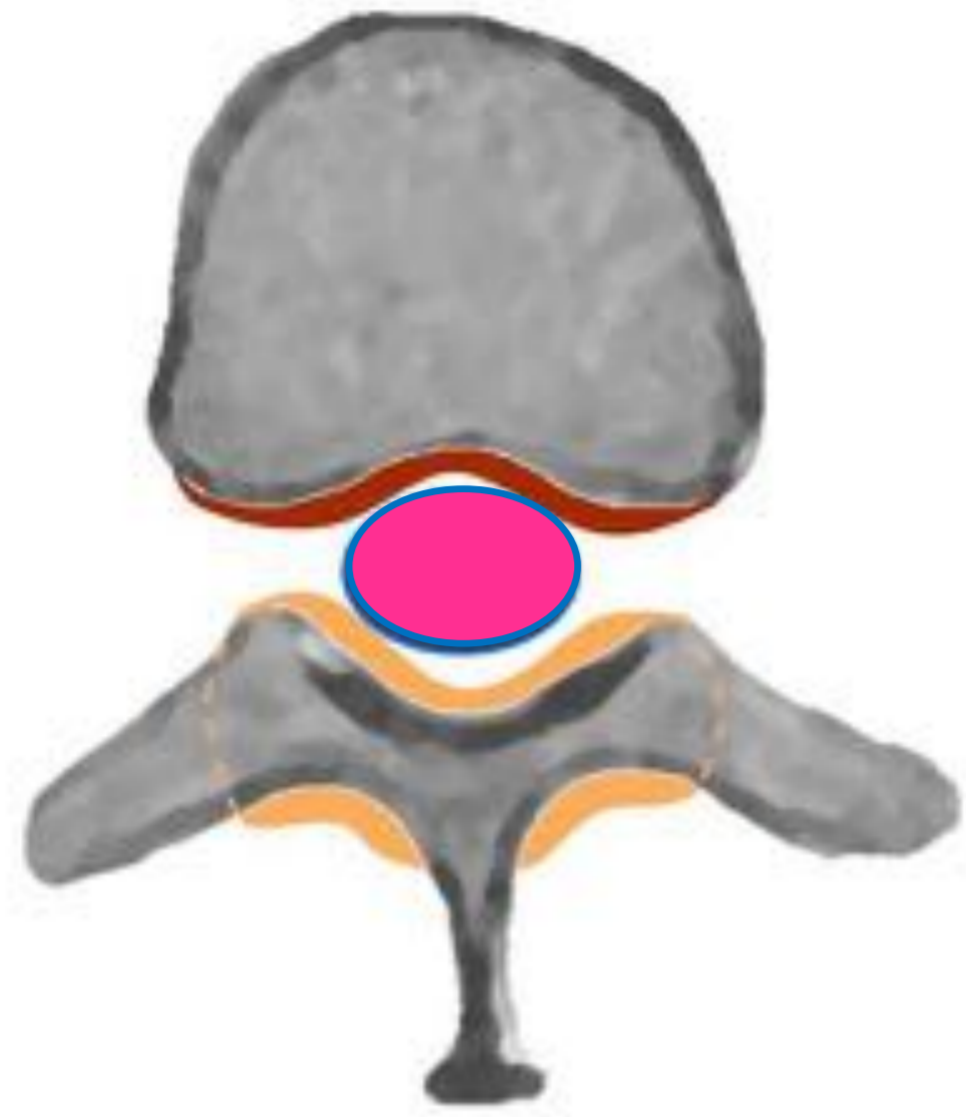
Varón de 46 años. Antecedente de hematoma subdural espontáneo intervenido.

REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

INTRADURAL
- EXTRAMEDULAR -



- Extradural no dependiente de las meninges
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- **Intradural**
 - **Extramedulares:**
 - Quiste aracnoideo
 - **Otros:** quiste neuroentérico, quiste neuroepitelial, quistes dermoides, quistes parasitarios y schwannomas quísticos
 - *Medulares*

2. OTROS

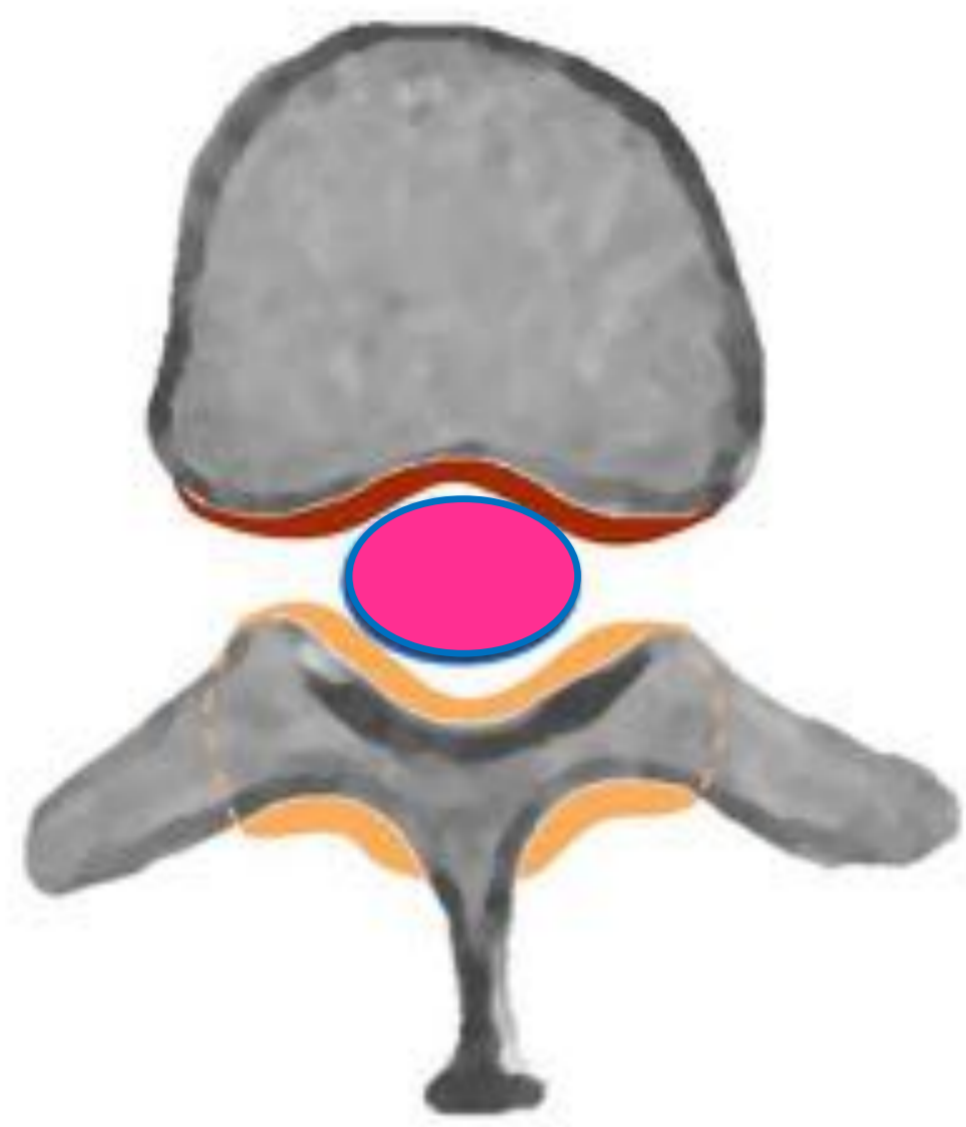
SCHWANNOMA QUÍSTICO	• Lateral	• Diferente al LCR • Realce pared
QUISTE DERMOIDE	• Lumbar (cono)	• Diferente al LCR: +/- contenido graso • Pared gruesa: +/- realce
QUISTE EPIDERMOIDE	• Lumbar (cono)	• Puede ser indistinguible del LCR
QUISTE NEUROENTÉRICO	• Anterior	• Diferente al LCR
QUISTE NEUROEPITELIAL	• Anterior/ Posterior	• Diferente al LCR
QUISTES PARASITARIOS (neurocisticercosis...)	• Leptomeningeo (raro medular, epidural) • Multinivel • Generalmente asociado a afectación craneal	

REVISIÓN DEL TEMA

EXTRADURAL NO DEPENDIENTE
DE LAS MENINGES

DURAL/EXTRADURAL
DEPENDIENTE DE LAS MENINGES

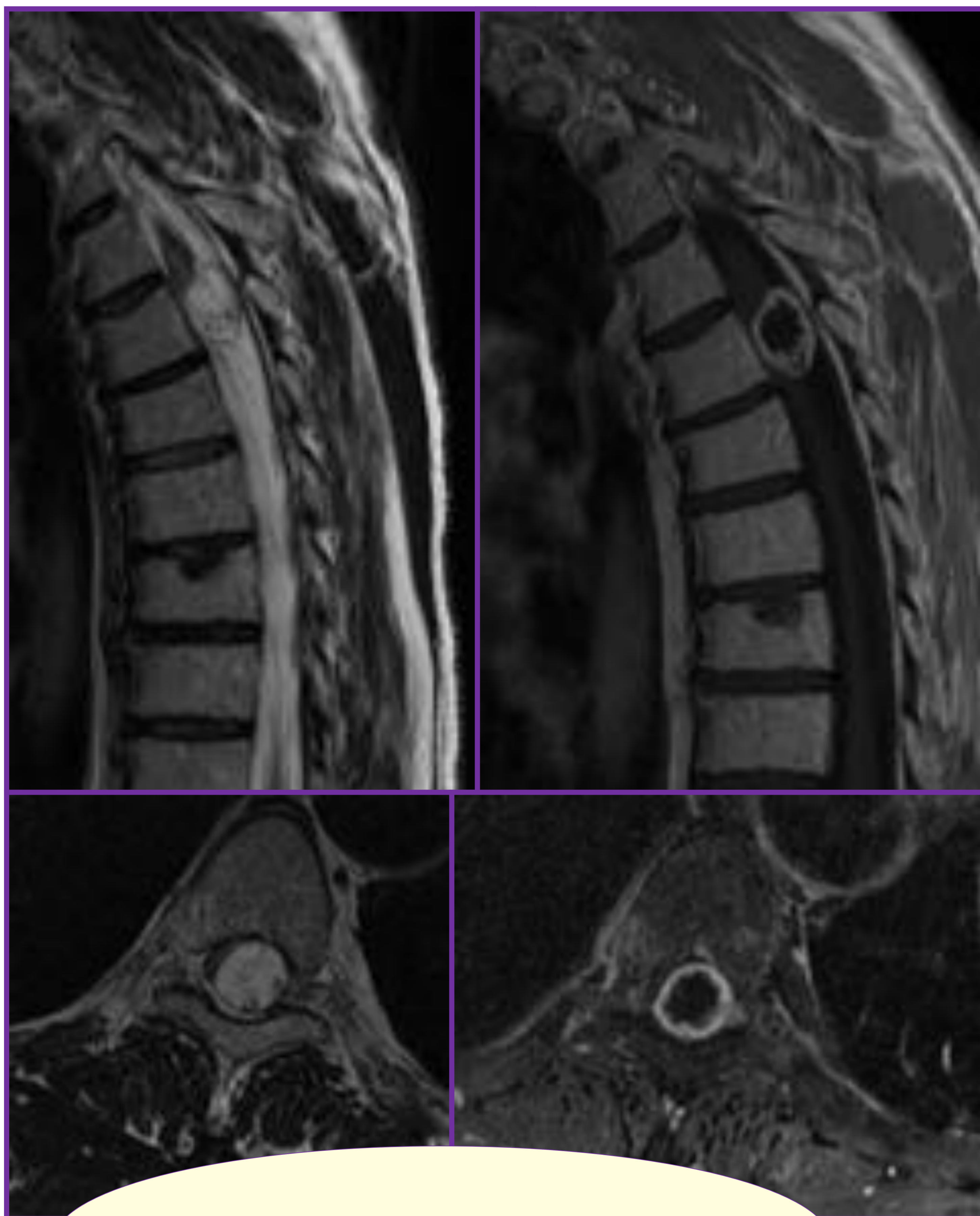
INTRADURAL
- EXTRAMEDULAR -



- Extradural no dependiente de las meninges
- Dural/Extradural dependiente de las meninges
- **Intradural**
 - **Extramedulares:**
 - Quiste aracnoideo
 - **Otros:** quiste neuroentérico, quiste neuroepitelial, quistes dermoides, quistes parasitarios y schwannomas quísticos
 - *Medulares*

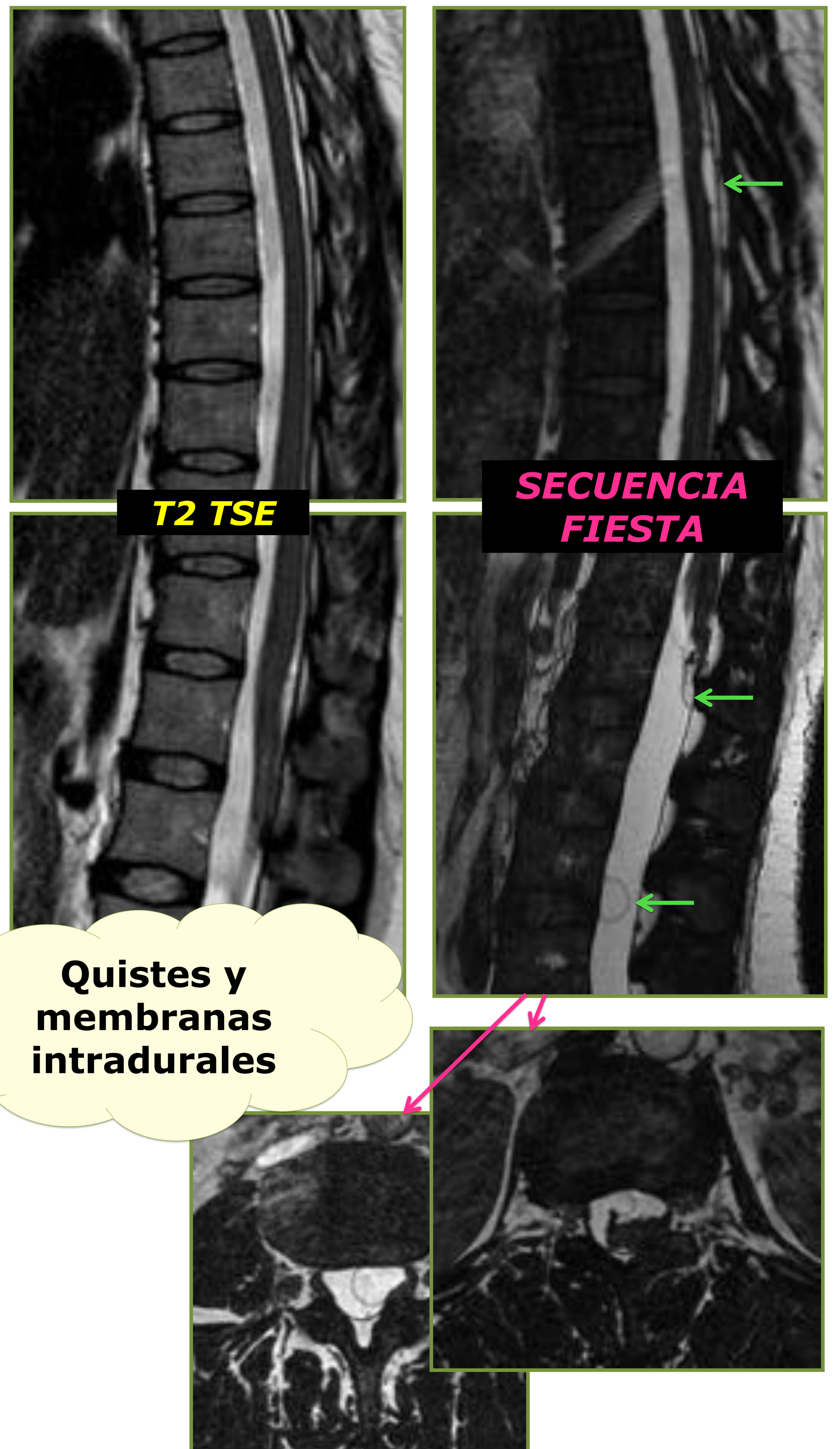
2. OTROS

SCHWANNOMA



Realce de la pared

NEUROCYSTICERCOSIS



Quistes y
membranas
intradurales

LESIONES QUÍSTICAS DEL CANAL ESPINAL

- ACTUALIZACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES “quísticas” MENÍNGEAS -

CONCLUSIÓN

- **Una adecuada comprensión de la etiopatogenia y clasificación de las lesiones quísticas espinales, especialmente las de origen meníngeo, es fundamental para orientar los posibles diagnósticos, valorar la inclusión de técnicas de imagen adicionales y así facilitar la selección de las opciones terapéuticas.**

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Samir E. Noujaim, Kate L. Moreng, Daniel L. Noujaim. Cystic Lesions in Spinal Imaging: A Pictorial Review and Classification. Neurographics 2013;3:14-27.**
- 2. Hingwala D, Chatterjee S. Applications of 3D CISS Sequence for Problem Solving in Neuroimaging. Indian J Radiol Imaging 2011;21(2):90-97.**
- 3. Klekamp J. A New Classification for Pathologies of Spinal Meninges, Part 1: Dural Cyst, Dissections and Ectasias. Neurosurgery 2017;81:29-44.**
- 4. Klekamp J. A New Classification for Pathologies of Spinal Meninges, Part 2: Primary and Secondary Intradural Arachnoid Cyst. Neurosurgery 2017;81:217-229.**
- 5. Evans A, Stoodley N, Halpin S. Magnetic Resonance Imaging of Intraspinal Cystic Lesions: a pictorial review. Curr Probl Diagn Radiol 2002;31(3):79-94.**
- 6. Spinal Cysticercosis: A report of two cases with review of literature. J Craniovertebr Junction Spine 2016;7(4):285-288.**
- 7. Haber M, Nguyen D, Shan Li. Differentiation of Idiopathic Spinal Cord Herniation from CSF-isointense Intraspinal Extramedullary Lesions Displacing the Cord. Radiographics 2014;34:313-329.**
- 8. Kranz PG, Stinnett SS. Spinal Meningeal Diverticula in Spontaneous Intracranial Hypotension: Analysis of Prevalence and Myelographic Appearance. AJNR 2013;34:1284-89.**
- 9. Reardon MA, Raghavan P. Dorsal Thoracic Arachnoid Web and the "Scalped Sign": A Distinc Clinical-Radiologic Entity. AJNR 2013. DOI: 10.3174/ajnr.A3432**
- 10. Liu J, Cole C, Kan P. Spinal Extradural Arachnoid Cyst: Clinical, Radiological and Surgical Features. Neurosurg. Focus 2007;22.**
- 11. Ball B, Luetmer P, Giannini C. Ventral "Spinal Epidural Meningeal Cyst"- Not Epidural and Not Cyst? Case Series and Review of the Literature. Neurosurgery 2012;70:320-328**