

Tumor intraventricular: *subependinoma*

Diana Fernández Ochoa¹
Segundo Cabrera Hipólito²

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente que curso con hidrocefalia sintomática debido a la presencia de un tumor intraventricular (subependimoma), se realiza comparación del caso con los hallazgos que se presentan usualmente este tumor en tomografía, resonancia, histopatología e inmunohistoquímica.

Abstract

The case of a patient with symptomatic hydrocephalus due to the presence of an intraventricular tumor (subependymoma) is described. The case is compared with the findings that usually appear in this tumor on tomography, resonance, histopathology and immunohistochemistry.

Palabras clave: Subependimoma, hidrocefalia, encéfalo, intraventricular, tumor.

Keywords: *Subependymoma, hydrocephalus, brain, intraventricular, tumor.*

1. Servicio de Cirugía General y Oncológica, Clínica Internacional, Lima, Perú.
2. Servicio de Neumología, Clínica Internacional, Lima, Perú.

Caso clínico

Paciente varón de 45 años natural y procedente de Lima con un tiempo de enfermedad de 6 meses, que se presentó de forma progresiva, caracterizada por ataxia de la marcha, disgrafía y cefalea.

En la tomografía multicorte del encéfalo (TME) (Figura 1) con sustancia de contraste se evidencia una tumoración sólida, redondeada, de localización intraventricular, isodensa con

respecto al parénquima cerebral, la cual ocupa el asta frontal del ventrículo lateral izquierdo y parte del ventrículo lateral derecho, presenta realce periférico del contraste, mide 2.9 x 2.5 x 2.3 cm de diámetro anteroposterior, cráneo-caudal y transverso respectivamente. Asimismo se identifica un catéter de derivación ventrículo-peritoneal cuyo extremo distal se localiza en el ventrículo lateral derecho.

La resonancia magnética (RM) de encéfalo (Figura 2 y Figura 3) con contraste muestra

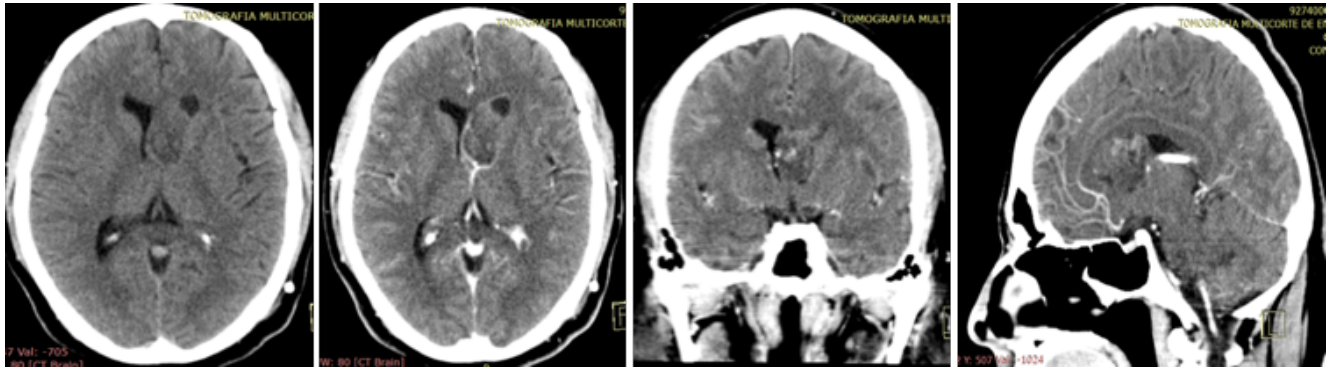


Figura 1.

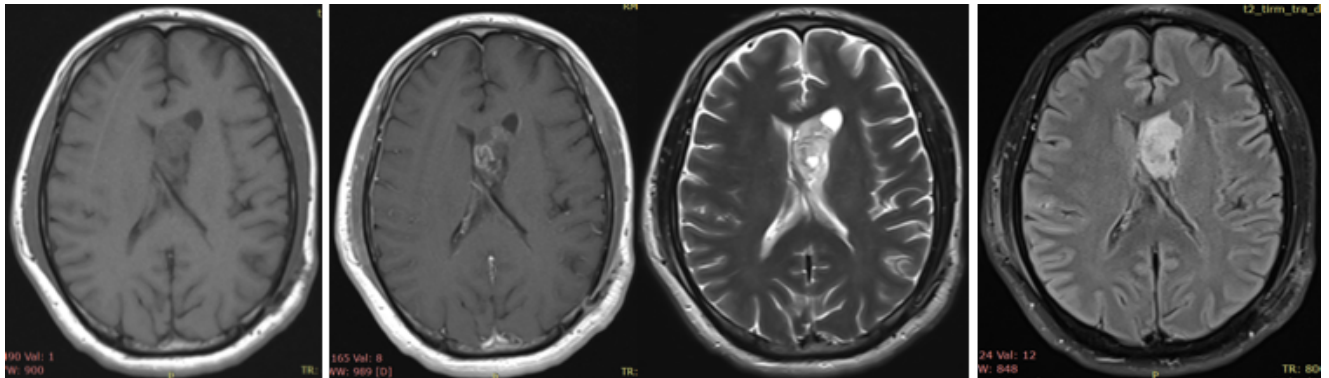


Figura 2.

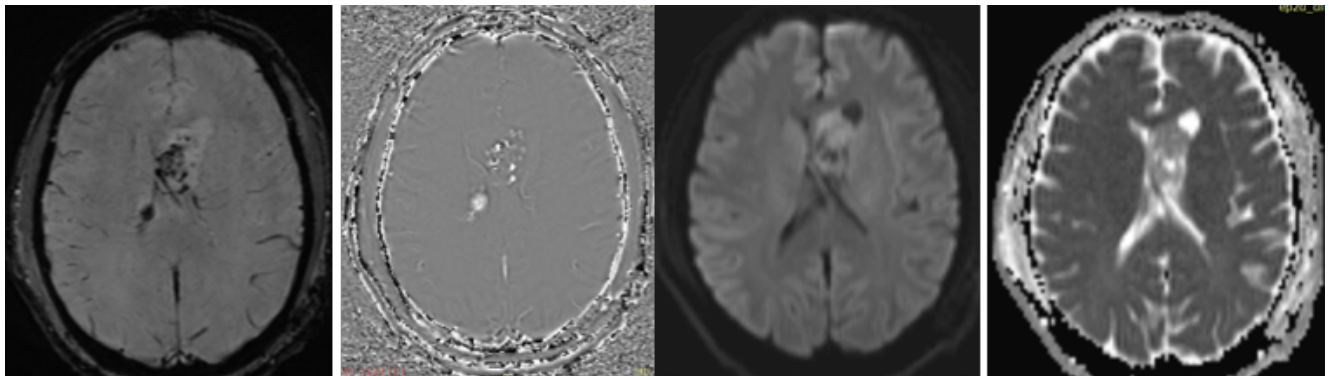


Figura 3.

que la tumoración presenta áreas isointensas e hipointensas con respecto a la sustancia blanca en la secuencia T1 e hipertensas en T2, con algunas zonas quísticas, áreas con restricción a la difusión y con mínimo realce heterogéneo con la sustancia de contraste. Asimismo presenta artefacto de susceptibilidad en la secuencia de susceptibilidad magnética (SWI), con hiperseñal en la representación en fase, lo que indica contenido hemático. Por las características de esta lesión se plantea como primera opción al subependimoma y más alejada la posibilidad de ependimoma.

En el informe del resultado de estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico se describe: proliferación de células atípicas de núcleo oval con pleomorfismo celular leve en un fondo de aspecto fibrilar sugestivo de subependimoma, con inmunohistoquímica: Ki 67 positivo 6%. PGAF +++/+++, NSE +/-++.

Discusión

Las neoplasias intraventriculares pueden diagnosticarse como un hallazgo incidental o pueden manifestarse con síntomas que varían según su ubicación. Estas lesiones pueden surgir de diversas estructuras ventriculares (revestimiento ependimario, capa subependimaria, plexo coroideo o células de origen no determinado), por lo que el diagnóstico diferencial es amplio, debido a que muchas de estas lesiones presentan características imagenológicas similares. El subependimoma es una neoplasia con diferenciación ependimaria de grado I según la OMS. Representa el 0.2-0.7% de las neoplasias intracraneales y se sospecha que su origen es a partir de la capa glial subependimaria que rodea los ventrículos cerebrales, siendo su histogénesis incierta. La ubicación de presentación más

frecuente es en el cuarto ventrículo (50-60%), en los ventrículos laterales (30-40%) y en raras ocasiones en el tercer ventrículo y dentro del canal de la medula espinal. Predominan en el sexo masculino (relación hombre: mujer, 2.3:1) y la edad de presentación más frecuente es en mayores de 15 años (82%). La mayoría de pacientes son asintomáticos (60%), y de los que presentan síntomas, la hidrocefalia es la más frecuente.

En cuanto a las características imagenológicas se aprecia en la TME contrastada una lesión intraventricular, bien circunscrita, hipodensa con respecto al parénquima cerebral; cuando son de gran tamaño se presentan heterogéneas con componente quístico y puede observarse calcificaciones en su interior (50%), no presentan edema vasogénico circundante y generalmente no muestran realce tras el contraste, sin embargo cuando presenta captación de contraste es mínimo y de forma heterogénea. En RM se aprecia que en T1 la lesión es bien circunscrita, iso-hipointensa en comparación con la sustancia blanca, generalmente homogénea, pero si son de gran tamaño son de forma heterogénea; en T2 hiperintensa con respecto a la sustancia gris/blanca adyacente, pueden presentar pérdida de señal relacionada con artefacto de susceptibilidad debido a calcificaciones. No se observa edema peritumoral en las secuencias T2 o FLAIR; generalmente no presentan realce con la administración del contraste, pero puede mostrar en algunos casos realce heterogéneo y mínimo.

Con respecto a la histopatología corresponde a un tumor hipovascular que se origina de la capa glial subependimaria, con baja celularidad y no muestra características de alto grado (no muestran mitosis, índice Ki67/MIBI<1.5%, Ki 67 bajo).

Las características imagenológicas mencionadas anteriormente las presenta nuestro caso, las intensidades de señal en las secuencias ponderadas en T1, T2 son similares a las descritas, asimismo el realce a la administración del contraste es heterogéneo y mínimo, en nuestro caso se evidenció artefacto de susceptibilidad en la secuencia de SWI en relación a restos de hemosiderina; de igual manera las características inmunohistoquímicas obtenidas del tumor nos hace referencia a un tumor de bajo grado.

Bibliografía

1. Boyd A, Smirniotopoulos J, Horkanyne-szakaly I. From the radiologic pathology archives: intraventricular neoplasms: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2013 33:1, 21-43
2. Shogan P, Banks K, Brown S. Ajr teaching file: intraventricular mass. *AJR* 2007;189: s55-s57.

Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguno.

Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto al presente manuscrito.

Correspondencia:

Segundo Cabrera Hipólito
Avenida Guardia Civil 421
Médico Radiólogo. Coordinador de la Unidad de Neuroradiología del Centro de Diagnóstico por imágenes (CDI) de Clínica Internacional
E-mail: segundo.cabrera@medicos.ci.pe