

**TUMORES
CEREBRALES RAROS
DEBUTANDO COMO
URGENCIA
HOSPITALARIA.
VALORACIÓN
MEDIANTE TCMD Y
RM.**

Pablo Pérez Sánchez
Juan José Herrero Reyes
Javier Gracia Madrid-Salvador
Carlos Manuel Asencio Moreno

Hospital Gutiérrez Ortega
Valdepeñas (Ciudad Real)

OBJETIVO DOCENTE

- Describir los hallazgos radiológicos de tumores cerebrales poco frecuentes o excepcionales, mediante TC y RM y establecer diagnósticos diferenciales adecuados.

REVISIÓN DEL TEMA

- Hemos revisado una serie de tumores cerebrales raros o infrecuentes con signos de hipertensión endocraneal o déficit neurológico de instauración aguda, entre los que destacaron los siguientes:

- Los meningiomas atípicos que constituyen el 5-15% de todos los meningiomas.
- Los meningiomas malignos o anaplásicos, representan el 1-5% de todos los meningiomas.
- El realce heterogéneo, el edema perilesional y la invasión local lo diferencian del meningioma benigno [1,2].

- La enfermedad de Lhermitte-Duclos o gangliocitoma displásico del cerebelo es más frecuente en el adulto joven y puede afectar a niños.
- En ocasiones se asocia al síndrome de Cowden.
- En la RM presenta un patrón estriado característico [1].

- En la región sellar los craneofaringiomas representan el 3-5% de los tumores intracraneales.
- Son frecuentes en niños y adultos jóvenes y entre los 50-60 años.

- Son tumores de composición variable: componente quístico, quístico-sólido o cálcico.
- Los macroadenomas invasivos pueden invadir el clivus, el seno esfenoidal o la fosa craneal anterior y media [1,4].

- El glioblastoma multiforme representa el 60 y 75% de todos los tumores gliales.
- Los gliomas del tronco cerebral constituyen el 25% de los tumores de fosa posterior en niños [3].

Figura 1A y 1B: Meningioma agresivo anaplásico.

Tumoración periférica infiltrativa biparietal, se extiende hacia el parénquima cerebral adyacente, con amplia destrucción ósea de la calota craneal e infiltración en el cuero cabelludo con componente de tejido blando. Muestra realce heterogéneo.

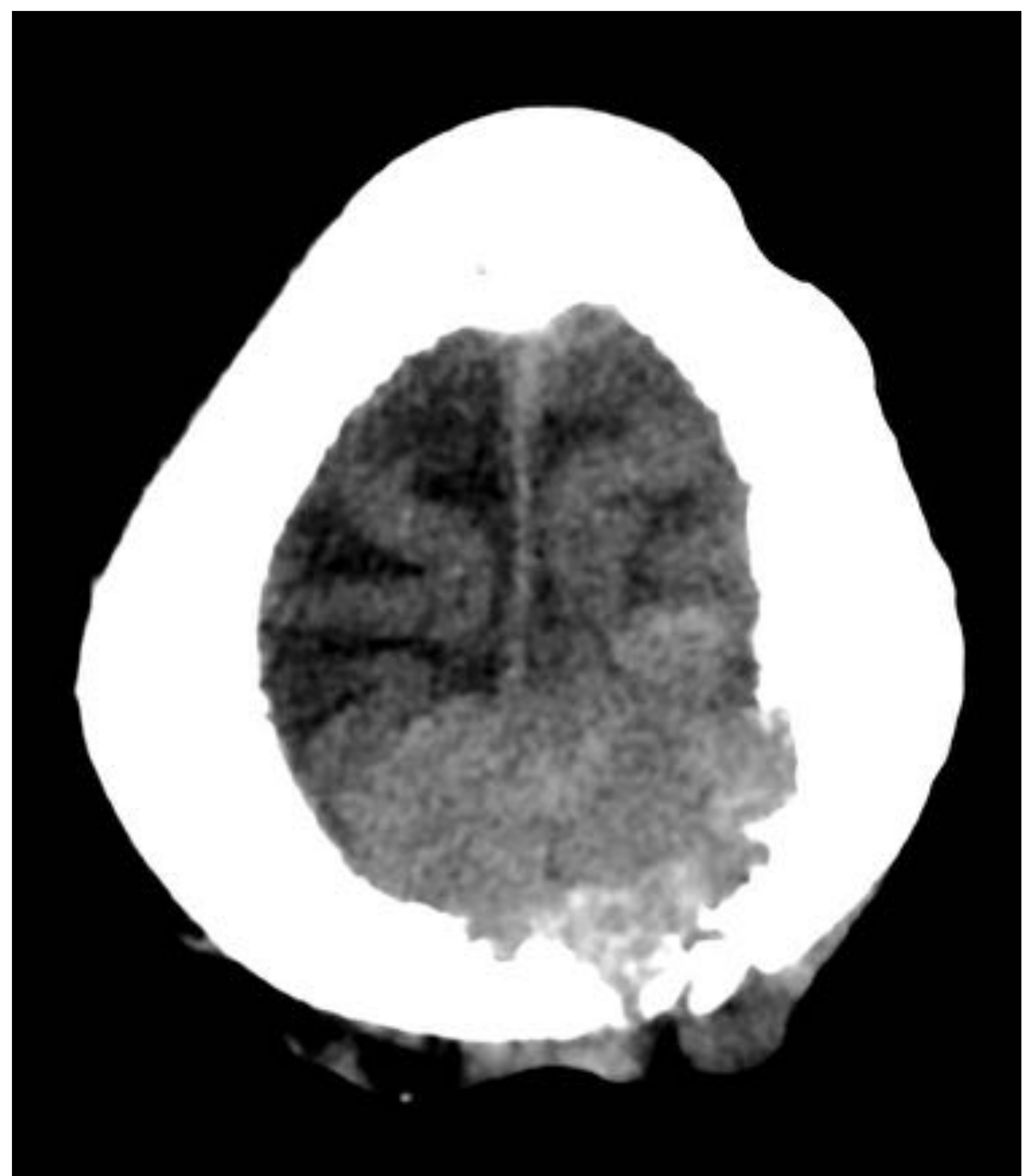
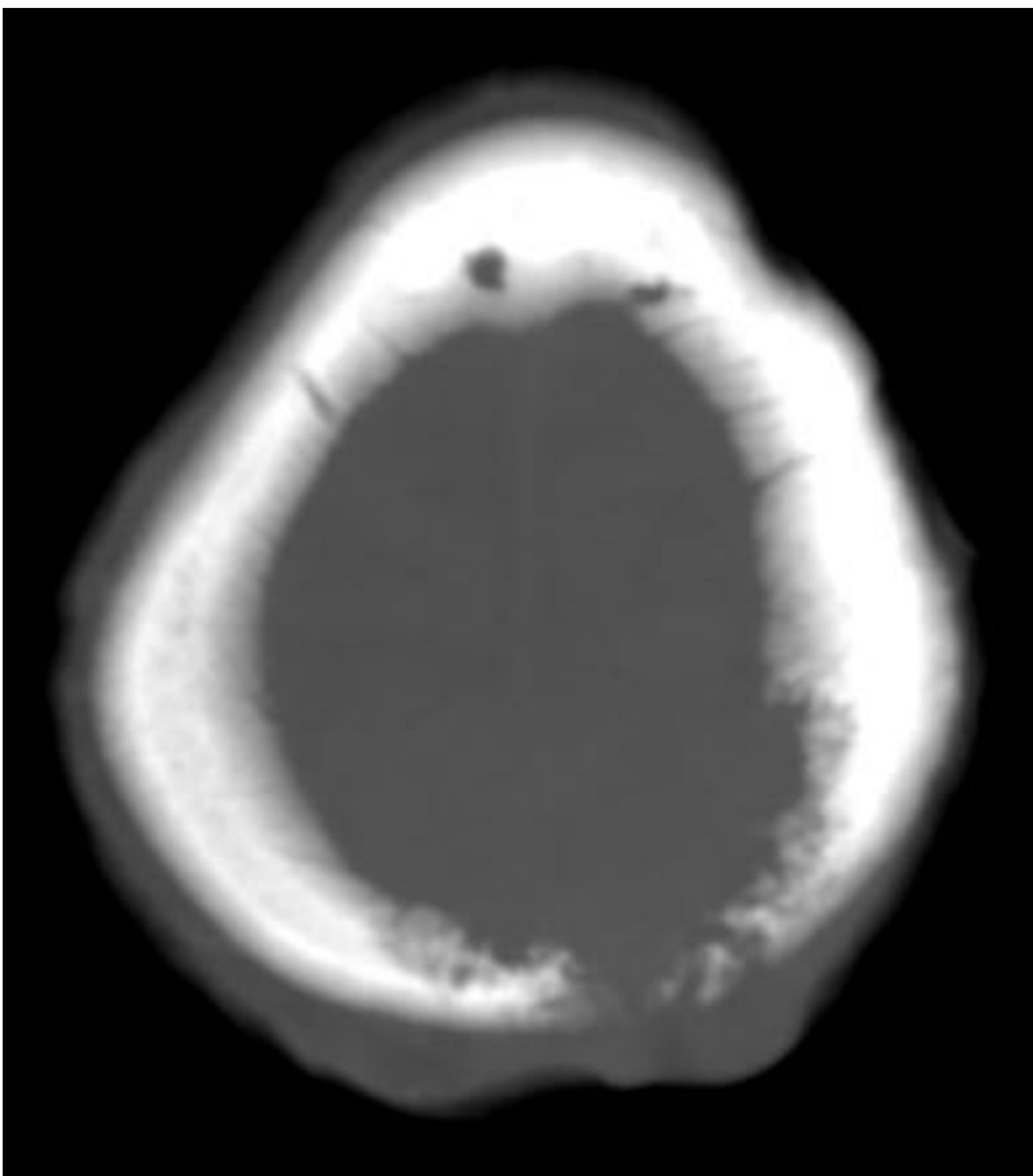


Figura 1A: TC axial, con ventanas de tejido blando y ósea.

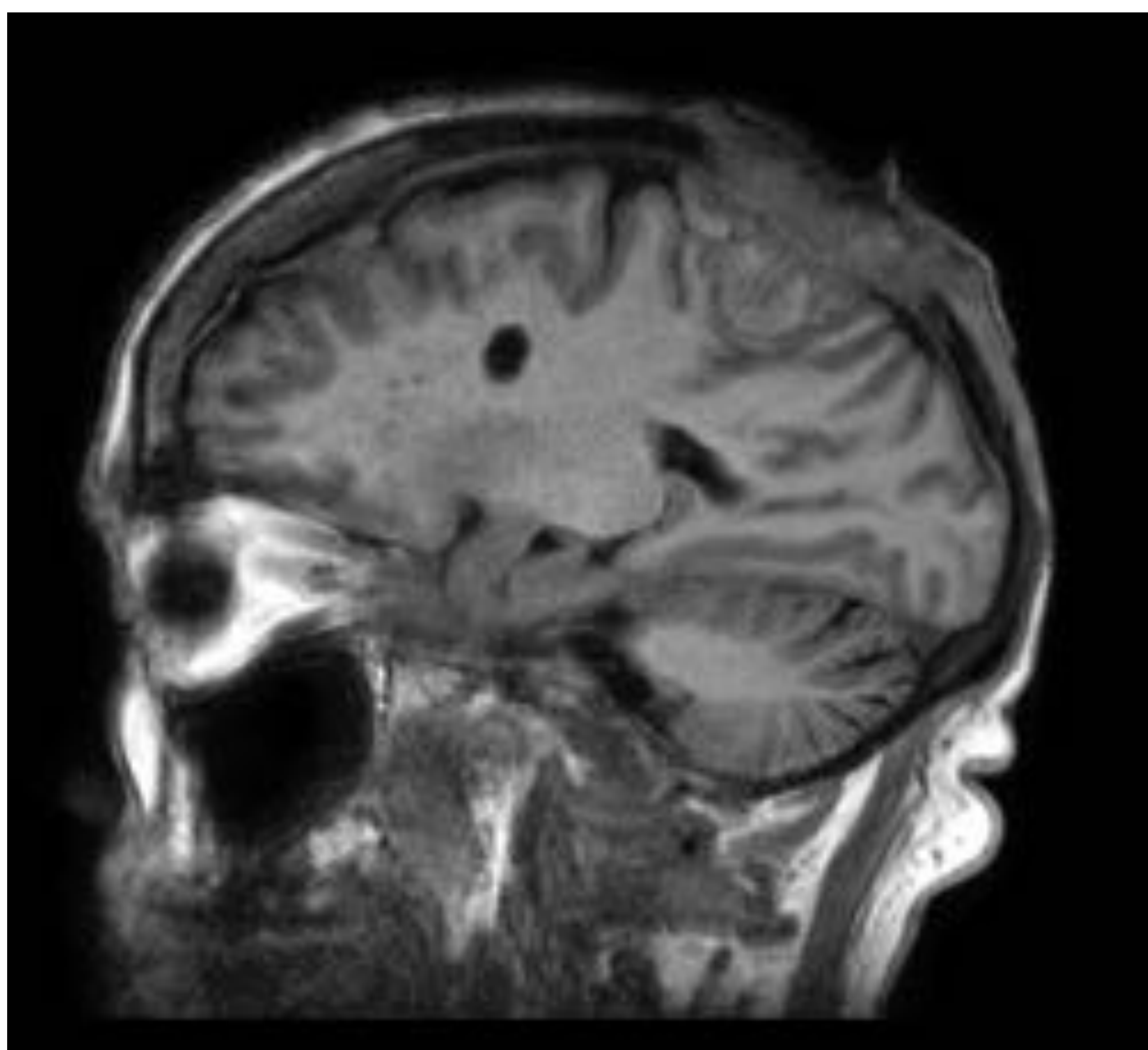
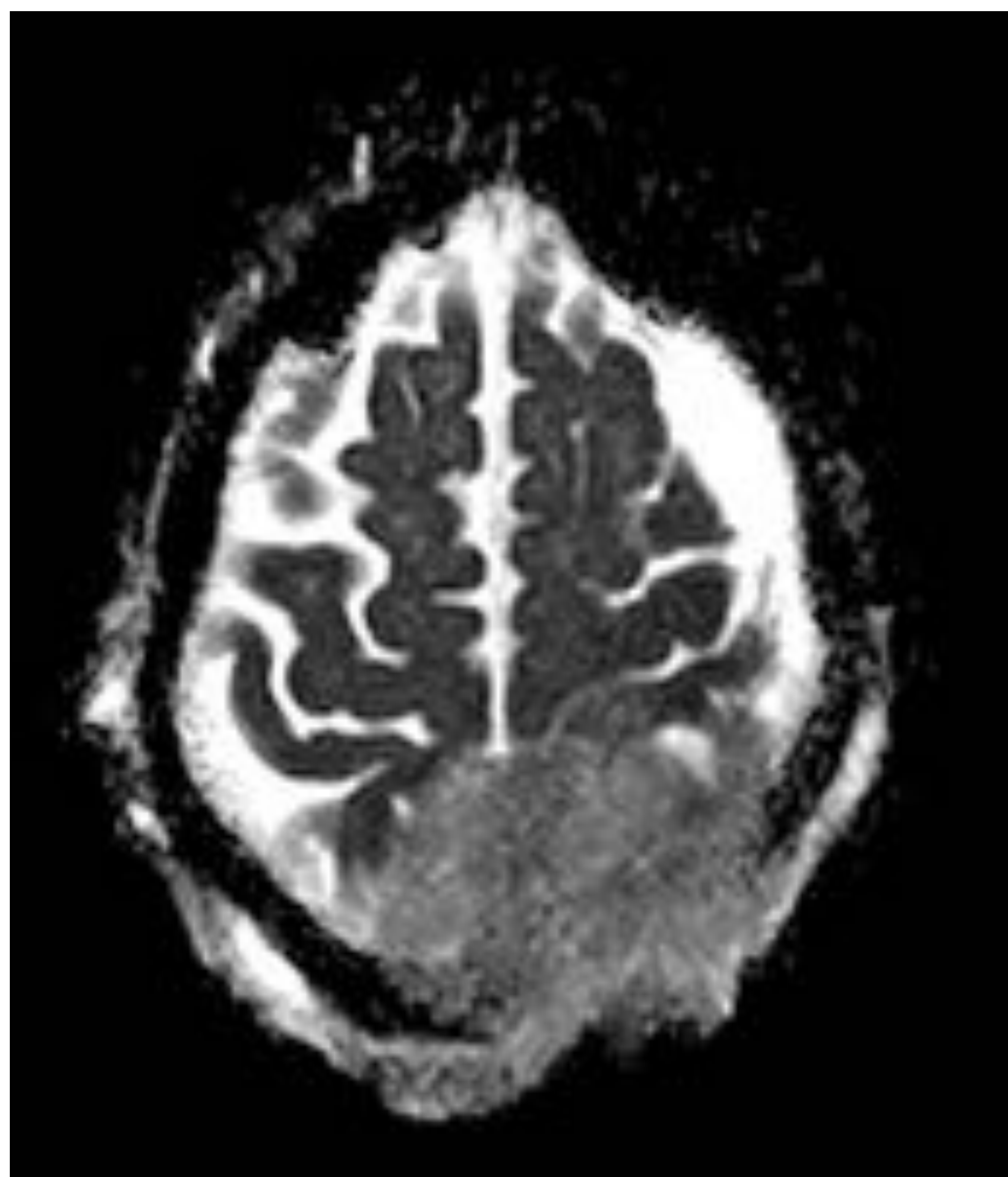
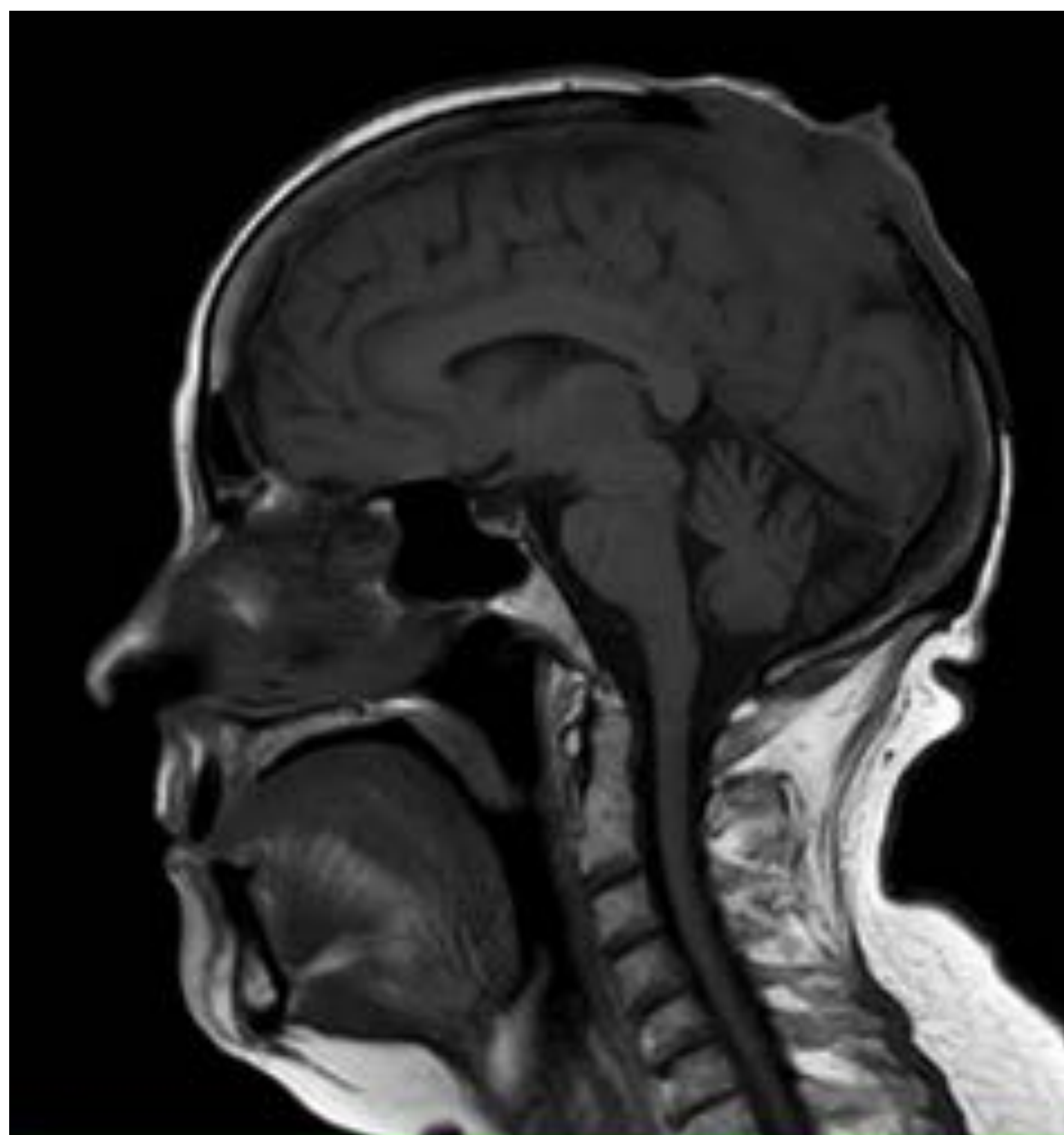


Figura 1B: RM: sec. T1 sagital, T2 axial y gadolinio.

Figura 2A y 2B: Gangliocitoma displásico del cerebelo. Lesión en vermis cerebeloso, con aspecto estriado y no expansiva, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, sin restricción en difusión ni realce. Leve hidrocefalia supratentorial. La lesión permaneció estable en el tiempo.

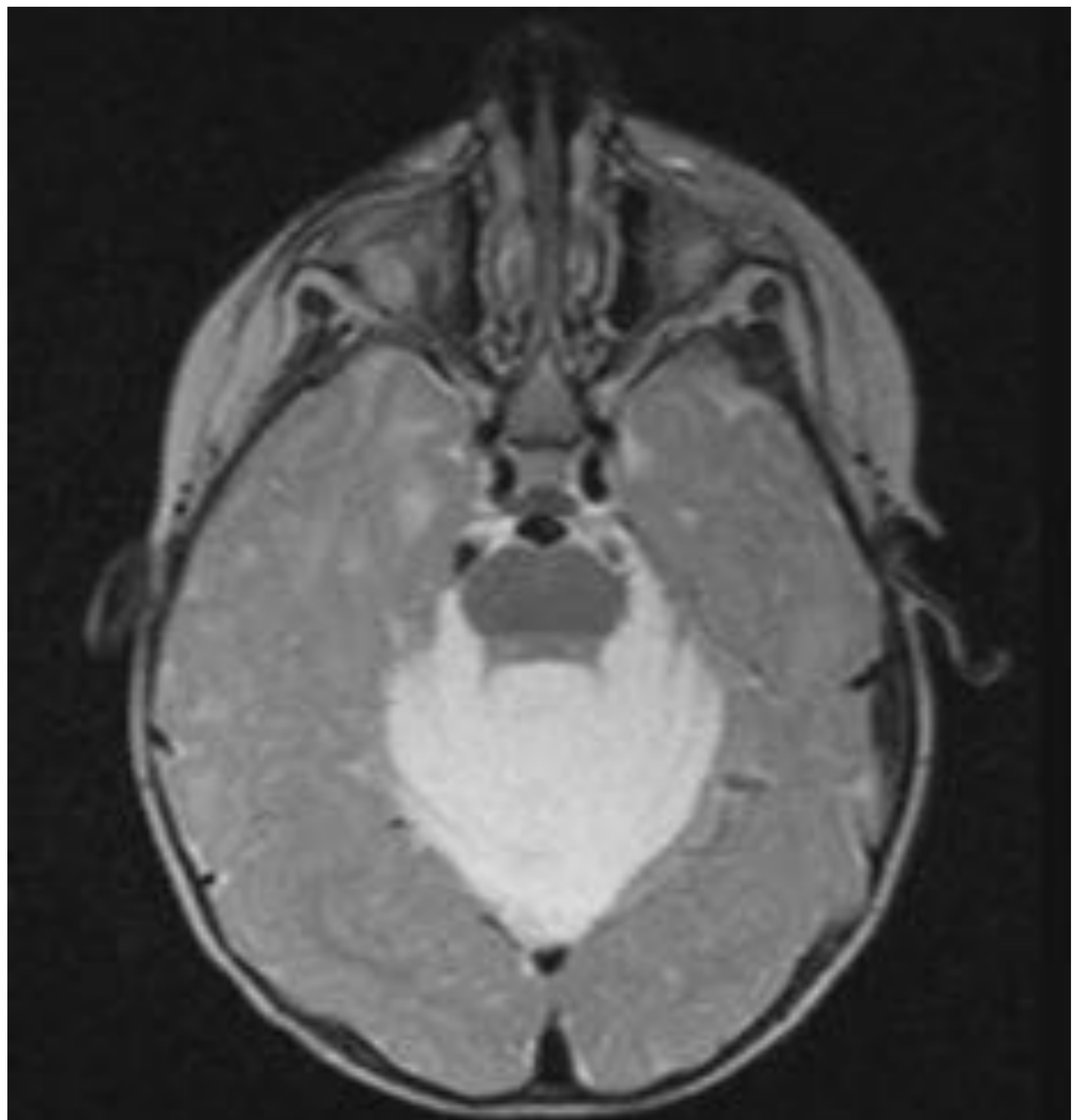
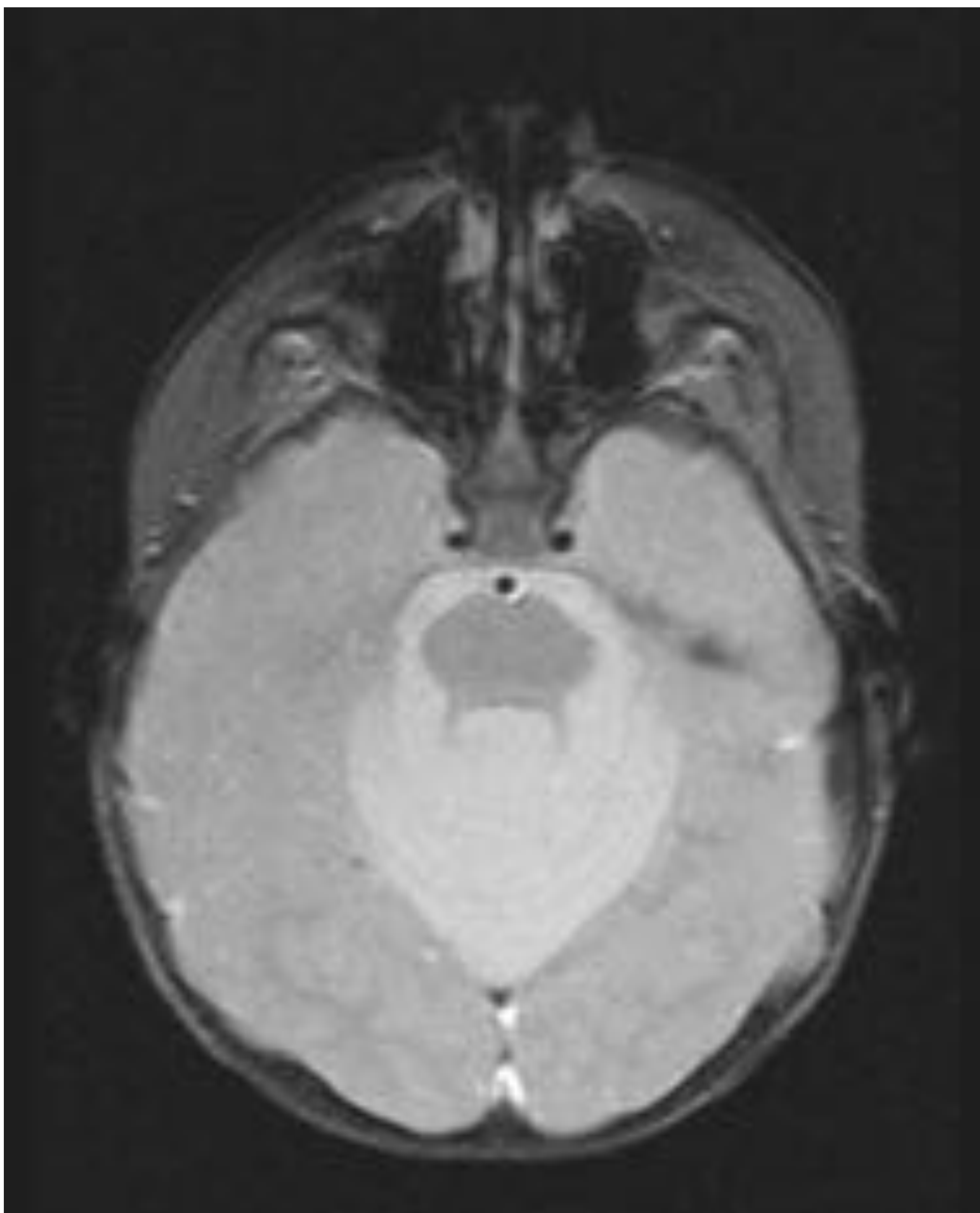
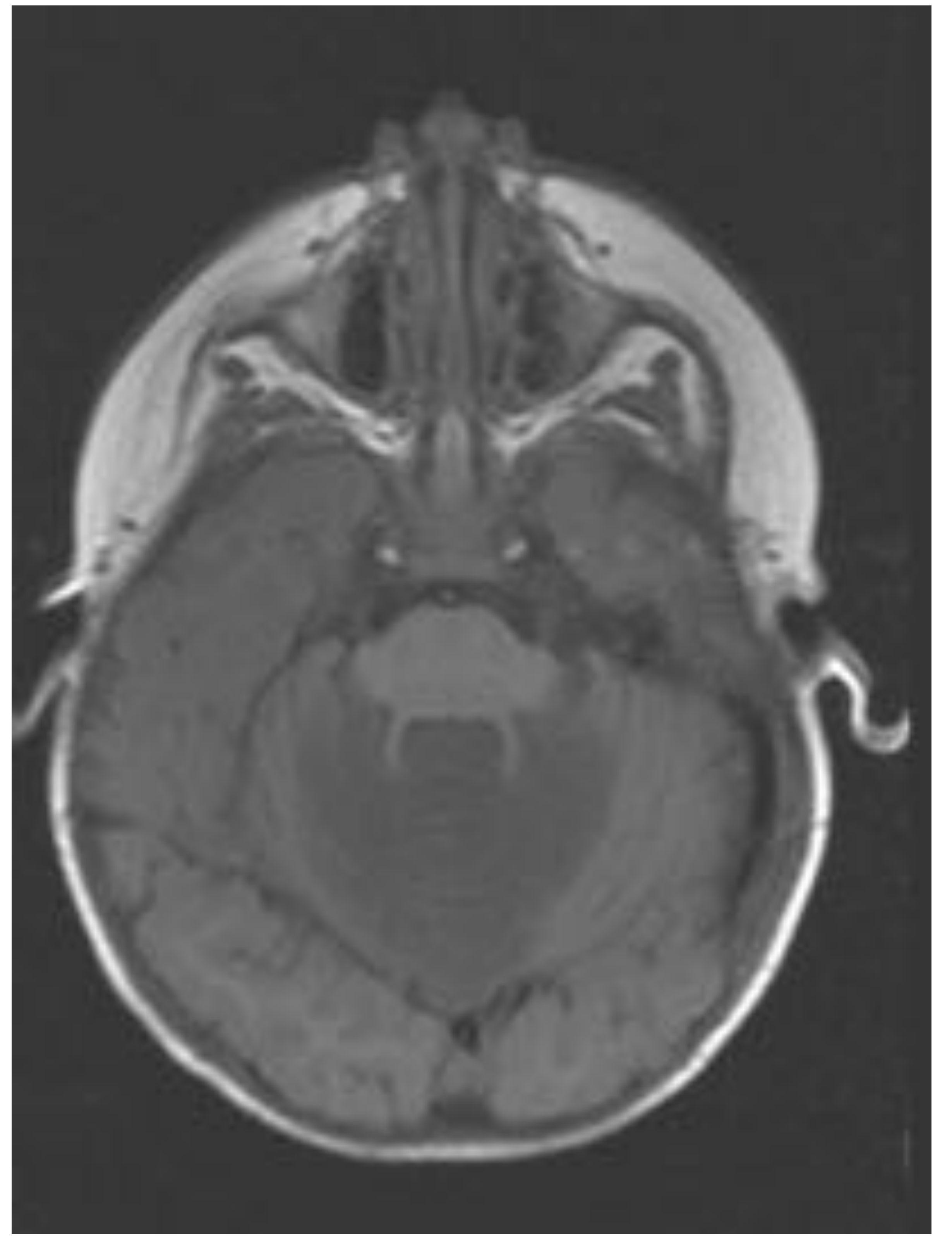
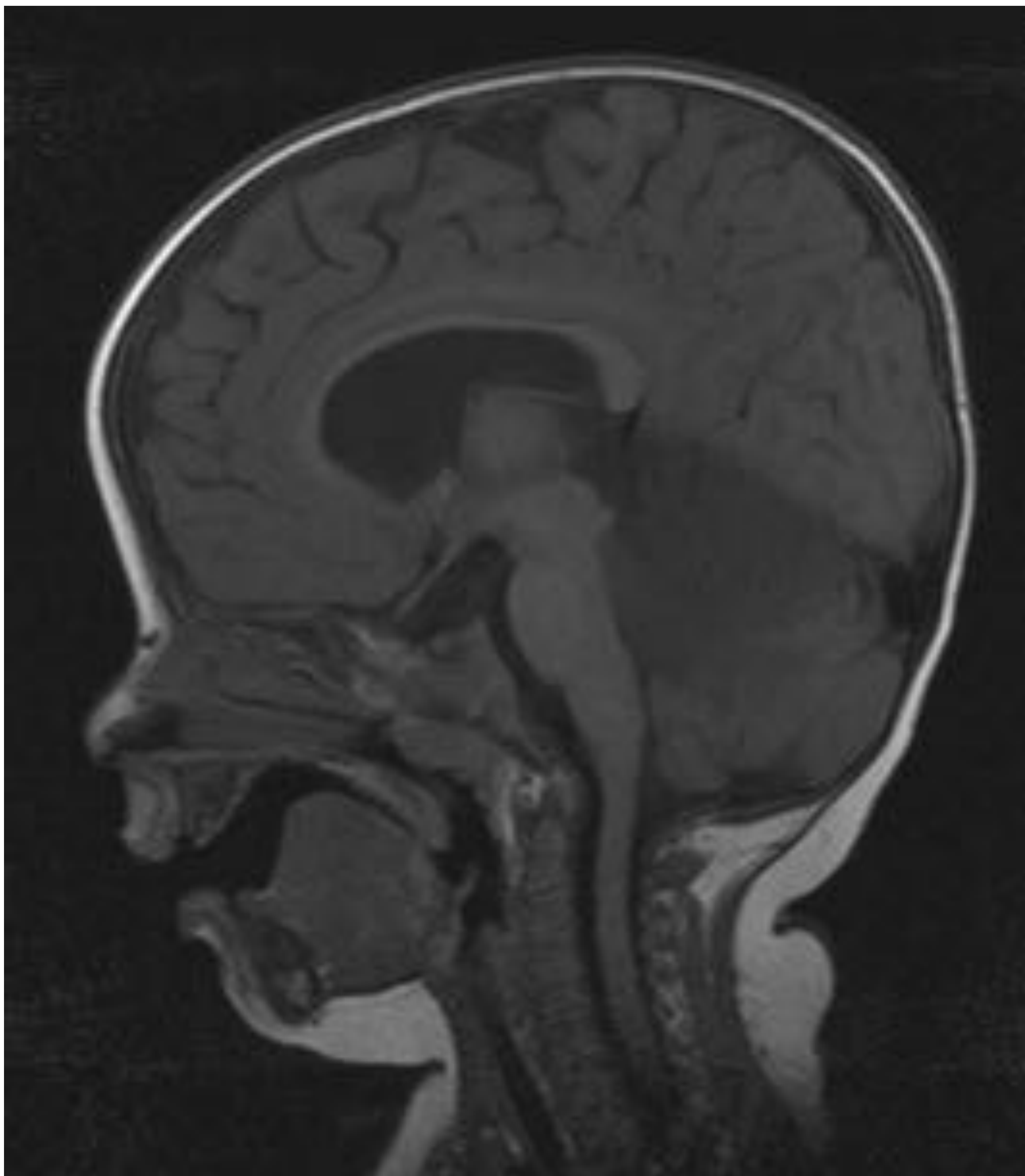


Figura 2A: RM: T1 sagital, T1 axial, T2 axial y T2* axial

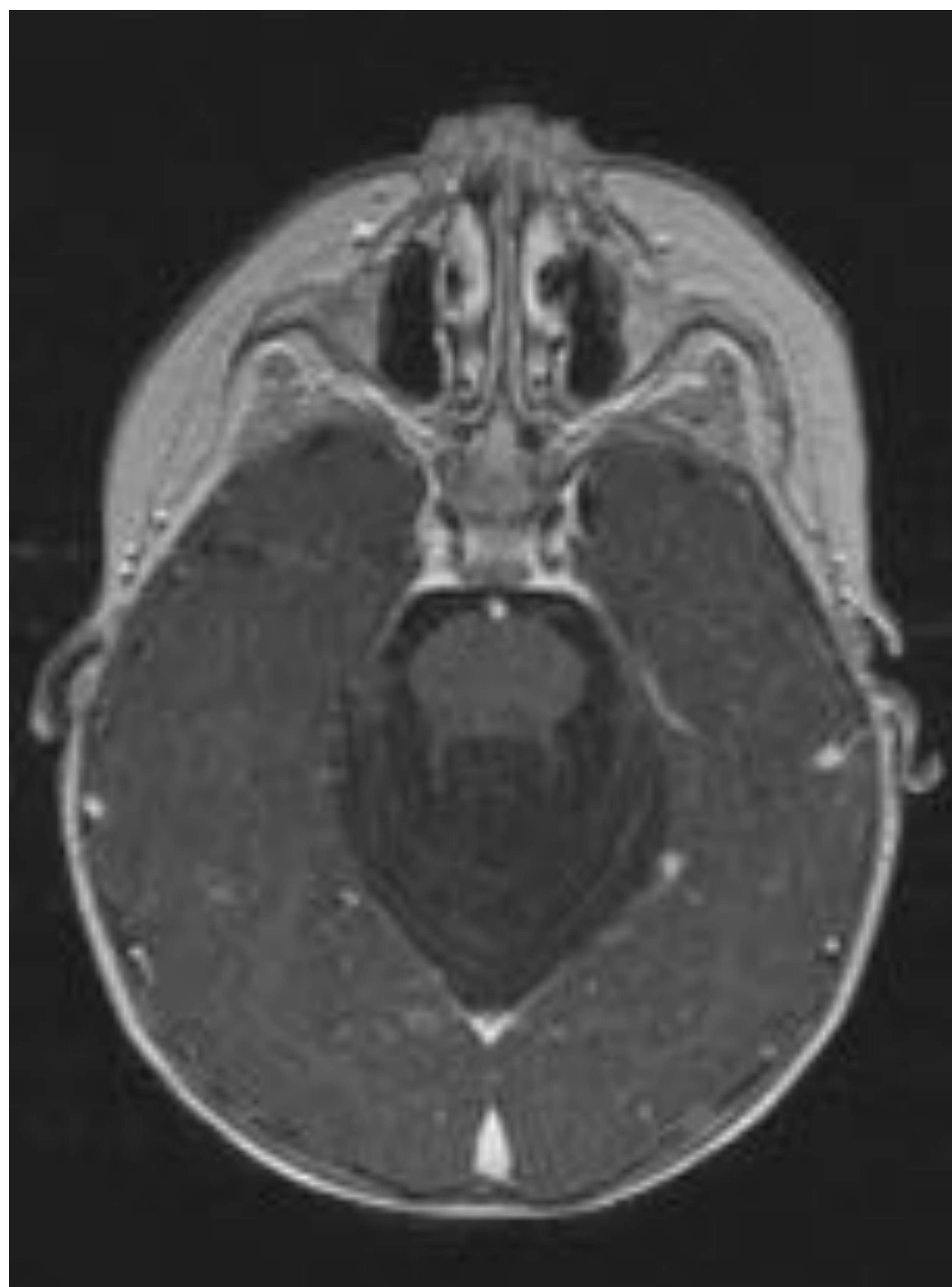
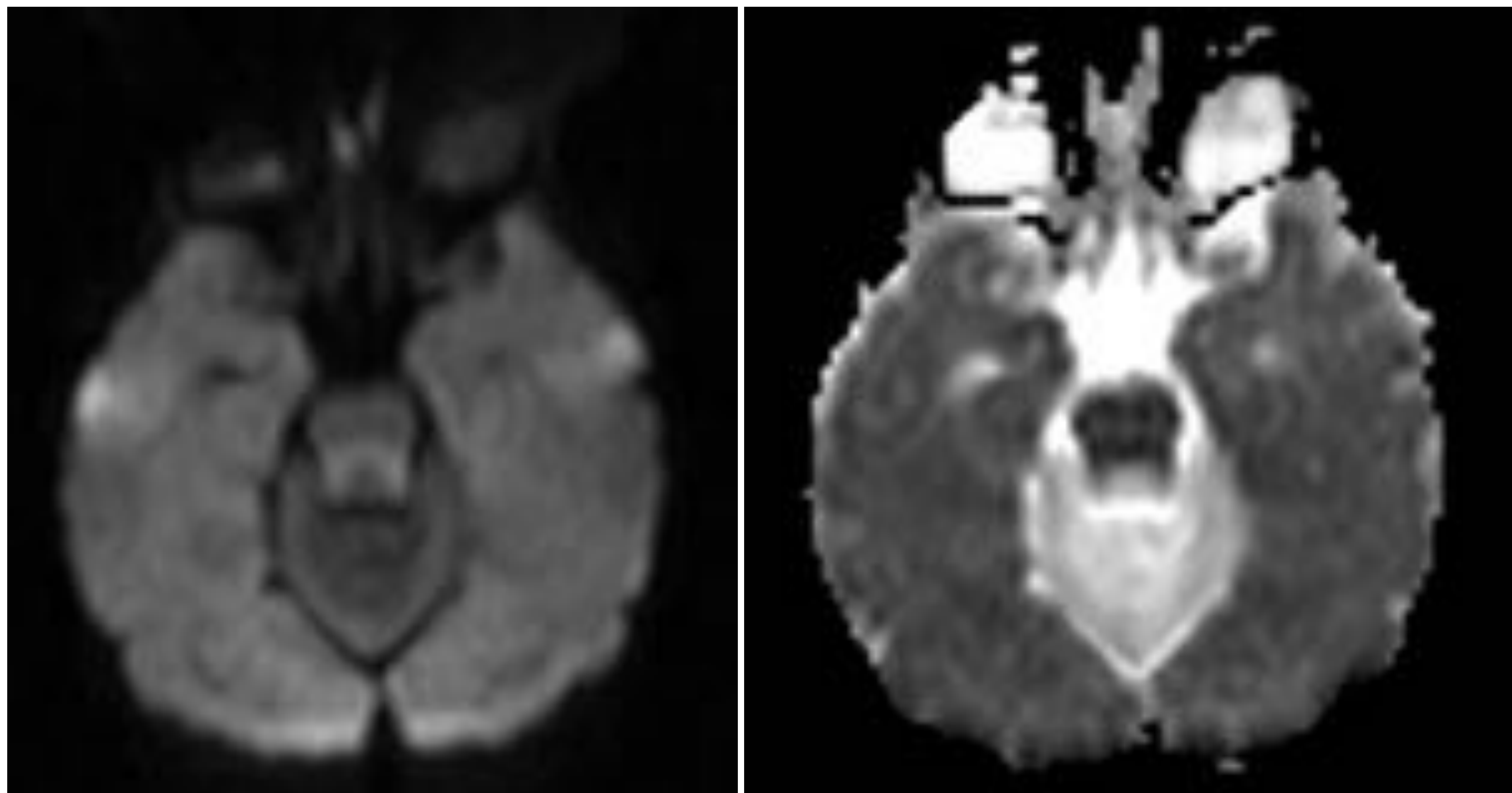


Figura 2B: RM: difusión-ADC, gadolinio.

Figura 3A y 3B: Craneofaringioma (variante papilar). Masa selar y supraselar sólido-quística, con calcificaciones y realce heterogéneo. Desplaza cranealmente el quiasma óptico. La glándula hipofisaria visible y desplazada hacia el suelo de la silla turca. No invade senos cavernosos.

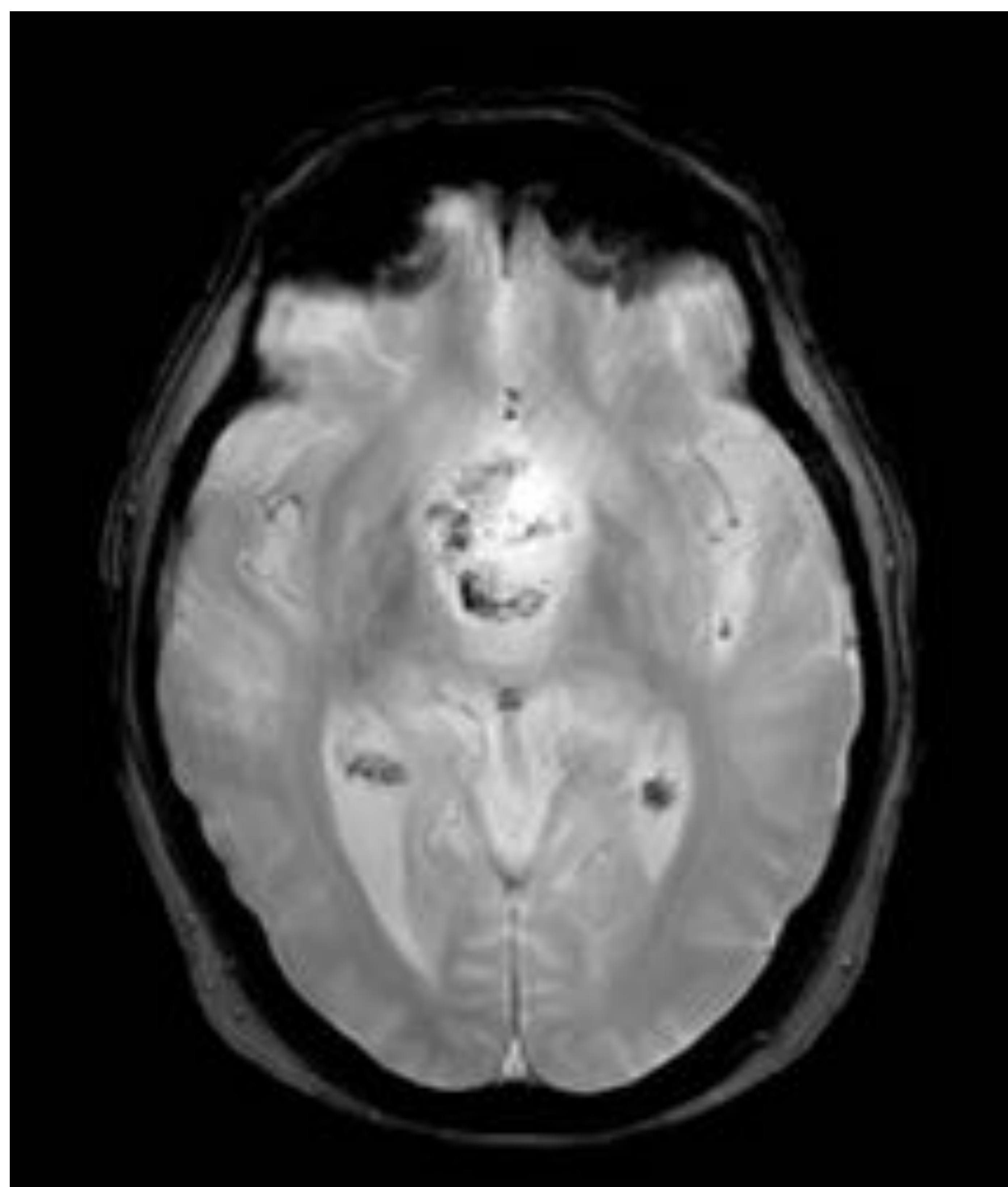
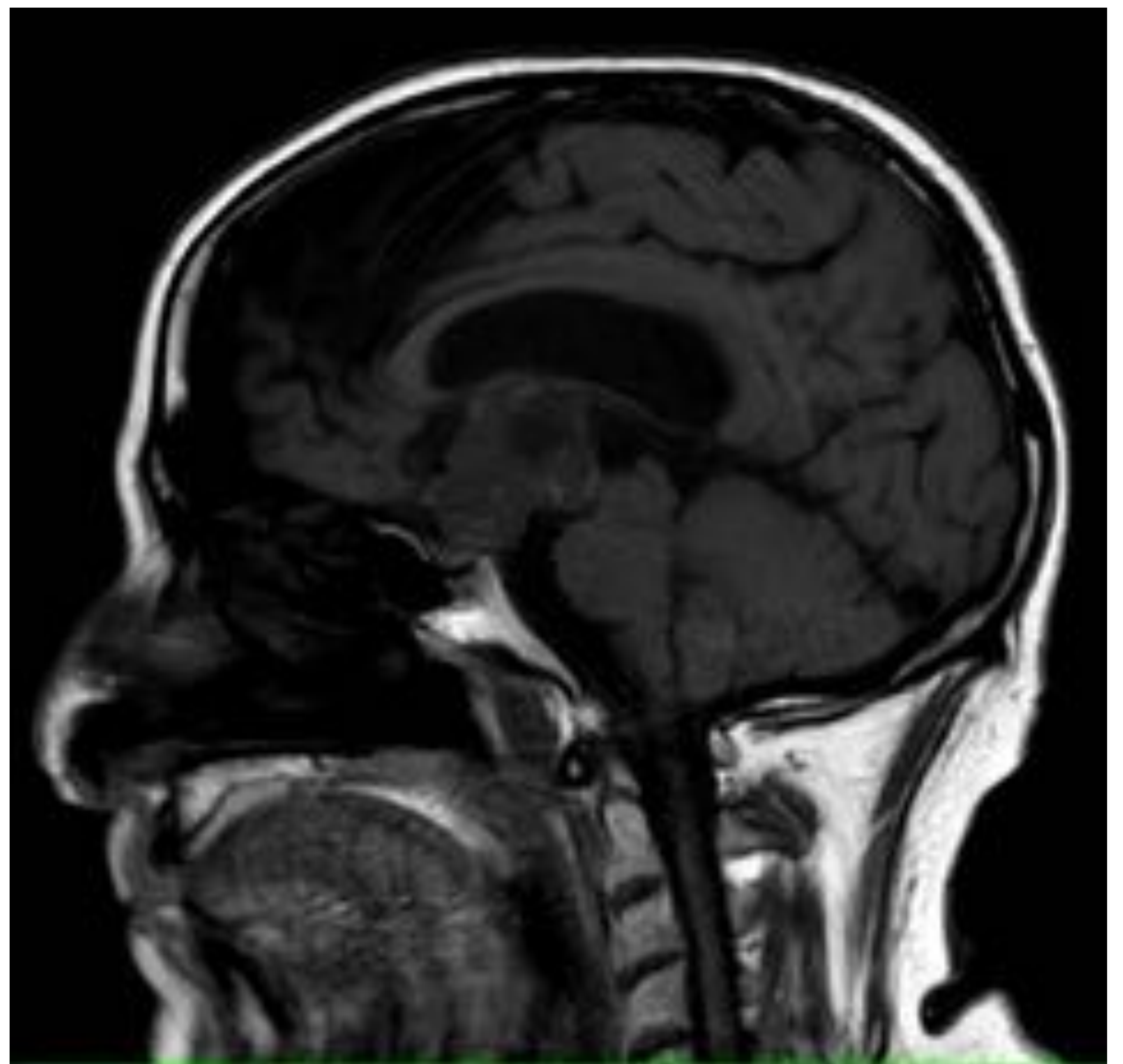


Figura 3A: TC axial y RM: T1 sagital, T2* axial

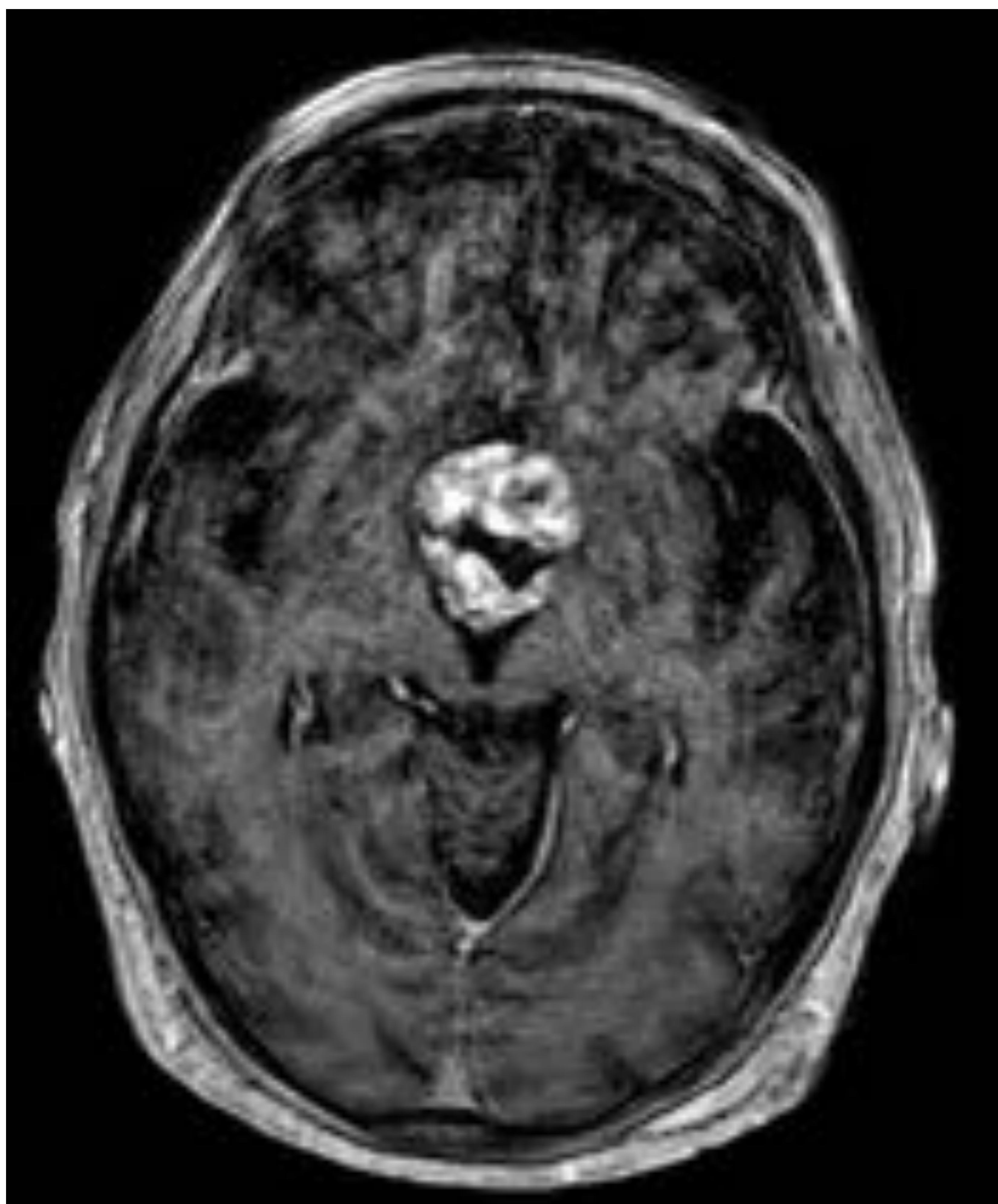
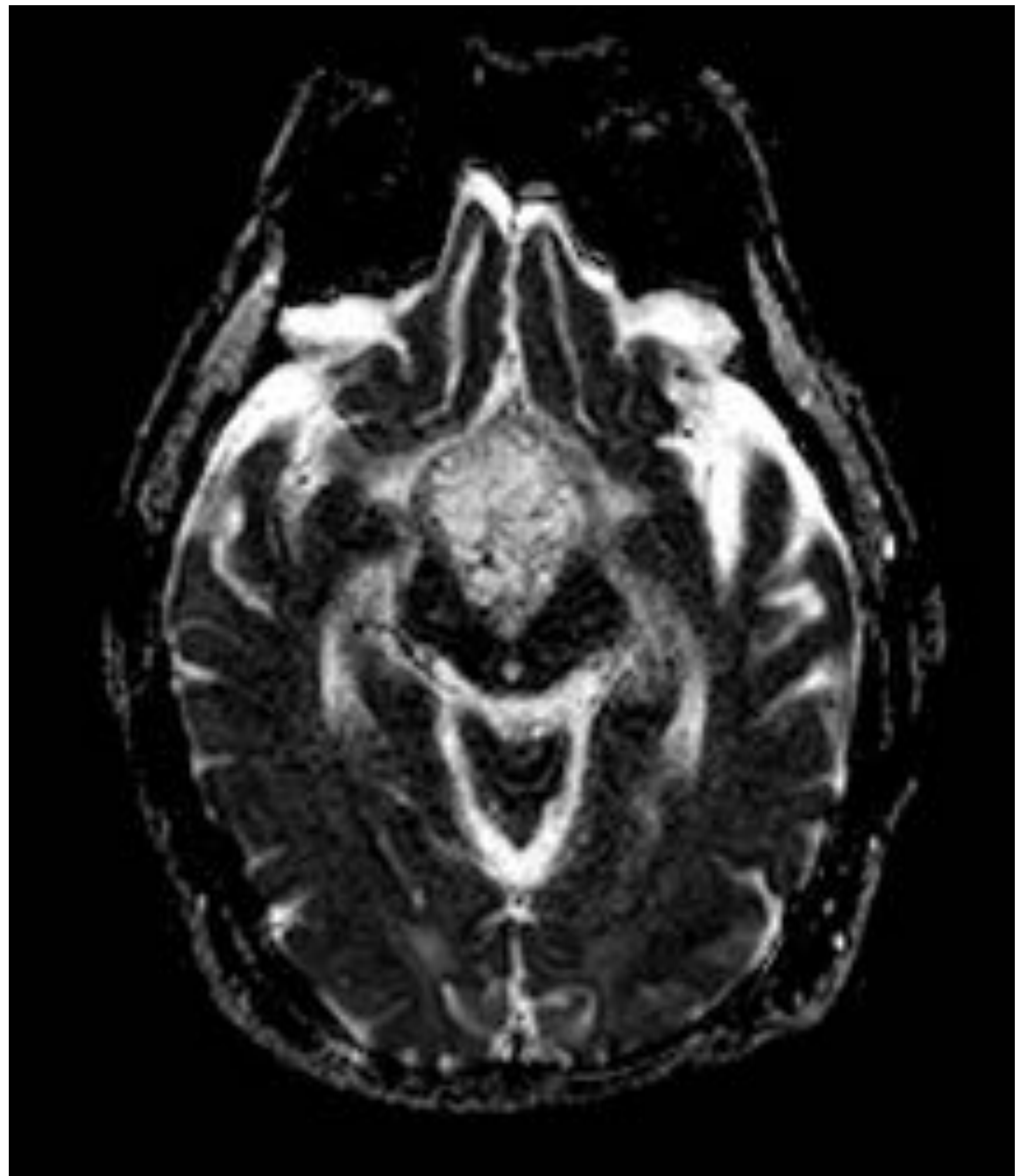
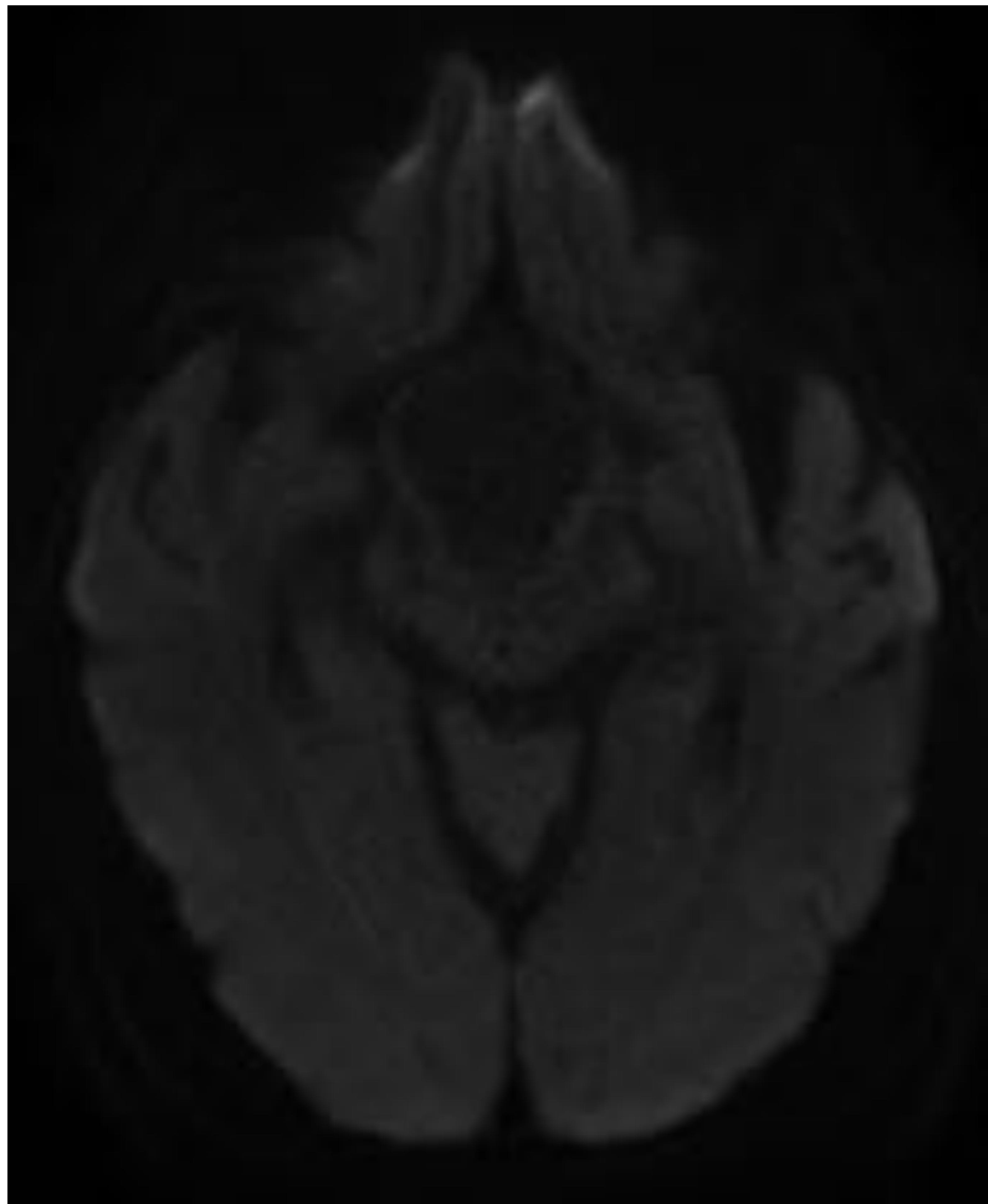


Figura 3B: RM T2 difusión-ADC, gadolinio.

Figura 4A y 4B: Glioblastoma multiforme. Lesión tálamocapsular izquierda, con amplia zona de necrosis interna y borde irregular y grueso; presenta componente hemorrágico subagudo-tardío, restricción periférica de la difusión y realce periférico. Ejerce efecto de masa sobre VL izquierdo.

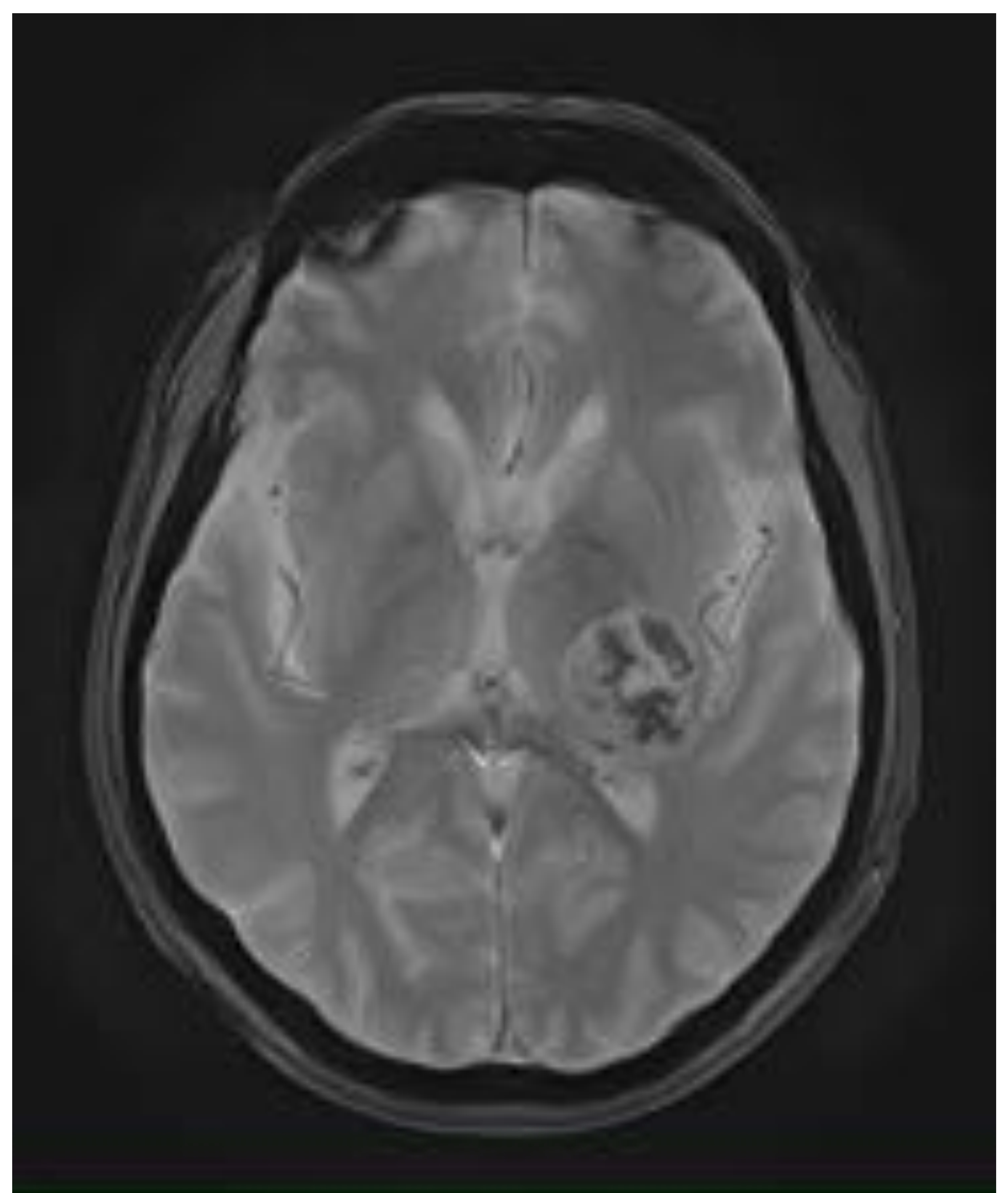
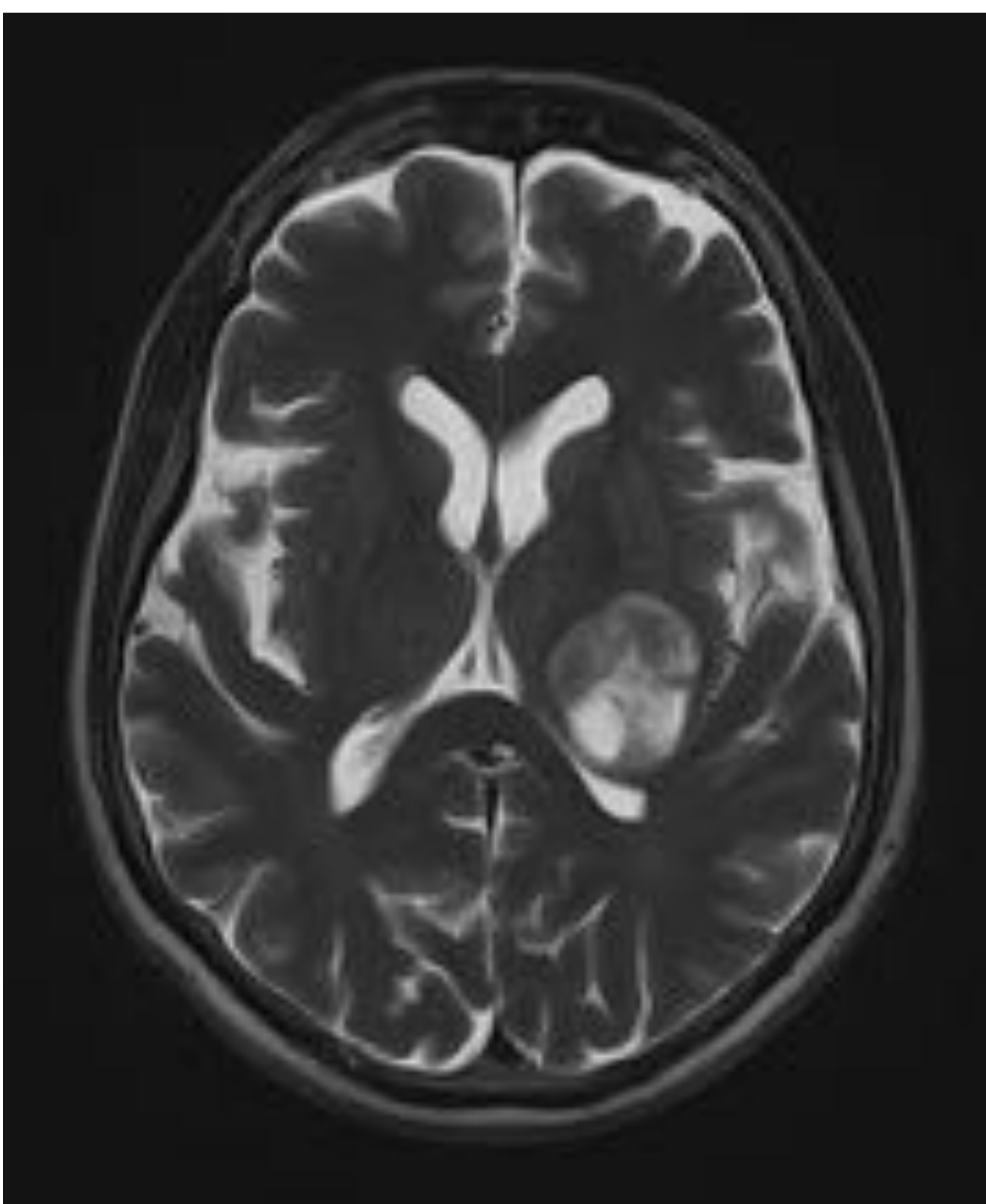
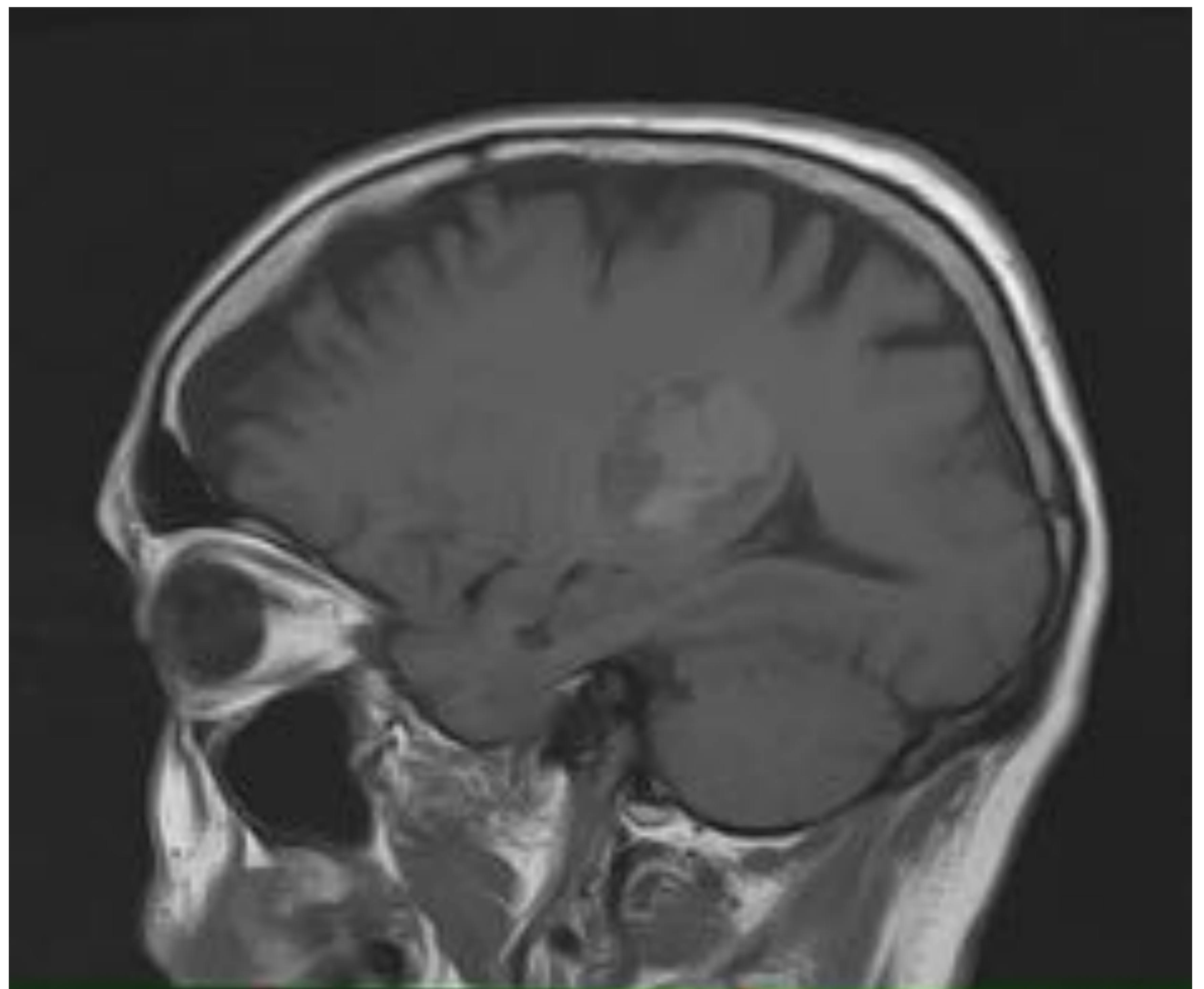


Figura 4A: TC axial sin civ. RM: T1 sagital, T2 axial, T2* axial

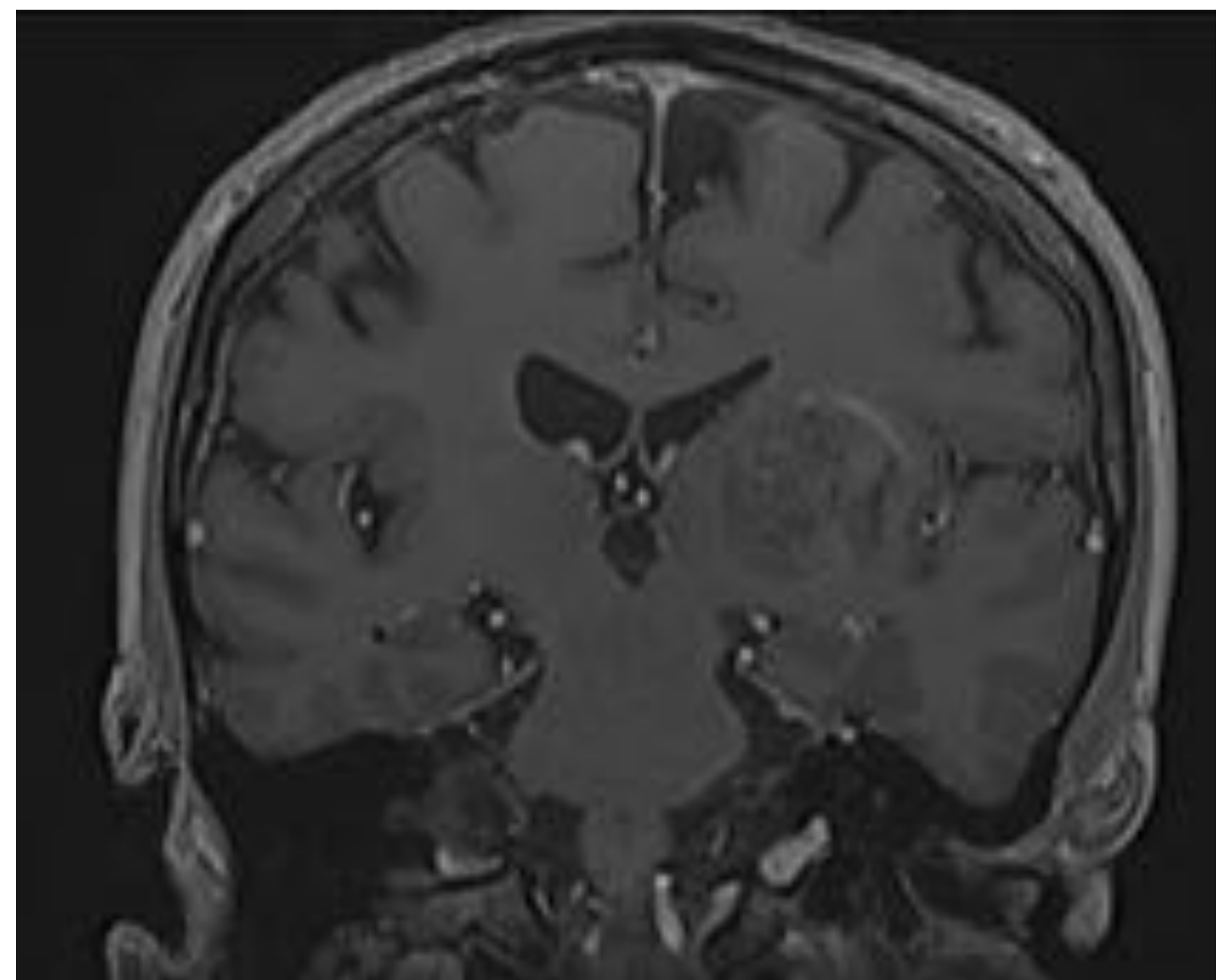
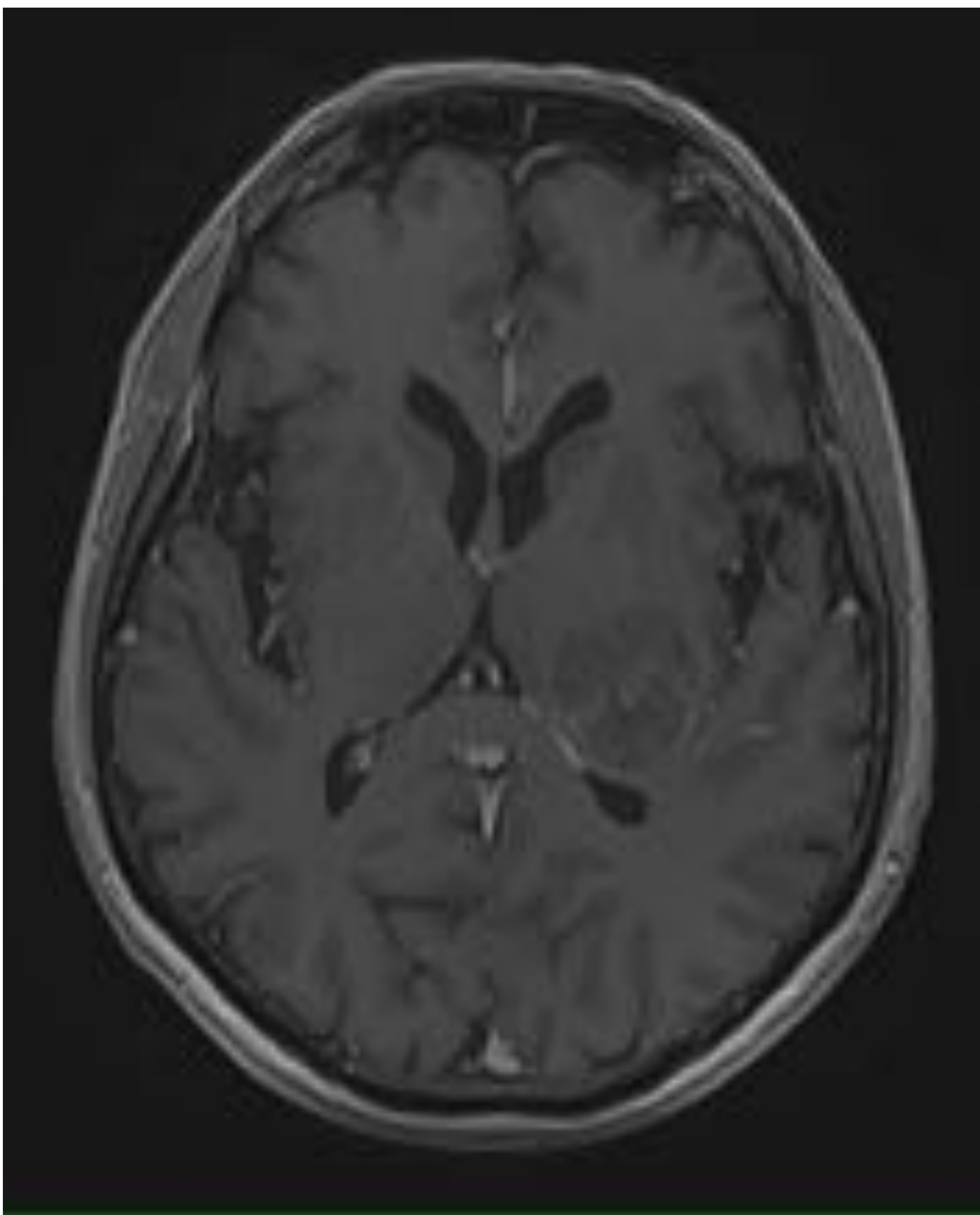
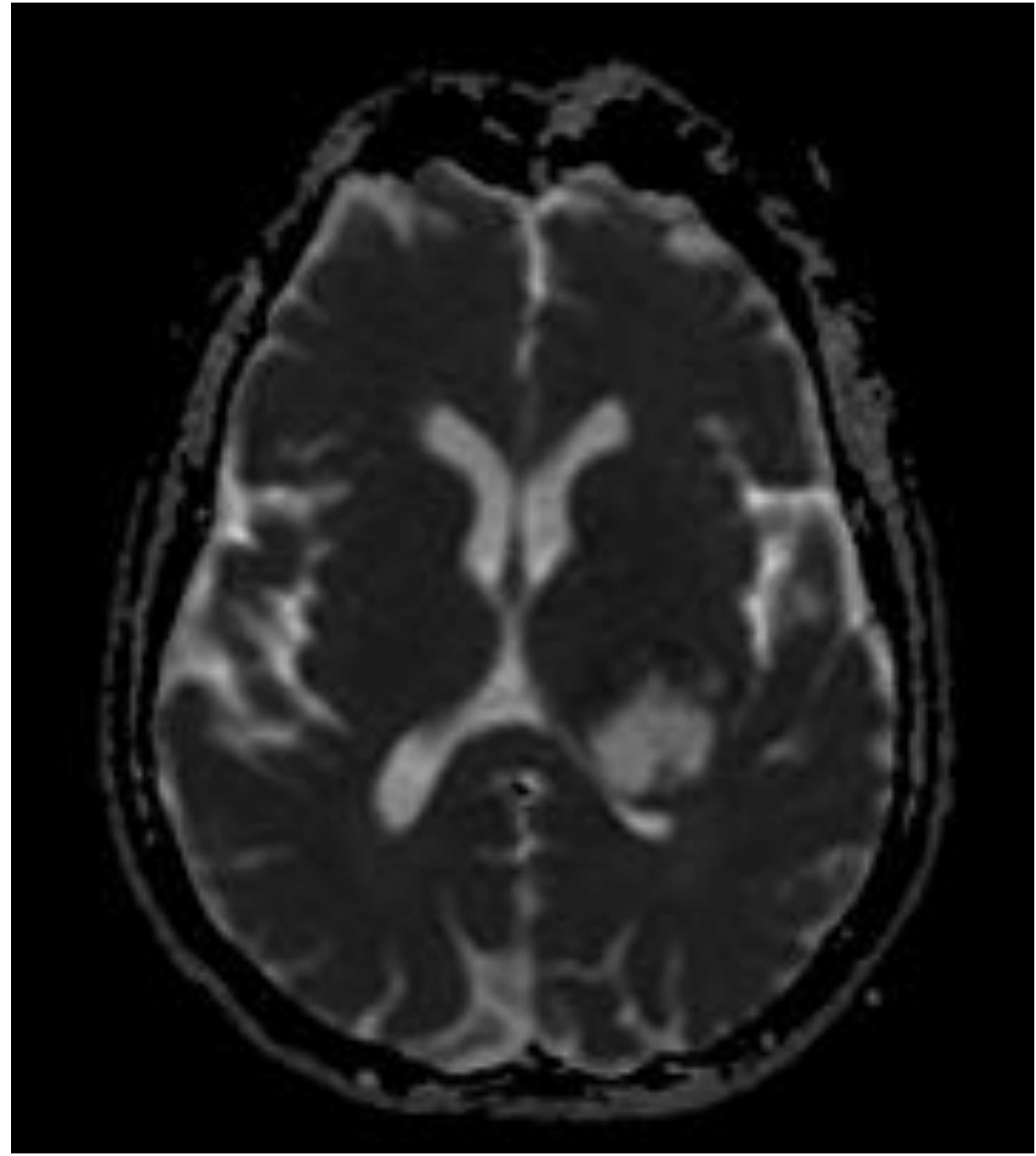
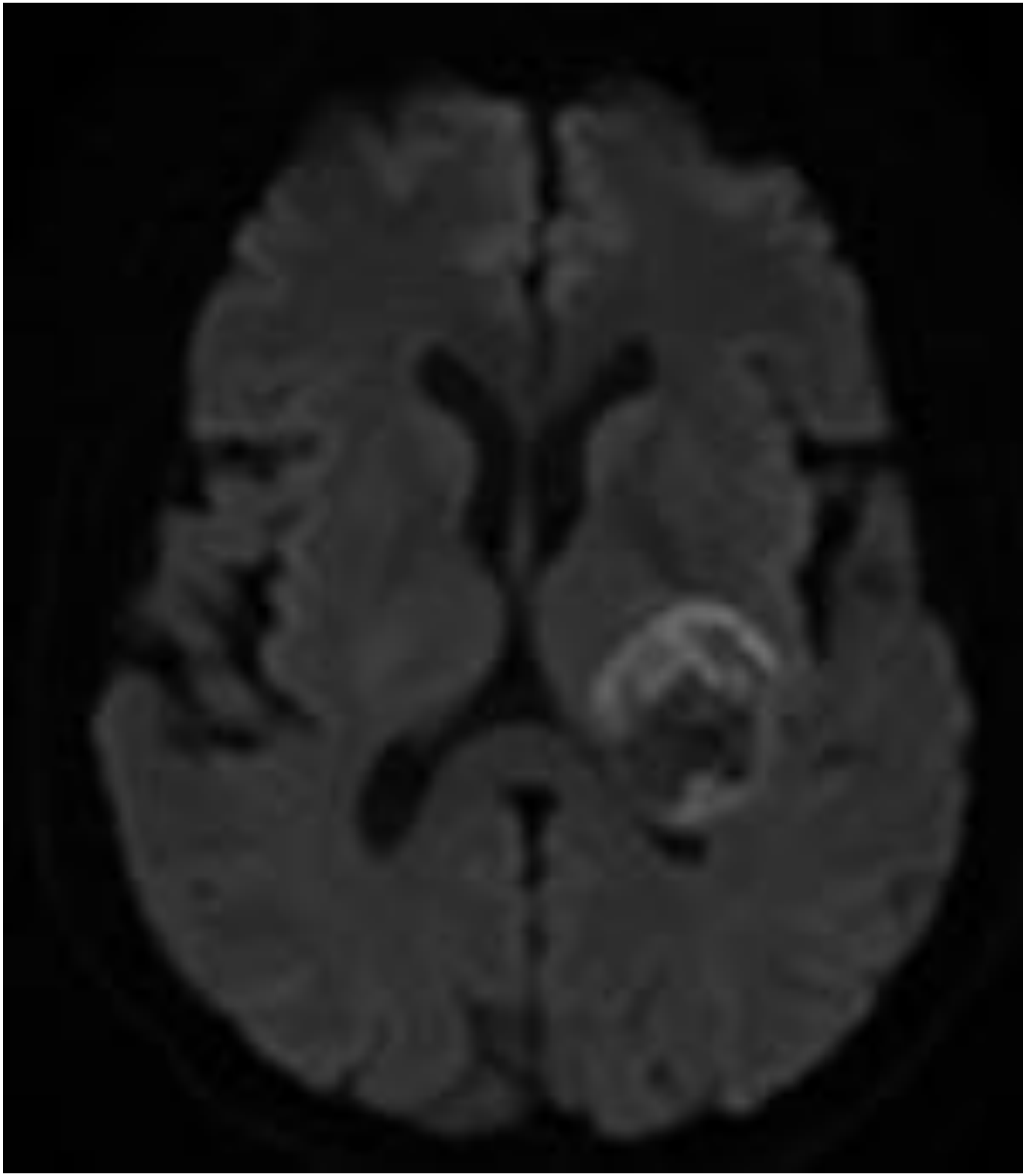


Figura 4B: RM: T2 difusión axial, ADC axial, gadolinio axial y coronal

Figura 5A y 5B. Glioma pontino difuso. Lesión sólida expansiva difusa pontina, hipointensa en T1, heterogénea en T2 y FLAIR, sin restricción en difusión ni sangrado y sin claros signos de realce. En el estudio espectroscópico, no se identifica pico de colina. El NAA está dentro de los límites normales.

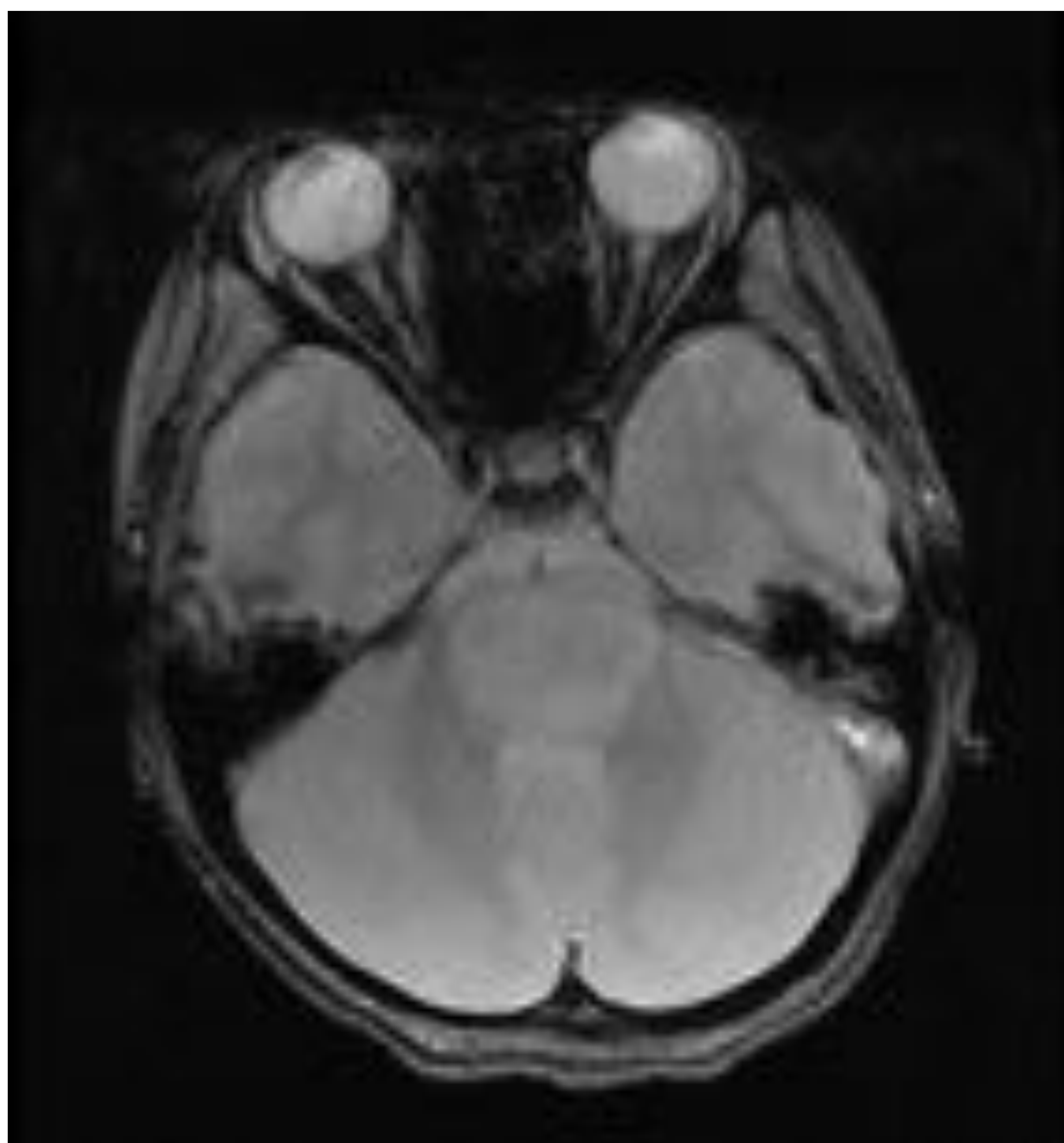
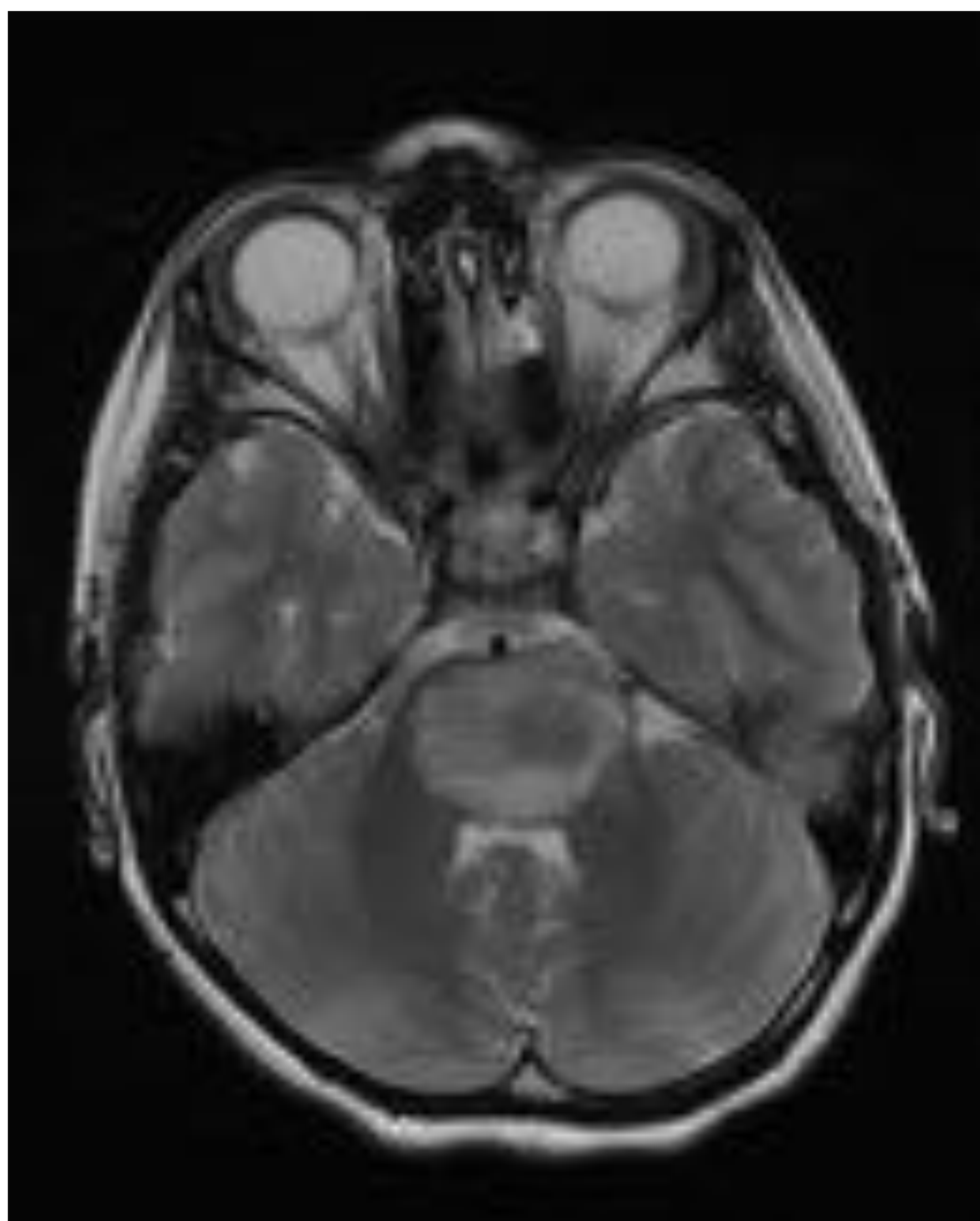
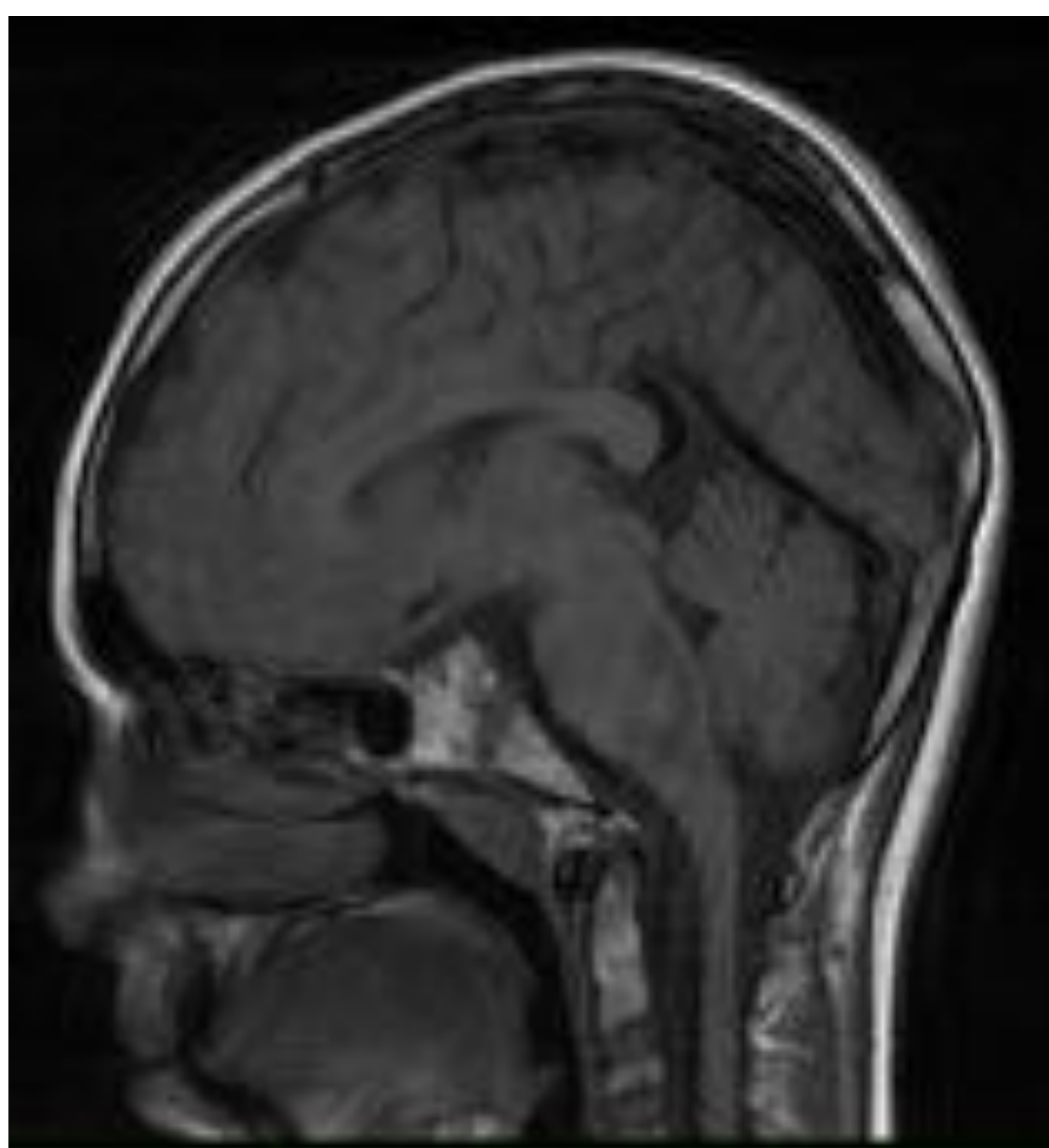


Figura 5A: TC axial sin civ. RM: T1 sagital, T2 axial, T2* axial

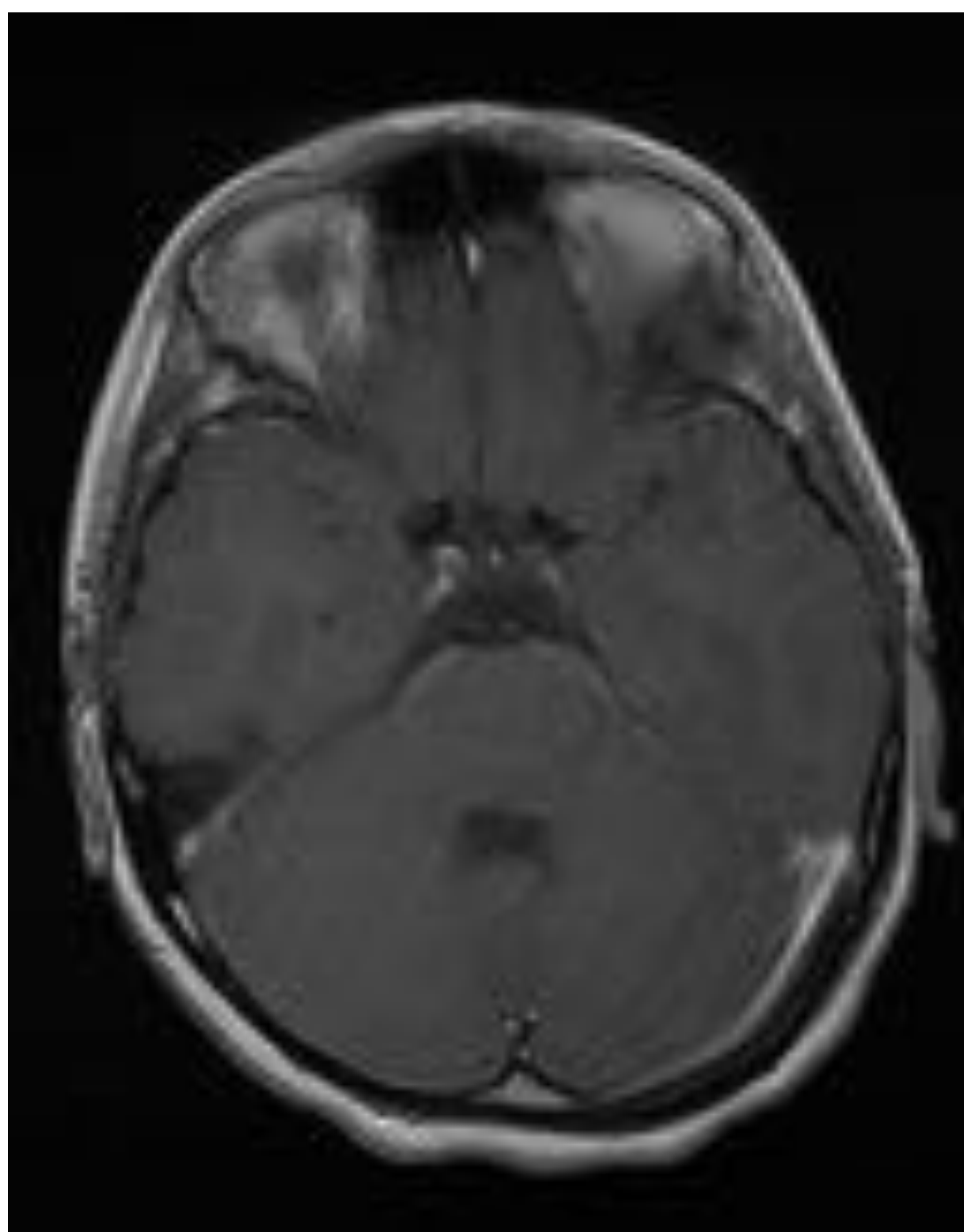
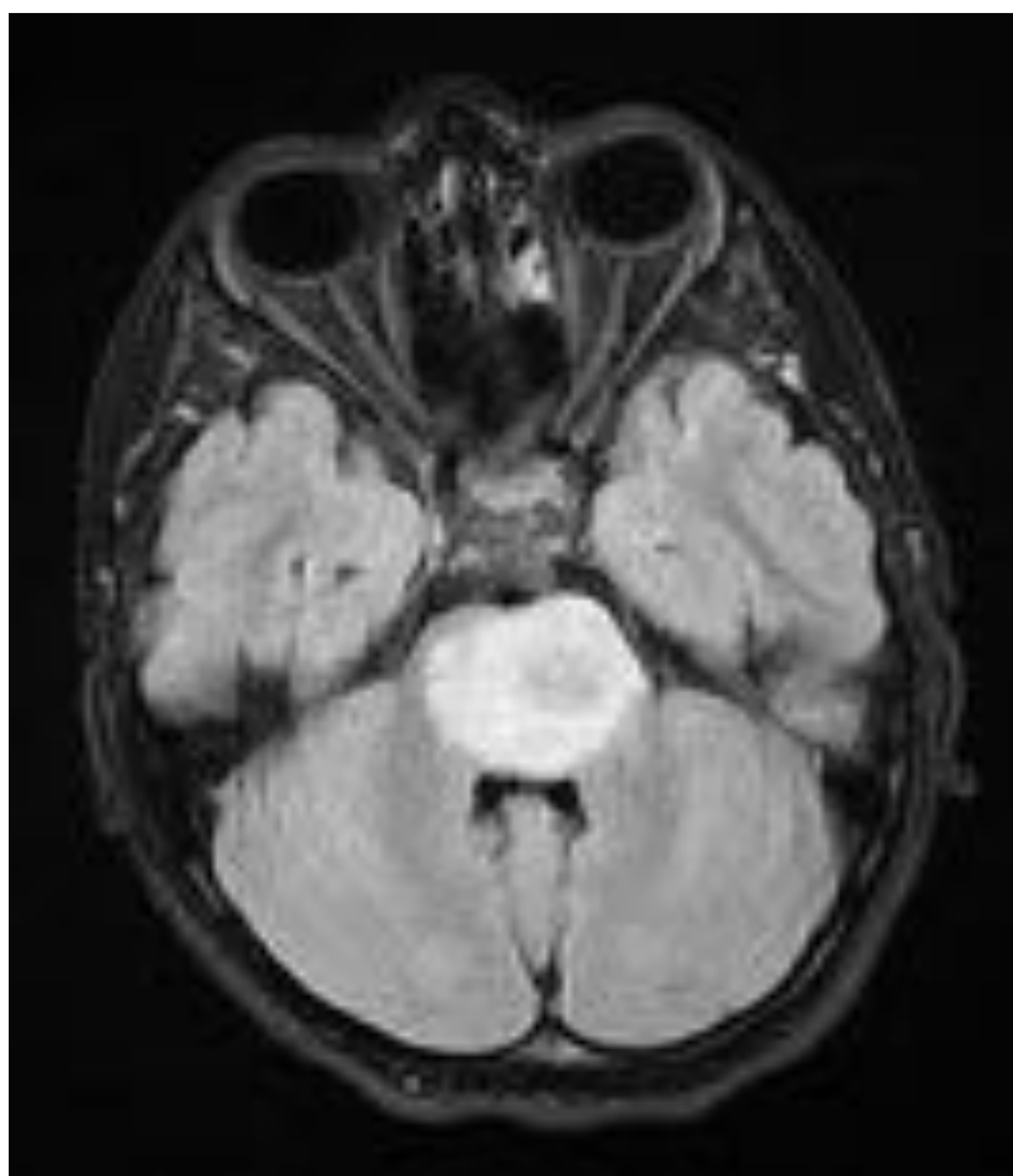
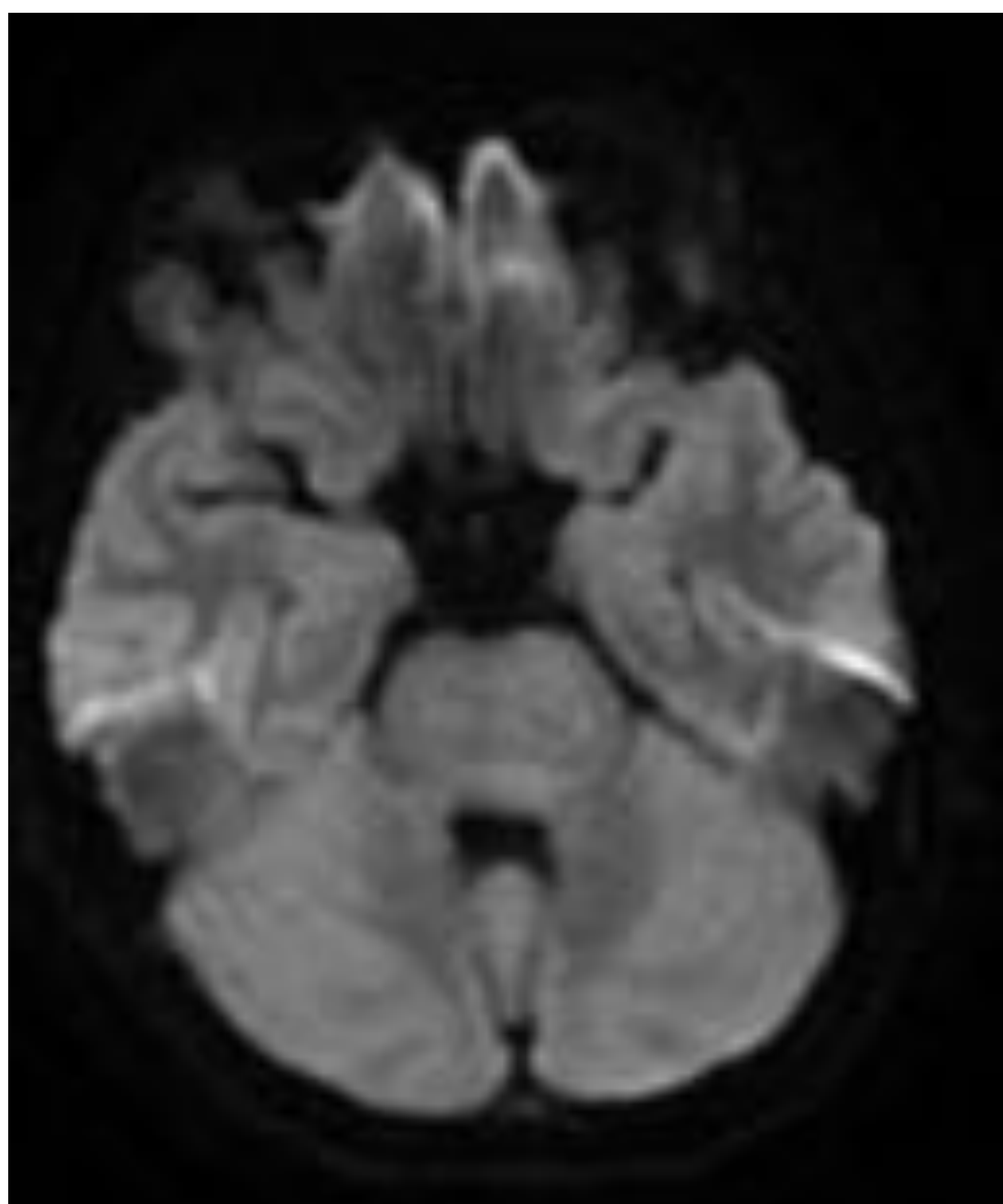


Figura 5B: RM: T2 difusión, ADC, gadolinio.

Figura 6A y 6B. Macroadenoma selar invasivo con extensión infra y supraselar. Lesión en línea media, expansiva, selar y supraselar en línea media, con extensión hacia el seno esfenoidal y clivus, y destrucción y remodelamiento de las estructuras de la base del cráneo a nivel de la fosa craneal media.

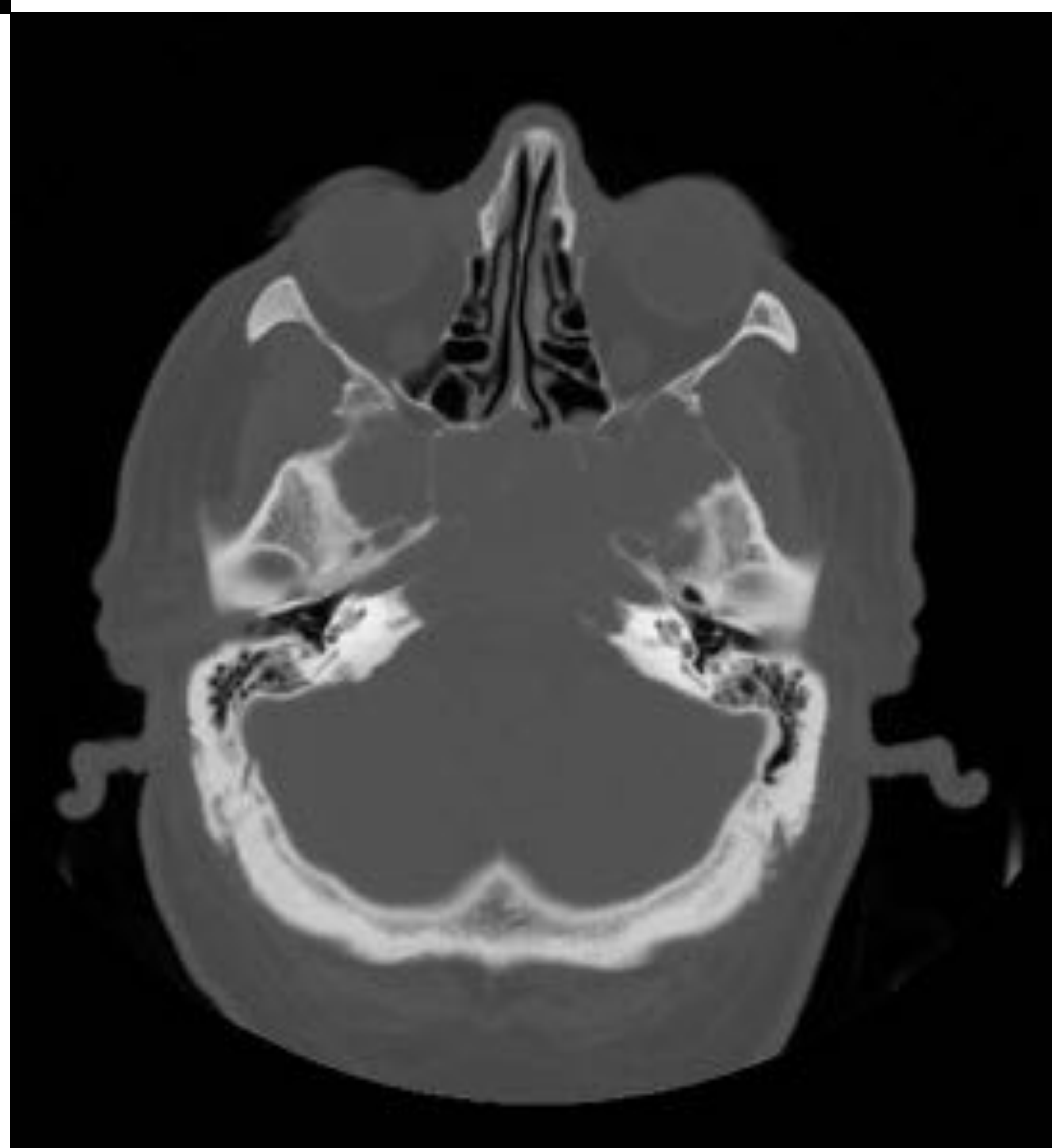


Figura 6A: TC sin civ, ventanas de tejido blando y ósea.

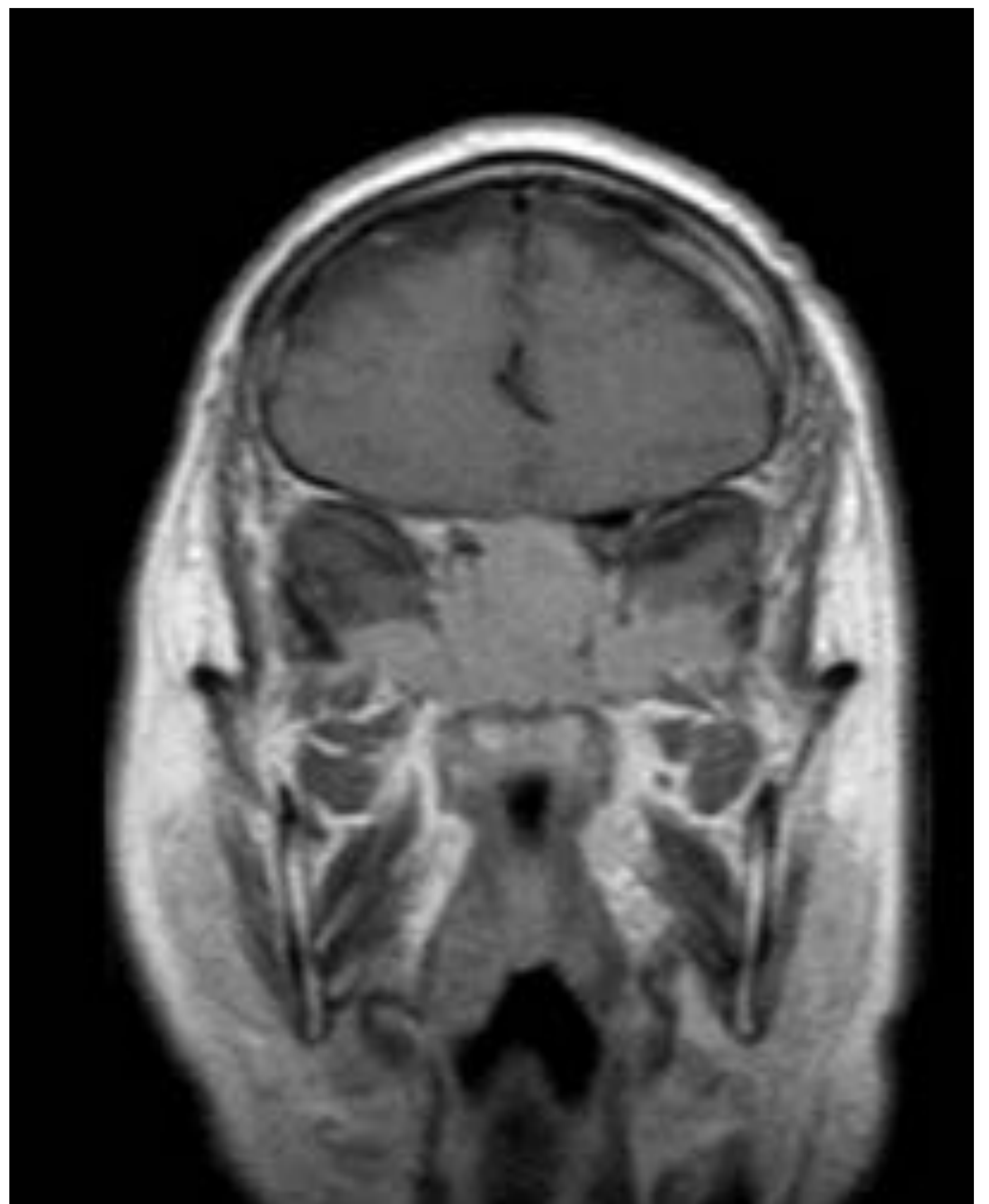
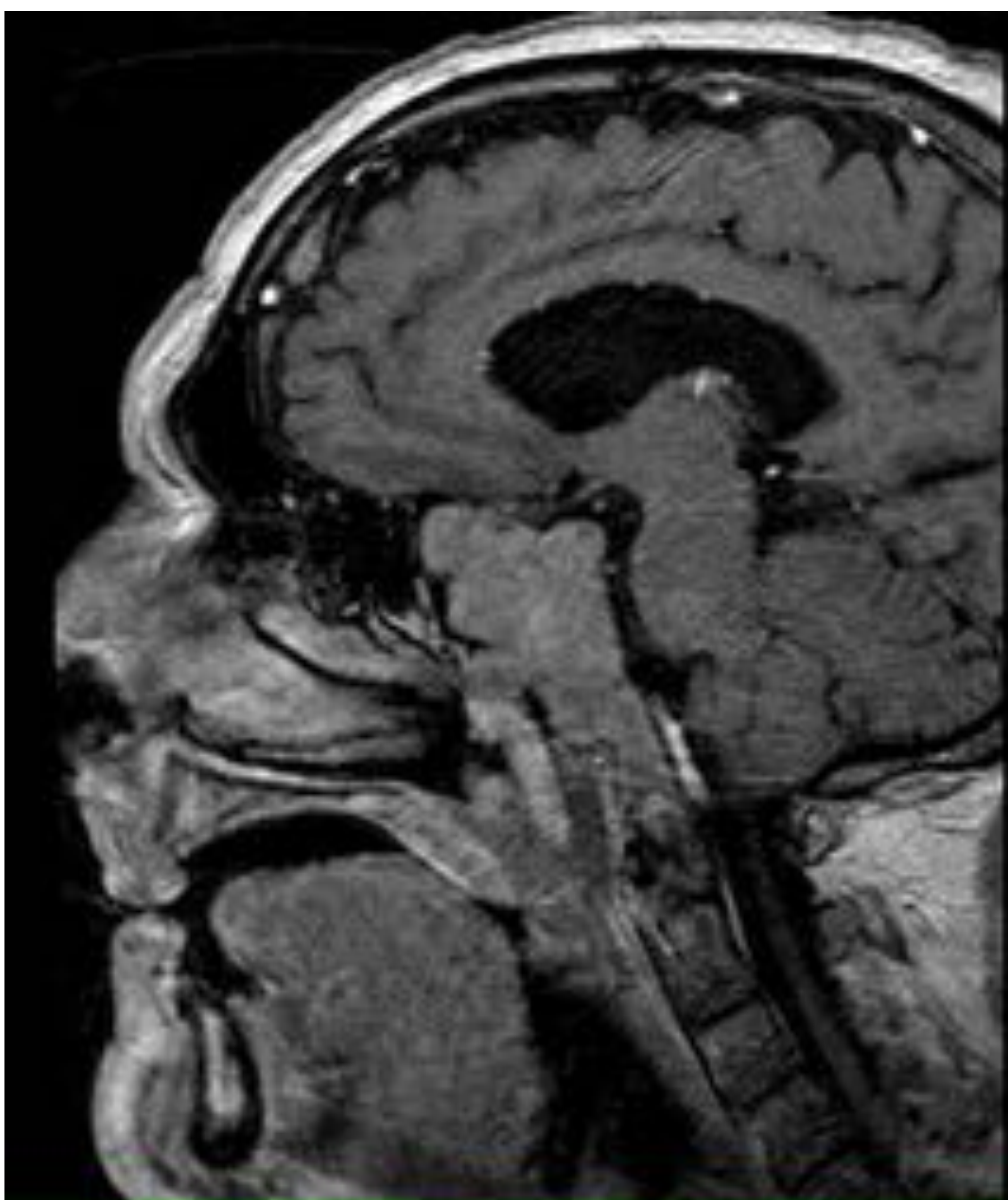
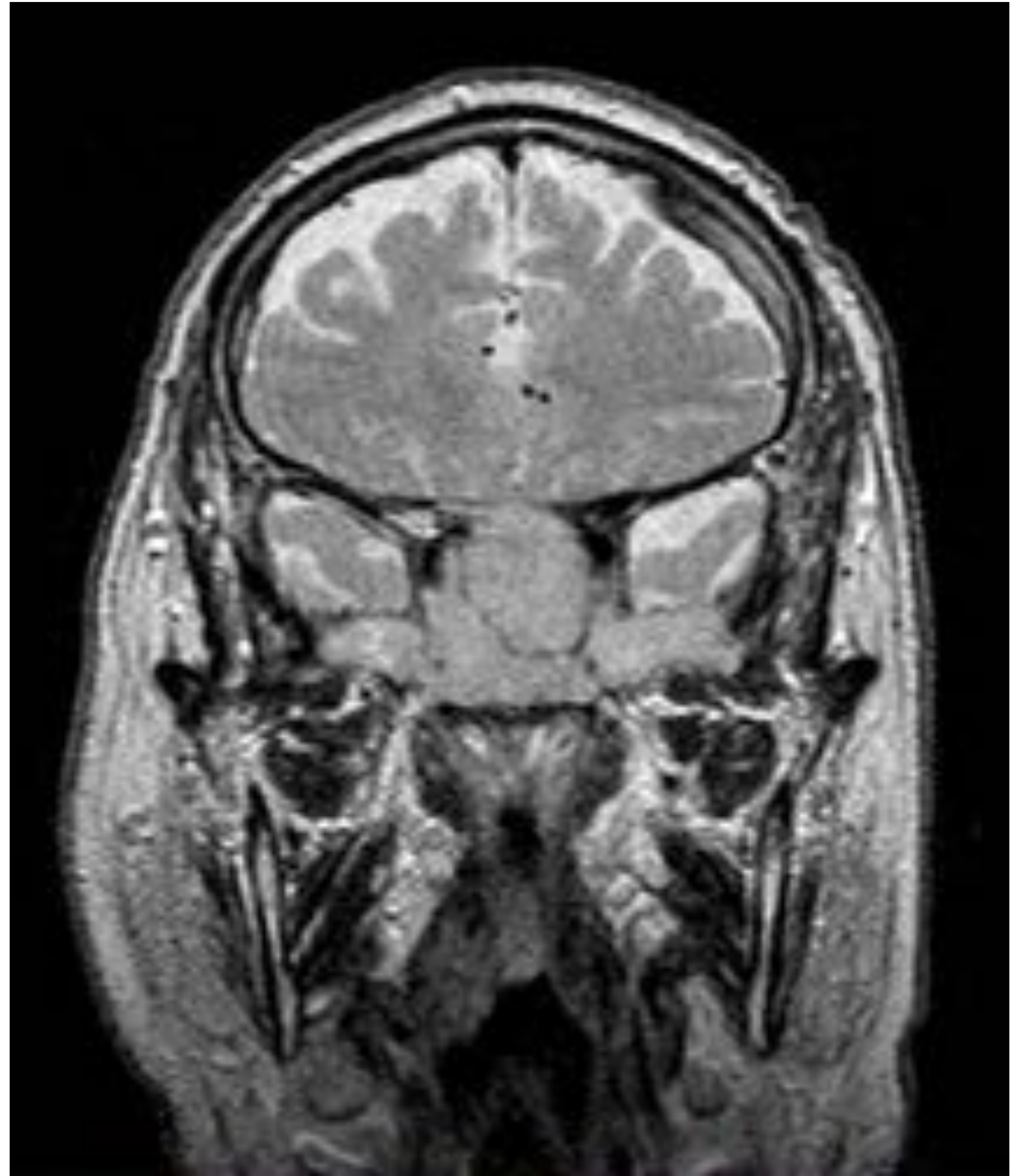


Figura 6B: RM: T1 sagital, T2 axial, axial y coronal gadolinio.

CONCLUSIÓN

- La TC es la técnica de elección inicial ante la sospecha de un tumor del SNC de instauración aguda, por ser una técnica diagnóstica rápida y de fácil acceso en urgencias. La RM presenta mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico y seguimiento de los tumores cerebrales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Al-Okaili RN, Krejza J, Wang S, Woo JH, Melhem ER. Advanced MR imaging techniques in the diagnosis of intraaxial brain tumors in adults. Radiographics. 2006;26:173-189.
- 2. Goldsher D, Litt AW, Pinto RS, Bannon KR. Dural tail associated with meningiomas on Gd-DTPA-enhanced MR images: characteristics, differential diagnostic value, and possible implications for treatment. Radiology. 1990;176:447-50.
- 3. Higano S, Yun X, Kumabe T, Watanabe M. Maliniant astrocytic tumors: clinical importance of apparent diffusion coefficient in prediction of grade and prognosis, Radiology. 2006;241:839-46.
- 4.. Jagannathan J, Kanter AS, Sheehan JP, Jane JA. Benign brain tumors: sellar/parasellar tumors. Neurol Clin. 2007;25:1231-49.