

Quiste epidermoide del ventrículo lateral

Beltrame S.A.¹, Garategui L.M.¹, Goldschmidt E.¹, Campero A.², Ajler P.¹

¹Servicio de Neurocirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

²Servicio de Neurocirugía, Hospital Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina.

RESUMEN

Los quistes epidermoides del ventrículo lateral son lesiones extremadamente infrecuentes originadas por la inclusión de elementos epiteliales al momento del cierre del tubo neural. Son tumores de lento crecimiento y se presentan clínicamente con síntomas inespecíficos. La Resonancia Magnética de encéfalo permite realizar un diagnóstico presuntivo, que se confirma por hallazgos característicos durante la cirugía. El diagnóstico de certeza es por la anatomía patológica en donde se observa un epitelio escamoso estratificado. Se presenta un caso de una mujer de 39 años operada por vía microquirúrgica con asistencia endoscópica.

Palabras clave: Quiste Epidermoide; Ventrículo Lateral; Epitelio Escamoso

ABSTRACT

Epidermoid cysts occurring within the lateral ventricles are uncommon lesions. These tumors are of developmental etiology, due to migration of epiblast inclusion at the time of neural tube occlusion of the neural tube. They are slow growing tumors and clinical presentation is nonspecific. Magnetic Resonance is suggestive of a cystic lesion, and is confirmed to be an epidermoid cyst at operation. Histopathology reveals typical stratified squamous epithelium. A case of a woman of 39 years old woman operated on with microsurgery and endoscopic assistance is presented.

Keywords: Epidermoid Cysts; Lateral Ventricle; Squamous Epithelium

INTRODUCCIÓN

Los quistes epidermoides son lesiones de baja incidencia que se originan a partir de células embrionarias ectópicas que no involucionan durante el cierre del tubo neural. Su ubicación más frecuente en el sistema nervioso central es en la región del ángulo pontocerebeloso, cisternas perimesencefálicas y en el IV ventrículo.⁵ Los que asientan a nivel de los ventrículos laterales son lesiones muy infrecuentes, habiéndose reportando únicamente en la literatura 10 casos con el descripto en este artículo.³ El conocimiento de dicha localización permite tenerlos en cuenta como diagnóstico diferencial de otras entidades similares y, en consecuencia, ofrecer el tratamiento más apropiado.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, sin antecedentes, que comienza con cefalea holocraneana progresiva e inestabilidad en la marcha. En el examen físico no presenta foco neurológico ni signos de hipertensión endocraneana. Se realiza Resonancia Magnética (RM) de cerebro en donde se observa lesión intraventricular quística a nivel del ventrículo lateral derecho, de bordes irregulares, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, que restringe en la difusión y sin realce postcontraste (fig. 1). Se decide conducta quirúrgica. Se realiza una craneotomía parietooccipital derecha guiada con estereotaxia. Se progresa 20

mm a través de una corticotomía mínima a nivel del giro supramarginal. Se ingresa a ventrículo lateral a través del atrio ventricular y se evidencia lesión tumoral blanco nacarada. Se realiza exéresis microquirúrgica completa con asistencia endoscópica descomprimiendo el foramen de Monro (fig. 2A, 2B). La paciente evoluciona sin complicaciones postoperatorias y se mantiene asintomática en un periodo de seguimiento de 6 meses (fig. 3).

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides son lesiones infrecuentes con una incidencia reportada de 0.5 a 1.5% de los tumores encefálicos.⁹ Su ubicación a nivel de los ventrículos laterales es aún más inusual habiéndose reportado 9 casos en la literatura según H. S. Bhatoo et al.³

Dichas lesiones se originan a partir de células embrionarias de ubicación ectópica con diferenciación ectodérmica que quedan retenidas durante el cierre del tubo neural, esto ocurre entre la tercera a quinta semana del desarrollo.⁷ Probablemente exista una relación directa con la génesis de los vasos coroideos lo que explica la migración lateral a través de la fisura coroidea y el atrapamiento subsecuente de dichas células neuroepiteliales.⁵ Los casos de tumores reportados presentan conexión con estructuras de la línea media y paramedianas. Su crecimiento es lineal, no exponencial y pueden envolver y moldear estructuras neurovasculares adyacentes. En algunos raros casos estas lesiones pueden malignizarse.^{4,6}

La manifestación clínica de estas lesiones es entre la quinta y sexta década de vida. Los síntomas suelen ser inespecíficos como cefalea, déficit cognitivo y patología psiquiátrica. Es infrecuente la obstrucción de la circulación de LCR así

Pablo Marcelo Ajler

pablo.ajler@hospitalitaliano.org.ar

Conflicto de interés: No existen conflictos de interés

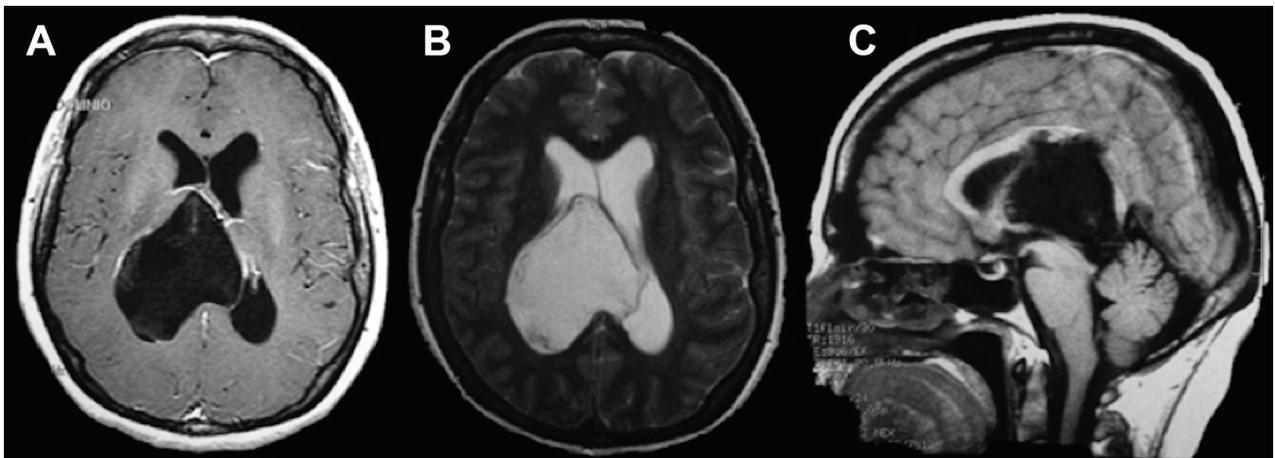


Figura 1: A) RMN de cerebro secuencia T1 con contraste EV corte axial en donde se observa lesión quística hipointensa a nivel del ventrículo lateral derecho, sin realce postcontraste que desplaza el fornix. B) Secuencia T2 corte axial en donde se observa lesión intraventricular hiperintensa en T2 (similar al líquido cefalorraquídeo). C) Secuencia T1 sin contraste corte sagital en donde se observa lesión quística hipointensa intraventricular que desplaza parcialmente el cuerpo del cuerpo calloso.

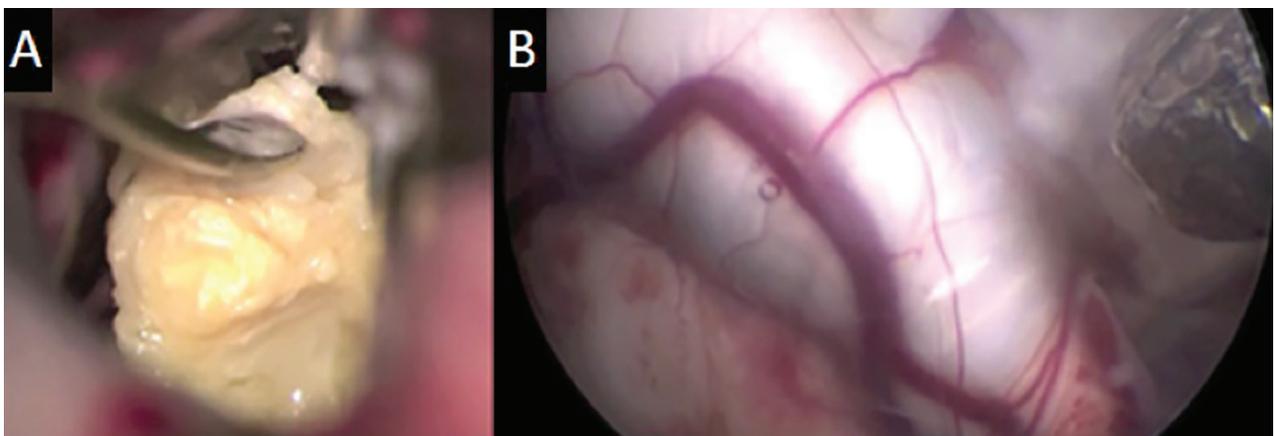


Figura 2: A) Pieza macroscópica intraoperatoria en donde se observa la típica coloración tumoral blanco perlada. B) Asistencia endoscópica para completar exéresis quirúrgica logrando descomprimir el foramen de Monro.

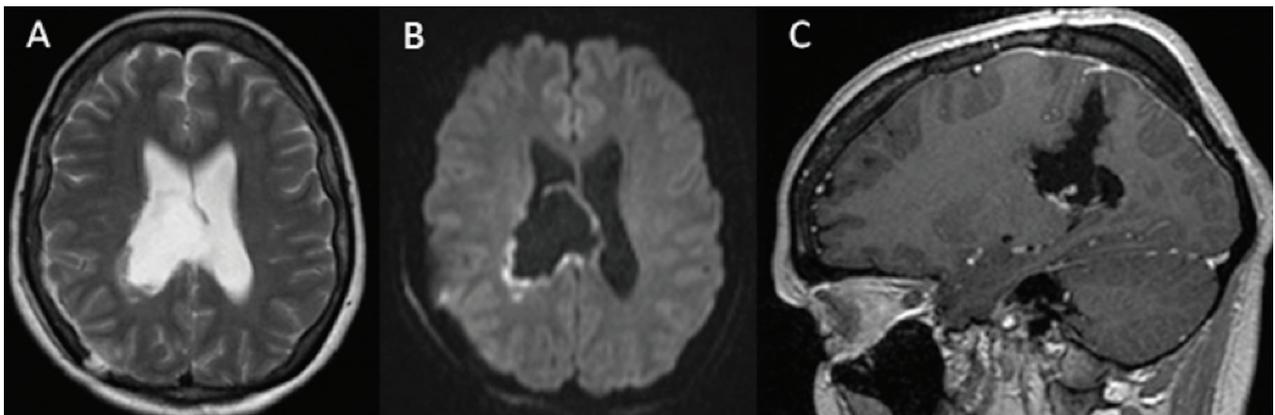


Figura 3: A) RMN de control postoperatorio secuencia T2 corte axial en donde se observa exéresis completa de la lesión y cavidad remanente hiperintensa posterior y lateral derecha. B) Secuencia difusión corte axial en donde el contenido quístico no restringe, sino que facilita y existe restricción en sus márgenes como cambio postquirúrgico. C) Secuencia T1 con contraste EV corte sagital en donde se observa exéresis completa de la lesión, cavidad remanente sin realce postcontraste y trayecto de entrada por donde se realizó la resección tumoral.

como el desarrollo de meningitis químicas.^{2,8}

La RM de cerebro es el método diagnóstico de elección. Suelen observarse como lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en el T2, al igual que el LCR. La secuencia en difusión suele ser útil para diferenciarlo de un quiste aracnoidal (principal diagnóstico diferencial) ya que estas lesiones restringen en la difusión y no realzan con la admi-

nistración de gadolinio.⁹

El tratamiento es quirúrgico y puede ser curativo si la exéresis es completa. La histopatología muestra típicamente epitelio escamoso estratificado queratinizado y cristales de colesterol (fig. 4). La inmunohistoquímica muestra positividad para el antígeno epitelial de membrana y negatividad para la proteína ácida glicofibrilar y la proteína

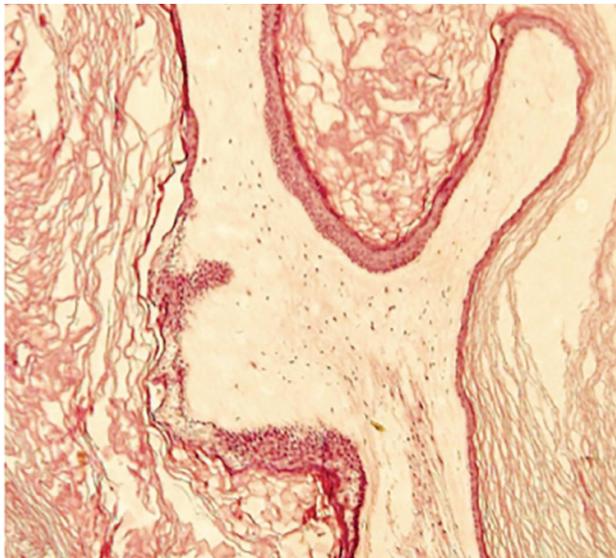


Figura 4: Corte histológico teñido con hematoxilina - eosina de pieza tumoral que revela un epitelio plano estratificado característico, queratinizado, y cristales de colesterol.

S100.¹ La resección quirúrgica depende de la localización y extensión, y consiste en reseca la mayor cantidad de tumor posible dejando la cápsula adherida a estructuras críticas, sin que esto aumente la incidencia de recurrencias ni afecte la sobrevida del paciente.²

CONCLUSIÓN

Los quistes epidermoides ubicados a nivel de los ventrículos laterales son lesiones de baja incidencia. La RM permite realizar un diagnóstico presuntivo sobre todo porque la secuencia de difusión lo diferencia de otras lesiones similares. Tener en cuenta esta localización poco frecuente permite optimizar el tratamiento del paciente siendo la exéresis quirúrgica de primera elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altschuler E M, Jungreis C A, Sekhar L N, et al.: Operative treatment of intracranial epidermoid cysts and cholesterol granulomas: Report of 21 cases. *Neurosurgery* 26: 606-14, 1990.
2. Bayindir C, Balak N, Karasu A (1996) Microinvasive squamous cell carcinoma arising in a pre-existing intraventricular epidermoid cyst. *Acta Neurochir (Wien)* 138: 1008-1012.
3. Bhatoe H. S, Mukherji J. D., and Dutta V. (2005) Epidermoid tumour of the lateral ventricle. Illustrated Review. *Acta Neurochirurgica*, p 148: 339-342.
4. Bougeard R, Mahla K, Roche PH, Hallacq P, Vallace B, Fischer G (1999) Epidermoid cyst of the lateral ventricles. *Neurochirurgie* 45: 316-320.
5. Lepoivre J, Pertiuset B (1957) Les kystes epidermoides cranioen_ cephaliques. *Masson & Cie, Paris*, p 106.
6. Link M J, Cohen P L, Breneman J C, et al.: Malignant squamous degeneration of a cerebellopontine angle epidermoid tumor. Case report. *J Neurosurg* 97 (5): 1237-43, 2002.
7. Lin Tina, Heilman CB, Schucart WA (2003) Intraventricular. Tumors: fourth ventricle. In: Batjer HH, Loftus CM (eds) *Textbook of neurological surgery*, vol 2. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 1345-1353.
8. Ohata M, Kuwabara T, Takahashi S, Tomita S, Inaba Y (1975) Epidermoid tumor of the lateral ventricle. Significance of echo-encephalography. *Bull Tokyo Med Dent Univ*. 22: 45-50.
9. Osborn, Salzman and Barkovich. *Diagnostic Imaging Brain*. Segunda edición (2010). Sección I-7 p. 18-21.

COMENTARIO

Ajler y cols. presentan un caso extremadamente infrecuente, con localización intraventricular (ventrículo lateral) de un tumor epidermoide. Estas lesiones de origen embrionario, asientan como bien se remarca, preferentemente en la región del ángulo pontocerebeloso, con evolución insidiosa a través de los años, llegando en muchos casos a un tamaño considerable al momento del diagnóstico, desplazando, pero nunca infiltrando, las estructuras neurovasculares vecinas.

Su aspecto macroscópico característico, les ha valido la denominación de “quistes perlados”, y no deben confundirse con los colesteatomas del penasco, de origen y evolución diferentes.

El caso que nos ocupa se halla muy bien documentado y resuelto, y vale la insistencia de los autores sobre la posibilidad de malignización de algunos casos, con evolución tórpida a pesar de una buena respuesta quirúrgica inicial.

Como también se menciona, la RMN es fundamental para el diagnóstico diferencial con el quiste aracnoide: nos parece preferible aclarar que en la difusión (DWI), el quiste aracnoide permanece hipointenso. El epidermoide en cambio, vira a la hiperintensidad. Con respecto a la técnica quirúrgica, en nuestra experiencia con 20 quistes epidermoides, fundamentalmente infratentoriales, preferimos una resección amplia que generalmente será subtotal; nos parece innecesario y hasta contraproducente insistir con la resección capsular total. Como se destaca en el artículo, las recurrencias son infrecuentes y a muy largo plazo.

Técnicamente la resección suele ser sencilla; somos partidarios de la utilización de abundantes lavados a posteriori de la apertura capsular que “arrastran” en la mayoría de las ocasiones buena cantidad de material tumoral, facilitando la operación enormemente. Una de las complicaciones operatorias a tener en cuenta, es la meningitis aséptica, de origen químico, por el volcado de material patológico al espacio subaracnoideo: la misma puede minimizarse y hasta evitarse, realizando estos lavados con suero tibio y dexametasona. Por último, cabe destacar que en los controles de imágenes a nivel del ángulo pontocerebeloso, hay que ser muy prudente en la valoración de las imágenes de RMN postoperatoria, evitando falsas interpretaciones de recurrencia que en realidad se explican por no haberse intentado la resección de la cápsula tumoral, lo cual mantiene “armado” el lecho tumoral.

Marcelo Platas