

Quiste coloide del tercer ventrículo. Reporte de un caso.

Armando Hernández-Pernía, Marisol Cepeda-Noguera, Olmedo Ferrer-Ocando y Armando Hernández-Hernández.

Postgrado de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia y Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Maracaibo, Venezuela.

Palabras clave: Quiste coloide del III Ventrículo, cefalea súbita, hemorragia subaracnoidea.

Resumen. Se presenta un caso de tumor intracraneal con localización intraventricular, en un paciente adulto habitualmente sano, quien comenzó de manera brusca con cefalea de fuerte intensidad, persistente e inusual. El examen neurológico no exhibió anormalidades. Se revisan los aspectos clínicos correspondientes y se contrastan con los reportados en la literatura.

Colloid cysts of the third ventricle. Case report.

Invest Clín 2000; 41(4): 271-278-

Keys words: Colloid cysts of the third ventricle, acute cephalalgia, subarachnoid hemorrhage.

Abstract. The case of an intracranial tumor, with intraventricular localization in an usually healthy patient is presented. The main clinical symptom was the sudden onset of a strong intensity cephalgia, which was persistent and unusual. Neurological examination did not show any abnormalities. Clinical aspects corresponding to this case are revised and compared with the ones reported in the literature.

Recibido: 12-07-2000. Aceptado: 22-11-2000.

INTRODUCCIÓN

El quiste coloide del tercer ventrículo es un tumor benigno, particular por su localización y origen. Crece casi siempre en el interior del tercer ventrículo, en la proximidad del agujero de Monro y se le suponía derivado del epéndimo, pues tiene células ciliadas con capacidad mucosecretora; otros lo hacen derivar del endodermo (como los quistes enterógenos espinales) pues da positivas las reacciones de citoqueratina, antígeno epitelial de membrana y antígeno carcinoembrionario, pero en general, se cree que se deriva de células endodermarias de una estructura vestigial que se conoce como paráfisis. Su tamaño varía de 1 a 4 cm de diámetro, es oval o redondo, de superficie lisa, y está lleno de material gelatinoso resplandeciente que contiene diversos mucopolisacáridos (1). La pared está compuesta de una capa de células epiteliales, algunas ciliadas, rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo fibroso.

El tumor debe sospecharse en los pacientes que presentan cefalea intermitente acentuada, que puede ser modificada en ocasiones por la postura (agravándola o desapareciendo), o crisis de cefalea y obnubilación mental, incontinencia, marcha inestable.

Sin embargo, este síndrome obstructivo ha sido poco frecuente en la experiencia médica.

La incidencia se calcula en 0,5 a 1,0% de los tumores primarios del cerebro y entre 15 y 20% de todas las masas intraventriculares. Apare-

ce en los adultos de 20 a 40 años, es raro en niños y tiene igual prevalencia en los dos sexos (2).

El diagnóstico puede verificarse por Tomografía Computadorizada (TC) o imagen por Resonancia Magnética (RM) que identifican el nódulo tumoral quístico en la localización típica (que capta o no contraste) y la hidrocefalia (3).

Se puede resumir que las características de las imágenes son: en la TC 2/3 son hipodensas, 1/3 isodensas, no calcificadas, y algunas veces se realza la periferia con el material de contraste. En RM la señal es variable; lo más frecuente es que sea hiperintensa con relación al cerebro en imagen paramagnética T1, e hipointensa en imagen paramagnética T2 (4,5).

Desde hace muchos años el tratamiento ha sido la resección quirúrgica; pero también se han obtenido resultados satisfactorios mediante derivación ventriculoperitoneal del líquido cefalorraquídeo. Existe otro procedimiento que consiste en la descompresión del quiste bajo control estereotáxico (6).

El diagnóstico diferencial del quistes coloide del tercer ventrículo incluye craneofaringiomas, papilomas de los plexos coroideos y ependimomas.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 37 años de edad, quién tres días antes de su valoración, presentó en forma brusca, después de una maniobra de Valsalva, cefalea de mode-

rada intensidad, localizada en región occipital, la cual fue aumentando en su intensidad. Consultó en varias oportunidades en el lapso de tres días, a varios facultativos, quienes le indicaron analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, sin que se produjera acalmia completa del dolor; concomitantemente refirió náuseas y sensación de pérdida de la fuerza muscular en miembros inferiores.

Antecedentes Personales: Cefalea occipital de 2 años de evolución, de moderada intensidad, que calmaba con dipirona. (para la paciente no era significativa, por lo cual nunca consultó). Negó otros de importancia.

Antecedentes Familiares: Negó de importancia

Examen Físico: la paciente mostraba buenas condiciones generales y de hidratación. Piel y mucosas: sin anormalidades. Cardiopulmonar: tensión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 90x', frecuencia respiratoria: 18x'. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo. Murmullo vesicular audible, sin agregados. Abdomen: blando, depresible sin visceromegalias. Neurológico: paciente consciente, orientada, sin alteraciones del estado mental. Sensibilidad: sin anormalidades. Pares Craneales: sin anormalidades. Fuerza muscular, marcha y coordinación motora: sin anormalidades. Reflejos miotáticos: simétricos y normales. Cuello: sin signos de irritación meníngea.

En vista de aparición de cefalea brusca, mediada por maniobra de

Valsalva, y su persistencia, que no se calmó con analgésicos comunes; a pesar de no haber signos de irritación meníngea, se ingresó con diagnóstico de:.-Hemorragia Subaracnoidea Primaria.

Se solicitó Tomografía Computadorizada simple, la cual reveló lo siguiente: Hidrocefalia simétrica de gran magnitud, a expensa de los ventrículos laterales (insinuación precoz de sus astas temporales) y del tercer ventrículo. Cuarto ventrículo se aprecia normal. Además edema cerebral difuso, con borramiento de los surcos, y una imagen anormal intertalámica que se insinúa entre las astas frontales de los ventrículos laterales, la cual no es de características muy específicas (Fig. 1).

Debido a que la hidrocefalia puede ser una complicación de la hemorragia subaracnoidea, y de mantenerse fundamentos para éste diagnóstico, se decidió realizar una punción lumbar. El aspecto y los resultados citoquímicos del líquido cefalorraquídeo, fueron normales, mientras que la presión del mismo se encontró baja (90 mL de agua).

Se decidió solicitar Resonancia Magnética Cerebral, en busca de una lesión estructural intraventricular, localizada en Acueducto de Silvio o en el tercer ventrículo, en virtud del compromiso de ambos ventrículos laterales y del III ventrículo, sin comprometer el cuarto ventrículo.

La Resonancia Magnética simple y con contraste paramagnético, reveló: en T1 imagen hipodensa, redondeada, localizada en la parte dis-

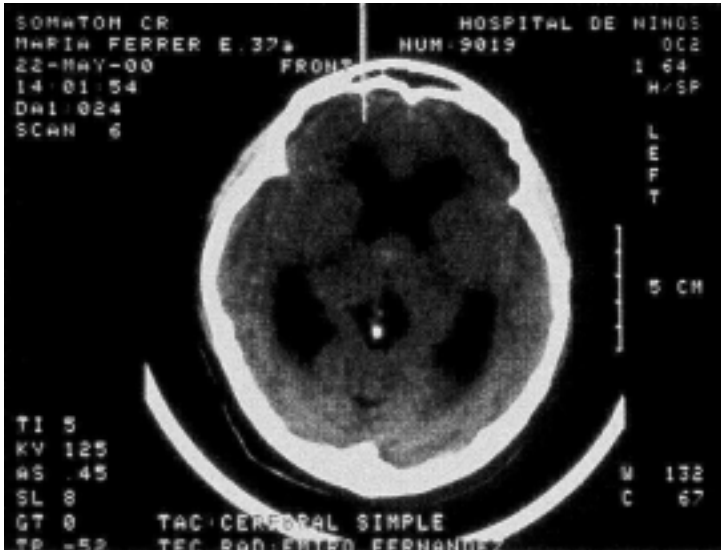


Fig. 1.

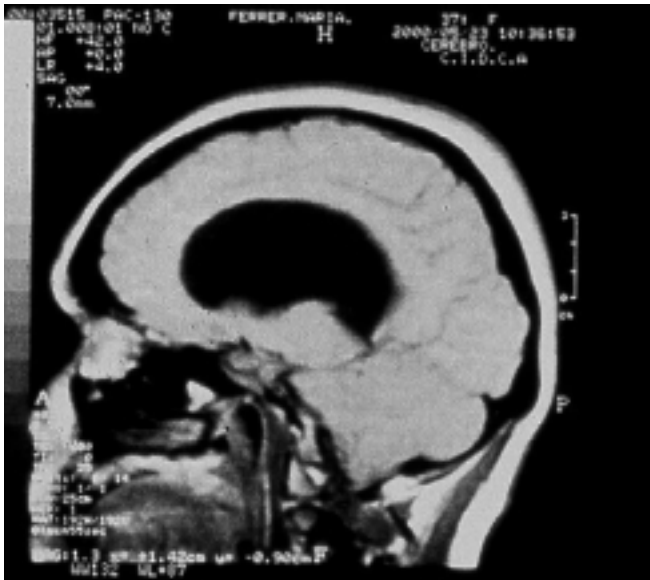


Fig. 2

tal del III ventrículo (inicio de Acueducto de Silvio) que obstruye en la luz del mismo, de aproximadamente 2x2 cm., que en imágenes T2 se

mostraba hiperintensa, con una zona hipointensa pequeña en su interior (Figs. 2, 3, 4), que por las características y la ubicación descrita

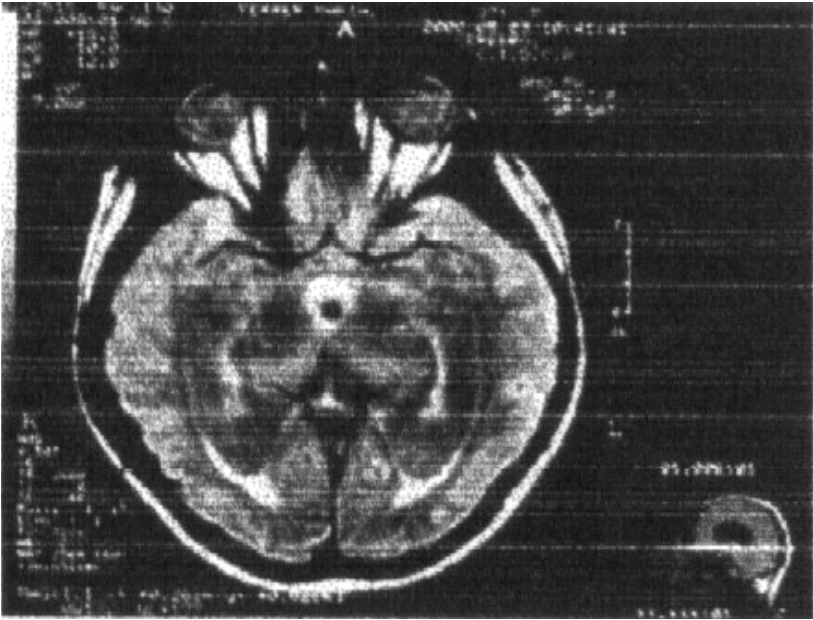


Fig. 3.



Fig. 4.

se corresponde con el diagnóstico de: 1.- Quiste Coloide del Tercer Ventrículo. 2.- Hidrocefalia Obstruc-tiva Secundaria a 1.

El procedimiento seleccionado por el Servicio de Neurocirugía fue la exéresis total de la lesión quística, a través de craneotomía fronto -parietal sagital derecha, debido a que se trató de aspirar el quiste; pero el contenido de éste era demasiado denso, por lo que se extrajo la lesión quística con la cápsula, quedando completamente libres el tercer ventrículo y los ventrículos laterales, con la normal circulación de líquido cefalorraquídeo. La evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria. Posteriormente la paciente no ameritó derivación ventricular. Las características histológicas de la masa extraída fueron compatibles con un quiste coloide, que corroboró el diagnóstico clínico.

DISCUSIÓN

El quiste coloide del tercer ventrículo es un tumor intracraneal infrecuente en relación a otros tipos histológicos. Puede pasar inadvertido sin ninguna expresión sintomática pudiendo demostrarse por neuroimágenes TC ó RM (7) o produciendo hidrocefalia aguda por obstrucción del sistema ventricular con la consecuente hipertensión endocraneana. El desarrollo de manera gradual de síntomas como cefalea y alteraciones del estado mental también han sido descritos (8, 9). Ha sido reportada muerte súbita en un adolescente masculino de 13 años

de edad, mientras se encontraba durmiendo. Hidrocefalia aguda, hipertensión endocraneana y herniación cerebral fue la secuencia de hechos en este inusual evento (10). Se ha reseñado la presencia familiar de quistes coloides asintomáticos, del tercer ventrículo, en una madre y sus dos hijas, diagnosticadas por neuroimágenes. No tenían evidencias de alteraciones cromosómicas, pero el hecho de ser familiar sugiere alguna predisposición genética no bien conocida (11,12). Este hecho indica la importancia de un seguimiento y pesquisaje por neuroimágenes del resto de la familia, si dos o más miembros de esta han sido afectados (12).

Otras localizaciones del tumor son aún más raras, como la presencia intracerebelosa con compresión del cuarto ventrículo, descrita en un paciente de 45 años de edad con inicio gradual de cefalea y náuseas, diagnosticado por neuroimágenes (13). También ha sido reportada la presencia simultánea de un quiste dermoide en seno paranasal y un quiste coloide del tercer ventrículo en un joven de 16 años de edad, sugiriendo la posibilidad de una malformación congénita no bien establecida (14).

Dentro de las estrategias para la terapéutica quirúrgica de los quistes coloides del tercer ventrículo, ha sido propuesta la cirugía endoscópica transventricular (15, 16, 17). Para el procedimiento de descompresión del quiste por aspiración bajo control estereotáxico o endoscópico, se ha investigado con

neuroimágenes el establecimiento de patrones según la intensidad y densidad observadas en la imagen quística que permiten predecir las dificultades probables. Según ello, una baja señal en T2 de la R. M. se correlaciona con alta viscosidad del contenido quístico y por tanto aumenta las dificultades para la aspiración (18).

Nuestro caso clínico reportado está ubicado dentro del grupo de pacientes asintomáticos, donde la lesión había pasado inadvertida hasta que se produjo inicio brusco de los síntomas con la consecuente obstrucción aguda del sistema ventricular, hidrocefalia e hipertensión endocraneana, resultando con buena evolución post-quirúrgica.

AGRADECIMIENTO

A los fotógrafos Audio Cepeda, Francisco (Pancho) Villasmil y Ernesto Acosta, por su colaboración técnica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VEERMAN E.C., GO K.G., MOLENAAR W.U., AMERONGEN A.V., VISSINK A.: On the chemical characterization of colloid cyst contents. *Acta Neurochir (Wien)* 1998; 140(4): 303-307.
2. LOBOSKY J.M., VANGILDER J.C., DAMASIO A.R.: Behavioural manifestations of tirad ventricular colloid cysts. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47:1075.

3. URSO J.A., RUSS G.J., PARKER R.K.; PATRIZI J.D., STEWART B.: Colloid cyst of the third ventricle: radiologic-pathologic. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22(4): 524-527.
4. KACH-HARA R., DAS K., NAIR S., GUPTA A.K.: Characteristic of a colloid cyst of the third ventricle. *Neuroradiologic* 1999; 41(3):188-189.
5. MAMOURIAN A.C., CROMWELL L.D., HARBAUGH R.E.: Colloid cyst of the third ventricle: Sometime more conspicuous on C.T. than M.R. *Am J Neuroradiol* 1998; 19(5):875-878.
6. KUMAR K; KELLY M; TOTH C: Stereotactic cyst wall disouption of colloid cysts of the third ventricle. *Stereotact Funct Neurosurg*, 1998, 71:3, 145-152.
7. POLLOCK B.E., HUSTON J.: Natural history of asymptomatic colloid cysts of the third ventricle. *J Neurosurg* 1999; 91(3):364-369.
8. BIDZINSKI J., BOJANOWSKI K.: Colloid cysts of the third ventricle. *Neurol Neurochir Pol* 1998; 32(3):595-602.
9. YAMANAKA K., IWAI Y., NARAJIMA H., KOBAYASHI Y., INOVE T.: Colloid cyst the third ventricle-Case Report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1998; 38(1): 24-27.
10. ARONICA P.A., AHDAB-BARMADA M., ROZIN L., WECHT C.H.: Sudden death in adolescent boy due to colloid

- cyst of the third ventricle. *Am J Forenc Med Pathol* 1998; 19(2):119-122.
11. NADER-SEPAHI A., HAMLIN P.J.: Familiar colloid cysts the third ventricle: Case Report. *Neurosurgery* 2000; 46(3):751-753.
 12. STOODLEY M.A., NGUYEN T.P., ROBBINS P.: Familiar fatal and near-fatal third ventricle colloid cysts. *Aust N Z J Surg* 1999; 69(10):733-736.
 13. MÜLLER A., BÜTTNER A., WEIS S.: Rare occurrence of intracerebellar colloid cyst. Case reported. *J Neurosurg* 1999; 91(1):128-131.
 14. CHENG M.L., CHANG S.D., PANG D., ADLER J.R.: Intracranial nasal dermoid sinus cyst associated with colloid cyst of the third ventricle. Case report and new concepts. *Pediatr Neurosurg* 1999; 31(4):201-206.
 15. RODZIEWICZ G.S., SMITH M.V., HODGE C.J. Jr.: Endoscopic colloid cyst surgery. *Neurosurgery* 2000; 46(3):655-660.
 16. DECO P., LE-GUERINEL C., BRUGIERIS P., DJINDJIAN M., SILVA D., KARAVEL Y., MELON E., NGUYEN J.P.: Endoscopic management of the colloid cyst of the third ventricle. *Neurosurgery* 1998; 42(6):1288-1294.
 17. GAAB M.R., SCHOROEDER H.W.: Neuroendoscopic approach to intraventricular lesions. *J Neurosurg* 1998; 88(2):496-505.
 18. EL KHOURY C., BRUGIERES P., DECOP, COSSON-STANESCU R., COMBES C., RICOLFI F., GASTON A.: Colloid cyst of the third ventricle are MR imaging patterns predictive of difficulty with percutaneous treatment. *Am J Neuroradiol* 2000; 21(3):498-492.