

PRESENTACION DE CASO

Quiste coloide del tercer ventrículo. Presentación de un caso.

Colloidal cyst of the third ventricle. Case presentation.

Dra. Ada Sánchez Lozano, ⁽¹⁾ Dra. María O. Rodríguez Roque, ⁽²⁾ Dr. Joan O. Rojas Fuentes. ⁽¹⁾

¹Especialista de I Grado en Neurología. Profesor Instructor ²Especialista de II Grado en Neurología. Profesor Auxiliar. Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in Neurology. Instructor Professor. ²Terminal de I Grade Academic Degree in Neurology Auxiliary Professor. ³Second Professional Degree in Neurology. Instructor Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos.

RESUMEN

Los quistes coloides son lesiones intracraneales congénitas benignas, de la porción antero-superior del tercer ventrículo. Suponen del 0,2 al 2 % de todos los tumores intracraneales y representan del 15 al 20 % de todas las masas intraventriculares. Comienzan a ser sintomáticos en la adolescencia o edad adulta temprana, generalmente con manifestaciones de cefalea o síntomas de hipertensión intracraneal al provocar hidrocefalia obstructiva. Se presenta una adolescente de 18 años con historia de cefalea de 2 años de evolución, cuyos síntomas fueron empeorando en intensidad y frecuencia, acompañados de vómitos y parestesias bilaterales; se le diagnosticó hidrocefalia obstructiva con quiste coloide del tercer ventrículo. Ante la sospecha del diagnóstico se tomó una conducta adecuada, para evitar el deterioro neurológico y la muerte. Se discutieron las principales características del quiste coloide, su cuadro clínico y radiológico.

Palabras clave: Hidrocefalia; hipertensión intracraneal; quistes coloides; espectroscopia de resonancia magnética

Límites: Humanos; adulto

ABSTRACT

Colloidal cysts are congenital intracranial benign lesions of the anterior superior portion of the third ventricle. They represent between the 0,2 and 2 % of all the intracranial tumours and represent the 15 or 20 % of all the intraventricular masses. They become symptomatic during the adolescence or early adulthood and start normally with migraine or symptoms of intracranial hypertension causing obstructive hydrocephaly. We present the case of a teenager of 18 years of age with history of migraine after two years and the symptoms worsened in intensity and frequency including vomiting and bilateral paresthesia; the diagnosis was obstructive hydrocephaly with colloidal cyst of the third ventricle. An appropriate practice was adopted due to the uncertain diagnosis in order to avoid neurological damage and death. We discussed the main characteristics of the colloidal cyst, its clinical presentation and radiological characteristics and we performed.

Key words: Hydrocephalus; intracranial hypertension; cysts colloids; magnetic resonance spectroscopy

Limits: Humans; adult

Recibido: 15 de agosto de 2009

Aprobado: 28 de agosto de 2009

Correspondencia:

Dra. Ada Sánchez Lozano.

Hospital General "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

Avenida 5 de Septiembre y calle 51-A,

Código Postal 55100

Dirección electrónica: adita@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los quistes coloides son lesiones intracraneales congénitas originadas por tejido mal desplazado en la porción antero-superior del tercer ventrículo que interrumpen el libre flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR) al obstruir de forma intermitente o prolongada el agujero de Monro.⁽¹⁾

Son lesiones benignas e infrecuentes, suponen del 0,2 al 2 % de todos los tumores intracraneales y representan del 15 al 20 % de todas las masas intraventriculares.^(2,3) Normalmente esféricos u ovoides, tienen un tamaño que varía desde pocos milímetros hasta tres o cuatro centímetros de diámetro. Tienen cápsula fibrosa, con una cubierta epitelial y su crecimiento obedece a la acumulación del líquido proveniente de la actividad secretora de dicha capa epitelial, o de su descamación. Derivados del endodermo, algunos quistes coloide son enteramente quísticos y otros tienen una composición heterogénea compuesta por hemorragia antigua, cristales de colesterol y varios iones.^(1,4)

Comienzan a ser sintomáticos en la adolescencia o edad adulta temprana. Las manifestaciones clínicas que produce pueden ser intermitentes y poco específicas, y van desde una cefalea hasta signos evidentes de hipertensión intracraneal. En ocasiones pueden, en el curso de una hidrocefalia aguda, llevar a la muerte súbita.^(5,6)

Los antecedentes de cefalea y el cambio en la semiología de la enfermedad, con manifestaciones de hipertensión intracraneal fluctuante, permite sospechar un quiste pediculado que obstruye de forma intermitente el agujero de Monro al actuar como un mecanismo de válvula. Por lo atípico en el cambio del patrón de la cefalea, la presentación en el sexo femenino y en la adolescencia, se decide presentar el caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 18 años, de color de piel blanca, femenina, estudiante universitaria, de procedencia urbana, con antecedentes de buena salud aparente, 2 años atrás comenzó a presentar cefalea, interpretada como una cefalalgia vascular, con componente tensional asociado, tratada con ciproheptadina y clordiazepóxido. Acudió a consulta de Neurología por cambios en el patrón del dolor, sin lograr alivio con terapéutica impuesta en área de salud, asociados a parestesias de miembros superiores y manifestaciones intermitentes de hipertensión intracraneal. Se ingresó en el servicio de Neurología con la sospecha de una lesión ocupativa intracraneal.

Datos positivos al interrogatorio

La cefalea inicialmente pulsátil, hemicraneal y episódica se tornó universal, menos intensa, pero diaria, empeoraba con el decúbito, no cedía con la administración de analgésicos habituales y se acompañaba de vómitos. Se asoció sensación de entumecimiento de miembros superiores.

Datos positivos al examen físico

Examen fundoscópico: Papiledema bilateral.

Exámenes complementarios realizados

Hemoquímica: Dentro de parámetros normales.

Radiografía de cráneo: Aumento de las impresiones digitiformes. No otras alteraciones óseas.

Angioresonancia craneal: Lesión isointensa con ligera hiperintensidad periférica en secuencias T1 Y T2, y ligeramente hipertensa en secuencia de FLAIR de 2 cm de diámetro en la porción antero-superior del tercer ventrículo vecina al agujero de Monro que provoca obstrucción y marcada dilatación de ambos ventrículos laterales. Borramiento de circunvoluciones por hipertensión intracraneal. En técnica de angioresonancia se visualizaron bien los vasos del polígono, con apariencia y posición normal.

Evolución

Los síntomas mejoraron con tratamiento médico para la hipertensión intracraneal. Se realizó tratamiento quirúrgico (resección endoscópica del quiste) con sistema derivativo del LCR, sin complicaciones y excelente evolución clínica. (Figuras 1, 2,3)



Figura. 1. RM FLAIR Corte Axial. A) Área hiperintensa adyacente a la pared ventricular en relación a migración transependimaria. B) Dilatación ventricular. C) Lesión esférica hiperintensa en tercer ventrículo.

DISCUSIÓN

Aunque congénitos, los quistes nunca se declaran clínicamente por sí mismos hasta la edad adulta. La presentación familiar es infrecuente.^(3, 7,8) El mayor número de casos aparece entre la tercera y quinta década de la vida y son extraordinariamente raros en la edad pediátrica.^(4,9) Respecto al sexo existen discrepancias entre los autores, pues algunos reportan una predilección en el sexo masculino,^(3, 4, 5,10) mientras otros no encuentran asociación.⁽¹⁾ La paciente



Figura. 2. RM T2 Corte Axial. A) Lesión en porción anterosuperior del tercer ventrículo, isointensa, heterogénea, que provoca obstrucción del LCR con marcada dilatación de ambos ventrículos laterales.



Figura. 3. RM T2 Corte Coronal. A) Imagen isointensa, heterogénea, en porción anterosuperior del tercer ventrículo, que provoca obstrucción del LCR con dilatación de ambos cuernos frontales de los ventrículos laterales.

representa un caso poco diagnosticado que surgió hacia el final de la adolescencia.

Debe sospecharse en pacientes con cefaleas bifrontales o bioccipitales intermitentes graves. Es característico, aunque no muy común, la presentación de cefalea "posicional," asociada a náuseas y/o vómitos (cuando el quiste es pediculado obstruye de forma intermitente el agujero de Monro, actuando como un mecanismo de válvula, el paciente logra sentir alivio de la cefalea al ponerse de pie). En otros casos se presenta como una cefalea de reciente comienzo con manifestaciones de hipertensión intracraneal, o como cefalalgia crónica, muchas veces interpretada como una cefalea vascular, o con crisis de cefalea y obnubilación mental. Otros síntomas pueden ser apraxia de la marcha, caídas repentinas sin pérdida del conocimiento, incontinencia, parestesias bilaterales, diplopía, visión mortecina y deterioro del estado cognoscitivo. Si bien la cefalea es un síntoma referido en aproximadamente 70 % de los casos, ^(1, 3,4) no es constante, pues el paciente puede mostrarse solo con síntomas de hidrocefalia y presión normal. Las crisis epilépticas no suelen ser formas de presentación, pero se han descritos casos en la literatura. ⁽¹⁰⁾

Los cambios sutiles de la conducta son frecuentes, se reporta confusión leve y cambios de la personalidad que puede llegar al extremo de la conducta psicótica en algunos pacientes. ⁽¹¹⁾ Ocasionalmente son causa de muerte súbita, al producirse la herniación de las amígdalas cerebelosas en el curso de una hidrocefalia aguda. ^(5,6)

Por lo general, se diagnostican cuando son evidentes los síntomas de hipertensión intracraneal secundaria a hidrocefalia obstructiva, aunque pueden permanecer asintomáticos y ser hallados incidentalmente. ⁽³⁾

Para su diagnóstico es necesaria la neuroimagen. Pueden emplearse los dos métodos, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN).

En la TAC, por lo general las imágenes son de aspecto redondeado, ligeramente hiperdensas, con respecto a la masa encefálica, aunque ocasionalmente pueden verse hipodensas o isodensas. Tras la administración de material de contraste con yodo, puede observarse un anillo delgado de reforzamiento, en relación con la cápsula del quiste. No es poco frecuente que solo se observe una hidrocefalia triventricular, con un tercer ventrículo particularmente dilatado en su porción anterosuperior, sin precisar lesión tumoral. ^(10,12)

La RMN, constituye el estudio ideal para el diagnóstico de esta afección. En ella más del 50 % de los quistes coloides son hiperintensos en las imágenes pesadas en T1; el resto son, o bien isointensos, o hipointensos con respecto al cerebro. En las imágenes pesadas en T2, la mayoría son hipointensos. Es válido señalar que los quistes isointensos pueden ser difíciles de identificar en las imágenes de RMN y pueden ser fácilmente visibles en los rastreos de TAC. ⁽¹²⁻¹⁴⁾

El diagnóstico diferencial se realiza con otros tumores que se encuentran en el tercer ventrículo, y que originan sobre todo síntomas obstructivos, fundamentalmente, ependimomas, meningiomas, hamartomas y craneofaringiomas. ^(1, 10,13)

El tratamiento se encaminó a eliminar los síntomas de hipertensión intracraneal, solucionar el bloqueo de LCR causado por la obstrucción foraminal y resecar la lesión. La cirugía endoscópica y las técnicas estereotáxicas aplicadas recientemente ofrecen una alternativa terapéutica superior a la resección quirúrgica convencional por año utilizado.⁽¹⁴⁾

Este caso enfatiza en la necesidad de un correcto interrogatorio a los pacientes con cefalea, la realización del fondo de ojo y la indicación oportuna de la neuroimagen ante la sospecha de una causa orgánica, sobre todo cuando se produce un cambio de la semiología. Permite un diagnóstico para tomar una conducta adecuada ante esta entidad potencialmente curable, para evitar el deterioro neurológico y la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roldán E, Hernández P, Elizalde I, Osorio S. Quiste coloide del tercer ventrículo: descripción de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Neurol*. 2003; 36(9): 833-6.
2. Humphries RL, Stone CK, Bowers RC. Colloid cyst: A case report and literature review of a rare but deadly condition. *J Emerg Med*. [serie en Internet]. 2008 [citado 20 Jul 2009]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T8B-4THB4DR-2&_user=10&_coverDate=09%2F23%2F2008&_alid=962668776&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5082&_docanchor=&view=c&_ct=1&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=cd6443a168ba9db4ce381f9f8cd84074
3. Bavi MS, Vahedi P. Familial colloid cyst of the third ventricle in non-twin sisters: Case report, review of the literature, controversies, and screening strategies. *Clin Neurol Neurosurg*. 2007; 109:597-601.
4. Spears RC. Colloid cyst headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2004; 8(4):297-300.
5. Shaktawat SS, Salman WD, Twaij Z, Al-Dawoud A. Unexpected death after headache due to a colloid cyst of the third ventricle. *World J Surg Oncol*. 2006; 4:47.
6. Skerbinjek M, Kavalari R, Strojnik T. A colloid cyst of the third ventricle -the cause of episodic headache and sudden unexpected death in an adolescent girl. *Wien Klin Wochenschr*. 2005; 117(23-24):837-40.
7. Partington MW, Bookalil AJ. Familial colloid cysts of the third ventricle. *Clin Genet*. 2004; 66:473-5.
8. Romani R, Niemela M, Korja M, Hernesniemi JA. Dizygotic twins with a colloid cyst of the third ventricle: case report. *Eurosurgery* [serie en Internet]. 2008 [citado 12 Jul 2009]; 63(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://journals.lww.com/neurosurgery/Abstract/2008/11000/Dizygotic_Twins_With_A_Colloid_Cyst_of_the_Third.25.aspx
9. Maqsood AA, Devi IB, Mohanty A, Chandramouli BA, Sastry KV. Third ventricular colloid cysts in children. *Pediatr Neurosurg*. 2006; 42:147-150.
10. Saravia GE, Ciales JL, Balhen C. Quiste Coloide del tercer ventrículo. *Gac Méd Méx*. 2004; 140(5): 563-564.
11. Hadley DM. Colloid cyst of the III ventricle. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; 72(Supl 2):ii15
12. Armao D, Castillo M, Chen H, Kwok L. Colloid cyst of the third ventricle: imaging-pathologic correlation *Am J Neuroradiol*. 2000; 21(8):1470-7
13. Urso JA, Ross GJ, Parker RK, Patrizi JD, Stewart B. Colloid cyst of the third ventricle: radiologic-pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr*. 1998; 22: 524-7
14. Maeder PP, Holtas SL, Basibuyuk LN, Salford LG, Tapper UA, Brun A. Colloid cysts of the third ventricle: correlation of MR and CT findings with histology and chemical analysis. *Am J Neuroradiol*. 1990; 11: 575-81.