

Astrocitoma de la médula espinal cervical en continuidad con hemangioblastoma del bulbo

JUAN E. OLVERA-RABIELA*
MARCO ANTONIO DURAN-PADILLA**

Mujer de 20 años, quien desde diez meses antes de su muerte manifestó dolor continuo e intenso en la nuca, que aumentaba con los movimientos de la cabeza. Cinco meses después de la aparición del dolor, se agregó debilidad de los miembros superiores, con afección mayor del derecho. Se quejó también de diaforesis profusa, que no se acompañó de hipertermia. Un mes antes de su ingreso notó debilidad en los miembros inferiores y dos semanas después constipación, incontinencia urinaria e incapacidad para deambular.

En la exploración no se encontraron alteraciones de las funciones cerebrales superiores. Se despertaba dolor intenso al movilizar la cabeza y tenía dificultad para elevar los hombros. Se detectó un nivel de anestesia a nivel de C 4 en el lado derecho y uno de hipoestesia a la altura de T 4 en el izquierdo. La propiocepción se encontró disminuida bilateralmente. Había cuadriparesia flácida, con déficit de 90 por ciento en el lado derecho y de 75 por ciento en el izquierdo. Se notó hiperreflexia muscular generalizada y clonus y Babinski derechos. Los refle-

jos cutáneo abdominales estaban abolidos y había distensión abdominal y globo vesical.

Los exámenes de laboratorio fueron normales, excepto por la existencia de bacteriuria. El líquido cerebro espinal fue límpido, xantocrómico, con cinco células (100% linfocitos), glucosa 76 mgdl, albúmina 1 g/dl, cloro 140 meq/L, Pandy y VDRL negativo. La mielografía reveló bloqueo completo, con nivel superior en C 2 e inferior en T 3.

Se practicó laminectomía de C 3 a C 6. La médula cervical se encontró ensanchada por un tumor que contenía una porción quística. Se efectuó punción en la que se obtuvo líquido amarillo claro. Se tomó un fragmento para biopsia, la cual fue informada como astrocitoma fibrilar con componente gemistocítico. No hubo cambio importante del volumen de la médula espinal después de la punción.

Nueve días después de la intervención quirúrgica ocurrió dificultad respiratoria y tres días antes de su muerte requirió ventilador mecánico. En el decimoquinto día del post operatorio aparecieron manifestaciones de bronconeumonía bilateral. Murió con un cuadro catalogado como de choque séptico.

Hallazgos de autopsia

Había bronconeumonía bilateral extensa. La médula espinal en todo su segmento cervical se en-

* Unidad de Patología, Hospital General de México, Secretaría de Salud.

** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

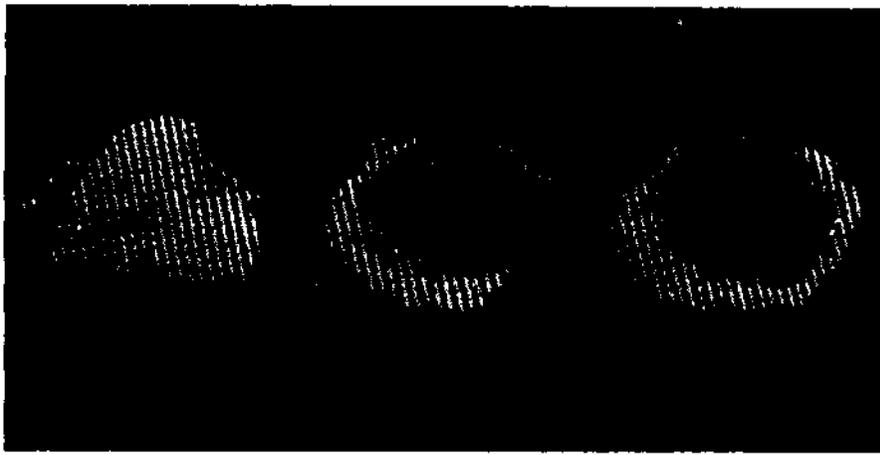


FIG. 1. Corde de la porción rostral del segmento cervical medular y de la porción caudal del bulbo raquídeo. La médula está infiltrada por un tumor gris blanquecino, lo que impide distinguir sustancia gris y blanca.



FIG. 2. Corte sagital del encéfalo, en el que se ve la gran extensión del tumor vascular en el bulbo raquídeo.

contró ensanchada, con pérdida de su contorno normal. Todo el segmento se notó infiltrado por un tumor gris blanquecino homogéneo, sin hipervascularización, con una porción quística pequeña de C 3 a C 6. Esta parte quística se encontraba parcialmente colapsada y contenía material coloide, amarillo. En múltiples cortes y en el estudio microscópico se descartó que se tratara de una cavidad siringomiélica. El aspecto de la superficie de corte del primer segmento cervical contrastaba con el de la porción caudal del bulbo raquídeo, ya que en este había además otro proceso neoplásico diferente, con gran vascularización.

El examen microscópico de los bloques de la médula espinal y del bulbo confirmaron la existencia de un astrocitoma, con malla fibrilar muy aparente

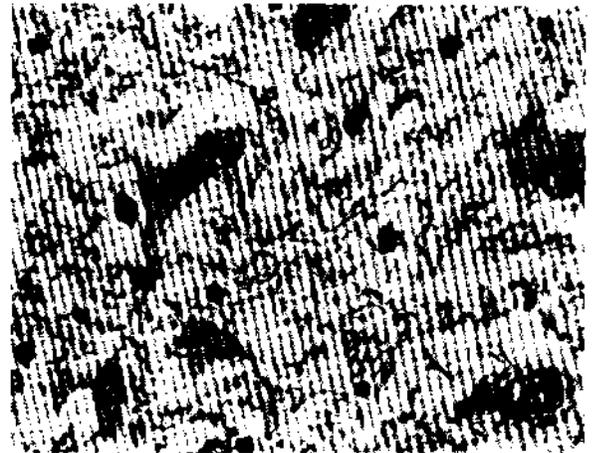


FIG. 3. Astrocitos neoplásicos de tipo gemistocítico entre una malla fibrilar abundante. H. E. 400 X.



FIG. 4. Hemangioblastoma del bulbo, con vasos neoplásicos pequeños, entre los que hay pocas células estromales con citoplasma claro. H. E. 250 X.

y astrocitos neoplásicos sin anaplasia importante, muchos de ellos de tipo gemistocítico. El tumor del bulbo era un hemangioblastoma con un número moderado de células estromales claras. Ambas neoplasias se encontraban en continuidad, es decir sin separación por estructuras normales de la médula o bulbo.

Discusión

Los astrocitomas son más comunes que los ependimomas en el segmento cervical de la médula espinal, pero deben, a pesar de esto, ser considerados como tumores raros.¹⁻⁴

El hemangioblastoma es un tumor de gran interés para el neurocirujano por su curabilidad cuando se encuentra en el cerebelo. En este caso obviamente no hubiera sido posible su tratamiento quirúrgico. Para el patólogo el interés radica en su morfología característica y su histogénesis controvertida. Para el genetista, el tumor es fascinante por su asociación con otras anomalías en varios órganos y para el mé-

dico en general, porque algunos de estos tumores estimulan la eritropoyesis.

En la literatura al alcance de los autores, no se encontró mención de la asociación de astrocitoma de la médula cervical con hemangioblastoma del bulbo.

Referencias

1. BURGER PC; VOGEL FS: *Surgical pathology of the nervous system and its coverings*, 2a. ed. New York, John Wiley and Sons, 1982. p 386.
2. RUSSELL DS; RUBINSTEIN LJ.: *Pathology of tumours of the nervous system*. London, Edwards Arnold (Publishers) Ltd, 1977. p 116.
3. SLOOFF JL; KERNOHAN JW; MACCARTHY CS: *Primary intramedullary tumors of the spinal cord and filum terminale*. Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1964.
4. WEBB JH; CRAIG W McK; KERNOHAN JW.: *Intraspinal neoplasms of the cervical region*. J Neurosurg, 1953; 10: 360.