Coordinador: Manuel Cardoso-Ramón

Quiste Coloide del tercer ventrículo

Gustavo E. Saravia Rivera,* José Luis Criales,** Claudia Balhen Martín*

Resumen de Historia Clínica

Paciente de sexo masculino, de 33 años. Inició su padecimiento 3 días antes del estudio al sufrir crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, con duración aproximada de 1 minuto, este evento aconteció durante la noche mientras dormía, presentó un periodo postictal de 2 horas aproximadamente, con recuperación ad integrum.

Se realizaron estudios de tomografía computada (TC) y de resonancia magnética (RM) de cráneo para descartar origen orgánico, (Figuras 1 y 2).

Figura 1. TC de cráneo. A nivel del techo del tercer ventrículo se observa una masa ovalada de contornos nítidos, la cual mide aproximadamente 3 cm en su diámetro mayor (flecha), la lesión es isodensa en relación al parénquima cerebral y se asocia a dilatación de los ventrículos laterales.

Diagnóstico por imagen

Los quistes coloides corresponden al 2% de los tumores gliales de origen ependimario. Histológicamente están constituidos por células cilíndricas ciliadas que presentan secreción mucinosa (semejantes a la mucosa del aparato respiratorio) y por células escamosas, además poseen una fina cápsula fibrosa.

Derivados del endodermo, algunos quistes coloides son enteramente quísticos y otros tienen una composición heterogénea compuesta por hemorragia antigua, cristales de colesterol y varios iones.

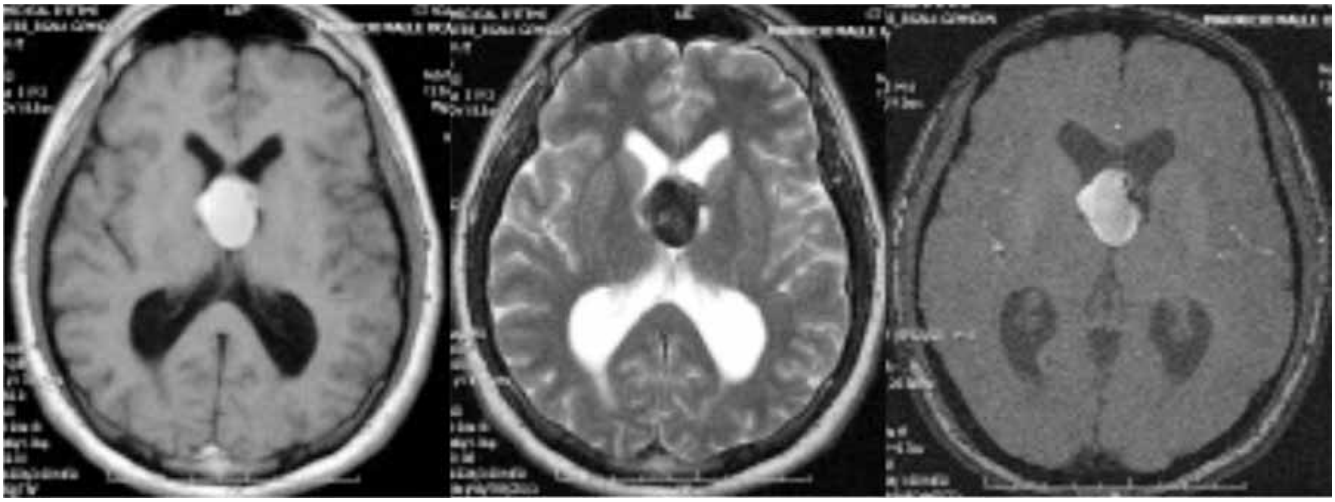
Los quistes coloides se presentan en adultos jóvenes (entre los 20 a 40 años); tienen predominio en varones. Son importantes por su tendencia a causar hidrocefalia aguda como consecuencia de obstrucción del foramen de Monro. La clásica sintomatología es de cefalalgia posicional (por obstrucción temporal del foramen de Monro debido a un mecanismo de válvula), producen también apraxia de la marcha, demencia o alteración del estado cognoscitivo (relacionado con el incremento de la presión intracraneal), a veces papiledema que puede ser una emergencia médica por herniación aguda. Ocasionalmente se han descrito eventos fatales.

Se localizan exclusivamente en la parte inferior del septum pellucidum protruyendo hacia la porción anterior del tercer ventrículo entre las columnas del fornix, son de tamaño variable y puede alcanzar un diámetro de hasta 3 cm.

Estos tumores son benignos y pueden extirparse totalmente en estadios tempranos, aunque se describe una alta mortalidad postquirúrgica debido a la dificultad del abordaje quirúrgico.

En TC se observan como masas esféricas iso/hiperdensas de bordes lisos, se asocian a erosión sillar. Su contenido es líquido similar al LCR en un 20 % (isodenso) o de contenido mucinoso en un 80% (hiperdenso). Pueden mostrar reforzamiento de su borde. Hay ensanchamiento del tercer ventrículo y ocasionalmente del septum pellucidum, (Figura 1).

** Residente de segundo año del Curso Universitario de Radiología e Imagen, Hospital Santa Fe. CT Scanner de México (UNAM).*
*** Centro de Diagnóstico CT Scanner de México.*
Correspondencia y solicitud de sobretiros: Centro de diagnóstico CT Scanner Puebla No. 228, Col. Roma C.P. 06700, México, D.F. Tel.: 5533-4101, e-mail.: ctscanner@prodigy.net.mx



Figuras 2a, 2b y 2c. RM de cráneo en plano axial, 2a) T1, 2b) T2 y 2c) FLAIR. Misma imagen ovalada hiperintensa en T1, con señal heterogénea en T2 predominantemente hipointensa. Con la secuencia FLAIR la lesión presentó las mismas características y después de la administración de gadolinio no se observó reforzamiento. Esta lesión produce desplazamiento de las venas cerebrales internas.

En RM son lesiones hiperintensas en T1 e hiperintensas en T2 en un 60% (relacionado con el contenido de proteínas y debido al efecto paramagnético del magnesio, cobre y hierro del quiste), (Figura 2).

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el meningioma, ependinoma del tercer ventrículo, con el papiloma del plexo coroideo, con el craniofaringioma y con el teratoma entre otros.

Referencias

1. **Dähnert W.** Radiology Review Manual, Lippincott Williams & Wilkins, Fifth edition, 2003;p:270.
2. **Brant WE. Helms CIA.**, Fundamentals of Diagnostic Radiology, Lippincott Williams & Wilkins, Second edition, 1999;p:139.
3. **Osborn A.** Neurorradiología diagnóstica, Harcourt Brace, 1998;p:642.
4. **Rodríguez J, Palacios E, Figueroa R.** Neurorradiología Cabeza y Cuello, Lippincott Williams & Wilkins, 1999;p:257.