

Tumor dermoide intracraneal roto: presentación de un caso

Maylín Ruiz-Valdés,^{a*} Bernardo Boleaga-Durán,^b Francisco Ramos-Sandoval,^c Elena Lenormand^c y José Luis Criales-Cortés^a

^aCT Scanner del Sur; ^bCT Scanner de México; ^cHospital Santa Fé, México D.F., México

Resumen de historia clínica

Paciente del sexo femenino de 47 años con historia de vértigo de aparición súbita, de 3 días de evolución.

Hallazgos por imagen

En Tomografía Computada (TC), se observa una imagen con densidad de grasa, parasagital en la fosa craneal media izquierda, que se asocia a remodelamiento de la pared lateral del seno esfenoidal y del ala mayor del esfenoides (Figura 1).

Otras imágenes de similares características se observaron en el espacio subaracnoideo alrededor de las folias del hemisferio cerebeloso izquierdo, hacia el tentorio y supra-

tentorial tanto en los surcos de la convexidad de ambos lados como en ambas astas frontales de los ventrículos laterales.

En Resonancia Magnética (RM) dichas imágenes muestran señal de intensidad de grasa en todas las secuencias, corroborándolo en la secuencia de supresión grasa. Además, se observa discreto rechazamiento medial de la porción cavernosa de la arteria carótida interna izquierda (Figura 2). Posterior a la administración de contraste endovenoso (gadolinio) no hubo reforzamientos patológicos.

Evolución

La paciente fue llevada a cirugía para reseca la lesión localizada en la fosa craneal media izquierda. El estudio de

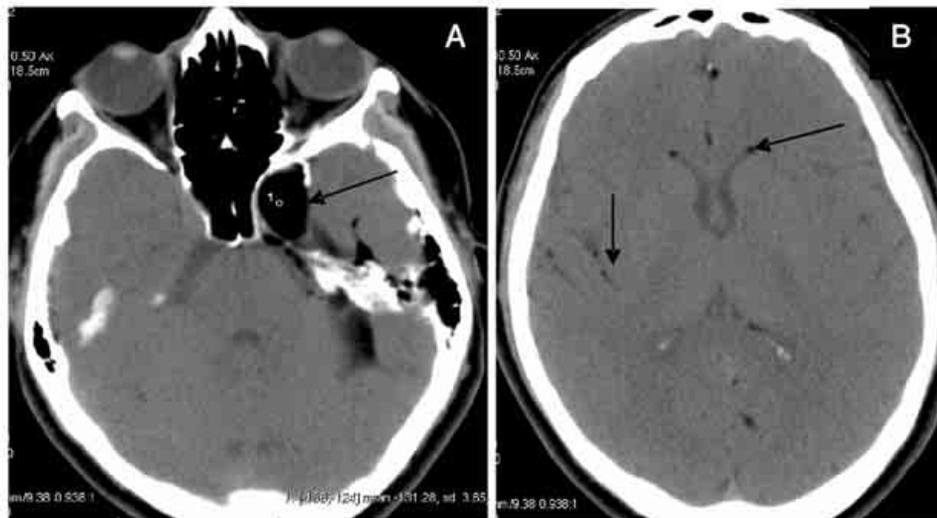


Figura 1. TC de cráneo. (A) Imagen ovalada de contornos nítidos con densidad de grasa (-131 U.H.) parasagital en la fosa craneal media izquierda, asociada a remodelamiento del ala mayor del esfenoides y de la pared lateral del seno esfenoidal, la cual (B) se disemina al espacio subaracnoideo y a las astas frontales de los ventrículos laterales (flechas).

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Maylín Ruiz-Valdés, CT Scanner del Sur, Rafael Checa 3, México, D.F. Tel: 5481-1980

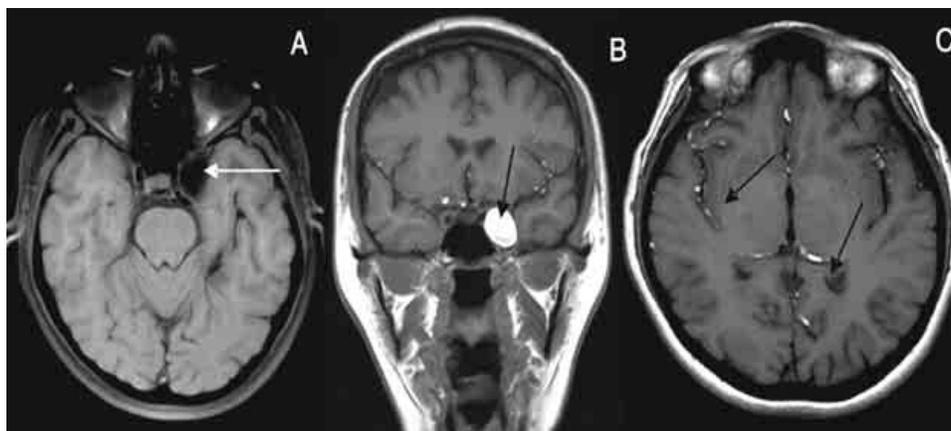


Figura 2. Imágenes de RM. Lesión ovoidea hipointensa en la secuencia axial T1 con supresión grasa (A). Imagen coronal T1 (B) que demuestra el discreto rechazamiento sobre la porción cavernosa de la arteria carótida interna izquierda. Imagen axial T1 (C) que demuestra su extensión al espacio subaracnoideo (flechas).

anatomía patológica concluyó que se trataba de un quiste epidérmico de inclusión (tumor dermoide).

Discusión

Los tumores dermoides son lesiones de tipo tumoral no neoplásicas, congénitas y de lento crecimiento.¹ Derivan del tejido ectodérmico embrionario y por lo tanto son de inclusión ectodérmica. Son lesiones raras que representan entre el 0.04 y 0.6% de los tumores intracraneales.²

Usualmente se presentan en la niñez y son más comunes en los varones.² Se localizan generalmente en la línea media o parasagitales en el cráneo, aunque su localización más común es el canal espinal. En el cráneo la fosa posterior es el sitio más frecuente,³ seguido por las regiones sillar y parasillar, y subfrontal, aunque se ha descrito su origen intraventricular en las cisternas de la tela coroidea.

Los pacientes se vuelven sintomáticos en la tercera edad. Los síntomas más frecuentes son las convulsiones y las cefalalgias. Aumentan de tamaño por descamación epitelial y secreción glandular. La ruptura del tumor puede ser asintomática o dar lugar a meningitis química recurrente⁴ por derrame de su contenido al espacio subaracnoideo y al

sistema ventricular, manifestándose con convulsiones, vasoespasmos con infarto cerebral y muerte. Debido a su contenido ectodérmico, en la TC se observarán como masas hipodensas y bien delimitadas, pueden tener calcificaciones. Raramente pueden aparecer hiperdensos.⁵ En la RM muestran hiperintensidad en las secuencias obtenidas en T1 debido a su contenido de grasa que consiste en triglicéridos y ácidos grasos insaturados⁴ y señal variable en T2, ocasionalmente con un nivel líquido-grasa. Los tumores dermoides rotos tienen gotas de grasa en el espacio subaracnoideo y nivel líquido-grasa intraventricular en la porción superior anterior.³

Referencias

1. **Osborn AG.** *Neurorradiología Diagnóstica.* Harcourt y Brace 1998, pág. 633-636.
2. **FitzPatrick MR, Tartaglino LE, Hollander MC, Zimmerman RF, Flanders AN.** Imaging of sellar and parasellar pathology. *Radiol Clin of North Am.* 1999;37:101-121.
3. **Atlas SW.** *MRI of the Brain and Spine on CD-Rom.* Cap. 11. Extra-axial Brain Tumors. Maldevelopmental Cystics and Tumors.
4. **Coyle PJ.** Overview of acute and chronic meningitis. *Neurologic Clinics,* 1999;17:691-710.
5. **Drolshagen LF, Standefer MS.** Dense dermoid cyst of the posterior fossa. *Am J Neuroradiol* 1991;12:317.