

Mujer de 20 años con cefalea persistente

A 20-year-old woman with unremitting headache

Una mujer de 20 años consulta en urgencias extrahospitalarias por cefalea bifrontal de 5 días de evolución, sin náuseas ni vómitos, que no cede con analgesia, le despierta de noche e impide su actividad diaria normal. Está afebril, normotensa y sin alteraciones en la exploración neurológica. No refiere antecedentes de interés ni hábitos tóxicos.

Es remitida al hospital y se completan estudios de neuroimagen. La TAC craneal mostró una masa hiperdensa en III Ventriculo (Figura 1), que se confirma isointensa en resonancia en T1 sin contraste (Figura 2) e hiperintensa con gadolinio (Figura 3). Tras tratamiento esteroideo se realizó craneotomía y exéresis total del tumor supraselar. La anatomía patológica confirma células tumorales de aspecto epitelioide con inmunohistoquímica específica: positividad intensa y difusa para la GFAP (en el 100% de los casos publicados), CD34 y vimentina, con tinción débil para EMA.

El glioma cordoide es un tumor raro, descrito por primera vez por Brat y cols¹ en 1998; desde entonces se han descrito 58 casos, incluido el actual, siendo todavía un escaso número para sacar conclusiones definitivas en cuanto a su epidemiología, clínica, tratamiento y pronóstico. La OMS lo incluye en el apartado "Otros Tumores Neuroepiteliales" y lo considera como glioma grado II de malignidad. A pesar de su bajo potencial maligno, es importante considerar la elevada morbi-mortalidad postquirúrgica y elevadas tasas de resección incompleta².

Tiene predilección por el sexo femenino, entre los 30 y 60 años. Por su localización en el III Ventriculo, origina una gran riqueza sintomática: alteraciones visuales (defectos campimétricos, disminución agudeza visual), endocrinas (diabetes insípida, hipotiroidismo, amenorrea), alteraciones del comportamiento (psicosis, alteraciones de la memoria), aumento de peso e hidrocefalia.

El tratamiento aconsejado es la exéresis completa. Es necesario tener especial atención en el seguimiento postoperatorio de estos pacientes, por el alto riesgo de fenómenos tromboembólicos descritos, siendo la causa más frecuente de muerte el tromboembolismo pulmonar (TEP) que motiva el 42% de ellas³.

Nuestra paciente, después de un año de seguimiento, no presentó recidiva y evoluciona favorablemente.

Bibliografía

1. Brat DJ, Scheithauer BW, Staugatis SM, Cortez SC, Brecher K, Burger PC. Third ventricular chordoid glioma: a distinct clinicopathologic entity. *J Neuropathol Exp Neurol* 1998; 57:283-290.
2. Ferri Níguez B, Torroba Carón MA, Sola Pérez J, Piqueras Pérez C. Glioma cordoide del III ventriculo: descripción de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol* 2009; 42 (3):214-220.
3. Kobayashi T, Tsugawa T, Hashizume C, Arita N, Hatano H, Iwami K, Nakazato Y, Mori Y. Therapeutic Approach to Chordoid Glioma of the Third Ventricle. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2013; 53 :249-255.

Diagnóstico:

Glioma cordoide del tercer ventriculo

Antonio Jurjo Sieira¹, Sonia M^a Pardo Medín²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Sada (A Coruña)

²DUE. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Correspondencia: anjurjo@yahoo.es

Como citar este artículo: Jurjo Sieira A, Pardo Medín SM.

Mujer de 20 años con cefalea persistente. *Galicía Clin* 2014; 75 (3): 148

Recibido: 14/01/2014; Aceptado: 27/03/2014

Figura 1. TAC craneal sin contraste corte axial. Masa hiperdensa en III ventriculo

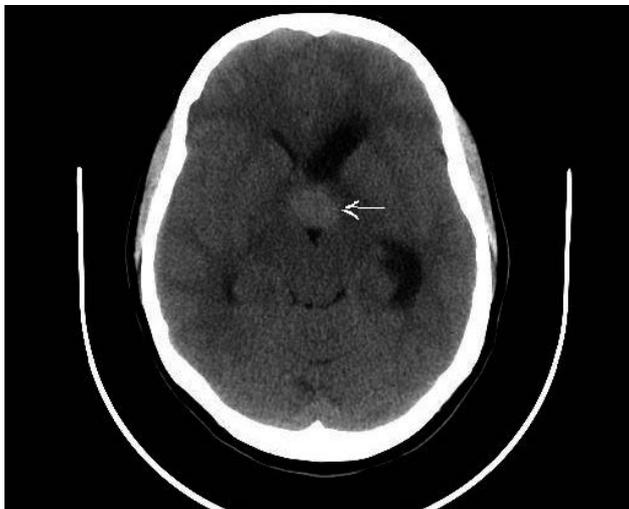


Figura 2. RNM sin contraste potenciada en T1 corte sagital. Tumoración sólida en porción anterior del III ventriculo (isointensidad del tumor con respecto al parénquima cerebral adyacente)

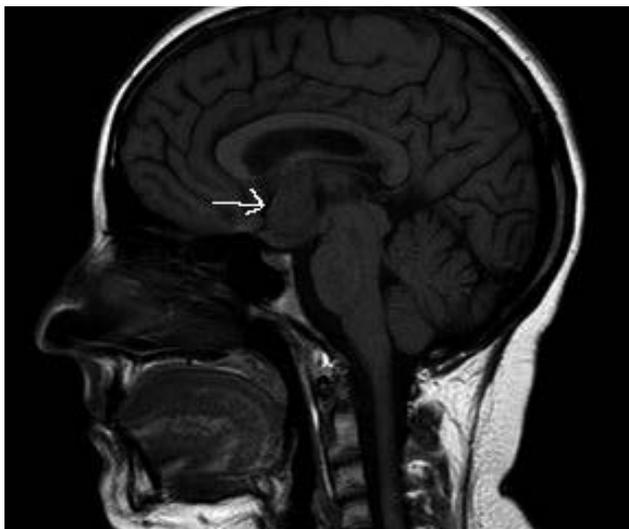


Figura 3. RNM con gadolinio potenciada en T1 corte axial. Hiperintensidad del tumor en III ventriculo.

