

PRESENTACIÓN DE CASO

Meduloblastoma en edad adulta: a propósito de un caso

Medulloblastoma in adult: A case report

Carmen Adela Brito Portuondo^I, Héctor Morejón Fernández^I, Rodolfo Izaguirre Rodríguez^I, José Grabiél Estrada Pablos^I, Jorge Luis González Pérez^{II†}.

I Especialista de I Grado en Medicina Interna. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II † Especialista de I y II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El meduloblastoma es la neoplasia maligna más frecuente del sistema nervioso central en la población pediátrica y el tumor primario más común de la fosa posterior en niños, pero relativamente inusual en pacientes adultos. A continuación se realiza una revisión del tema, partiendo de la presentación de un paciente masculino de 65 años al que se le realizó el diagnóstico de meduloblastoma.

Palabras clave: meduloblastoma.

ABSTRACT

Medulloblastoma is the most common malignancy of the central nervous system in the pediatric population, and the most common primary tumor of the posterior fossa in children, but it is infrequent in adults. A revision of the topic was conducted, based on a case presentation of a 65 year old male patient diagnosed with medulloblastoma.

Key words: medulloblastoma.

INTRODUCCIÓN

El meduloblastoma es un tumor embrionario maligno e invasivo del cerebelo, con máxima incidencia entre los 6 años y los 9 años y con un segundo pico de presentación entre los 20 años y los 24 años^(1,2). Su prevalencia es muy baja en la población adulta. Es un tumor con tendencia a la diseminación leptomeníngea, ependimaria o espinal, lo que tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas⁽³⁾. Aunque mucho menos común, la enfermedad también puede ocurrir en adultos entre la tercera y la cuarta décadas de la vida⁽⁴⁾.

DESARROLLO

Presentación de caso:

Motivo de ingreso: dificultad para hablar y pérdida del equilibrio.

Paciente masculino de 65 años de edad, piel blanca, con antecedentes de buena salud, que un mes antes de su ingreso comenzó con dificultad para hablar que fue aumentando progresivamente. Presentaba cefalea que aparecía en cualquier horario del día con predominio de hemicráneo izquierdo y que cedía con la administración de dipirona que empeoraba con los episodios de tos y los esfuerzos físicos, acompañada de mareos, refirió pérdida del equilibrio, náuseas muy frecuentes, casi constantes, en ocasiones vómitos inesperados, súbitos y explosivos luego de la ingestión de alimentos. Se atendió en su área de salud donde se diagnosticó un proceso cerebral.

Tenía tratamiento anterior con albendazol: 1 tableta cada 12 horas por 15 días por la sospecha de una cisticercosis.

Como datos positivos al examen físico se encontraron.

Sistema respiratorio: expansibilidad torácica, vibraciones vocales y murmullo vesicular disminuidos globalmente. Sonoridad pulmonar aumentada.

Sistema nervioso: lenguaje tropeloso. Marcha atáxica con ampliación de la base de sustentación. Romberg negativo. Dismetría en índice-nariz. Nistagmo horizontal a la extrema mirada izquierda. Voz monótona, silabeada que recordaba la voz escandida.

Evolución de la enfermedad.

26/10/11: se diagnostica una trombosis venosa profunda iliofemoral.

6/11/11: hemiparesia del lado derecho a predominio faciobraquial en relación con infarto cerebral frontoparietal izquierdo.

8/11/11: síndrome de condensación inflamatoria de aparición intrahospitalaria por pseudomona aeruginosa.

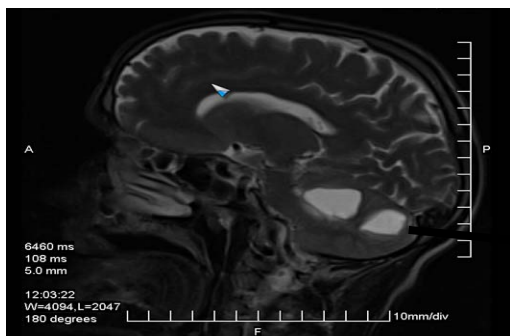
14/11/11: síndrome de sufrimiento de tallo cerebral.

2/12/11: úlceras por presión en región sacra y glútea. Desnutrición.

6/12/11: fallece el paciente a las 5:30 am.

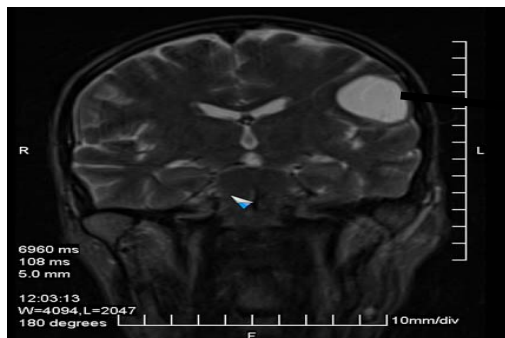
Exámenes complementarios.

16/9/11: resonancia magnética nuclear. Las figuras 1 y 2 muestran lesiones hipohiperintensas de contornos bien definidos con discreto edema, midiendo la de localización parietal izquierda 2 mm x 8 mm x 28 mm no ofreciendo efecto de masa sobre la línea media. Hay otras dos lesiones de iguales características en el hemisferio cerebeloso derecho de 35 mm x 21 mm x 7 mm de diámetro, que producen efecto de masa sobre la línea media a este nivel, obliterando parcialmente el IV ventrículo con rectificación del contorno posterior de la protuberancia del lado derecho. Todas las lesiones presentan aspecto quístico con densidad similar al LCR, debiéndose tener en cuenta procesos infecciosos. .



Lesión Cerebelosa

Figura 1. Vista Sagital de Resonancia Magnética.



Lesión Parietal

Figura 2. Vista Coronal de Resonancia Magnética.

27/9/11: tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada de cráneo.

TAC simple: se observan signos de atrofia cortical cerebral; imágenes hipodensas de densidad que oscilan entre 10 UH-25 UH en hemisferio cerebeloso derecho y próximas al vermix que cruzan hacia el otro hemisferio. Existe otra imagen en región parietal izquierda de iguales características con pared de mayor densidad.

TAC contrastada: las lesiones en su interior no captan contraste, solo capta el halo que lo rodea.

18/10/11: tomografía axial computarizada de cráneo. Se observa lesión hipodensa en región parietal izquierda de 34 mm x 29 mm con densidad de 22 UH, existiendo otras imágenes hipodensas en hemisferio cerebeloso derecho de 29 UH y 28 UH, que deforman el IV ventrículo comprimiendo y desplazándolo. Todas las lesiones tienen componente quístico.

6/11/11: tomografía axial computarizada de cráneo: ligera área hipodensa en forma triangular en región frontoparietal izquierda que pudiera sugerir área del infarto cerebral.

DISCUSIÓN

El meduloblastoma es un tumor neuroectodérmico primitivo infratentorial que en la infancia se localiza en la línea media, a la altura del vermis cerebeloso y en edades más avanzadas tiende a localizarse en los hemisferios cerebelosos⁽³⁾. Se presenta más frecuentemente en el sexo masculino.

La mayoría de los pacientes tienen síntomas por menos de tres meses, lo que refleja su agresividad y la cefalea y el vómito se presentan como los hallazgos más comunes. Otros signos habituales son: el papiledema, el nistagmus, la ataxia y la diadocoquinesia, mientras las convulsiones son raras⁽⁵⁾.

La presentación en la edad adulta muestra lesiones que tienden a ser mal definidas, localizadas en la periferia de los hemisferios cerebelosos, con áreas de baja densidad en tomografía⁽⁶⁾. En la evolución de este paciente existió una disociación clínico-imagenológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navajas A, Fernandez-Teijeiro A. Embryonic tumours of the central nervous system. The CNS Tumours Working Group of the Spanish Society of Pediatric Oncology. Clin Transl Oncol. 2005;7(3):219-27.
2. Padovani L, Sunyach MP, Perol D. Common strategy for adult and pediatric medulloblastoma: A multicenter series of 253 adults. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;68:433-40.
3. Chitra S, Prabal D, Mehar S. Medulloblastoma: New directions in risk stratification. Neurol India. 2006;54:16-23.
4. Giordana M, Schiffer P, Lanotte M. Epidemiology in adult medulloblastoma. Int J Cancer. 1999;80:689-92.
5. Malheiros SM, Franco CM, Stavale JN. Medulloblastoma in adults: a series from Brazil. J Neuro Oncol. 2002;60(3):247-53.
6. Koeller K, Rushing E. Medulloblastoma: a comprehensive review with radiologic pathologic correlation. Radiographics. 2003;23:1613-37.

Recibido: 4 de enero de 2015

Aceptado: 6 de marzo de 2015

Dra. Carmen Brito Portuondo. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 y 11 B, Siboney. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: reinap@infomed.sld.cu