



160/975 - Inestabilidad en la marcha y tumor fosa posterior en población infantil

A.B. Bárcena Atalaya^a, J. Gómez Rubio^b, J.D. Moreno Macías^c, M.M. Carricondo Avivar^d, E.M. Ortega Hidalgo^e y M.R. Martos Castello^f

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^bMédico Residente 5º año Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla. ^cMédico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^dMédico Residente 3º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^eMédico Residente 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^fMédico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 18 meses que acude a urgencias de centro de salud por presentar caída accidental con traumatismo a nivel occipital sin pérdida de conocimiento; tras despertar de la siesta, presenta 3 episodios eméticos, refiriendo los padres que se tocaba la cabeza con las manos. En su historia cabe destacar marcha torpe desde el inicio de la deambulación, aún no filiada, pendiente de finalizar desarrollo motor para iniciar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Tendencia al sueño. Mínimamente reactivo. Marcha conservada. Fontanela mínimamente tensa. Cefalohematoma occipital. Se deriva a Urgencias hospitalarias para realizar TAC craneal por sospecha de Traumatismo Craneoencefálico grado I con posible complicación hemorrágica. en el cual se objetiva una tumoración hiperdensa, redondeada, bien delimitada 39,8 × 30 x 38 mm, con áreas hipodensas en su interior, situada a nivel de la línea media de fosa posterior que produce una dilatación de tercer ventrículo, ventrículos laterales y probablemente compresión del cuarto ventrículo, todo ello en relación con tumor de fosa posterior. Se contacta con Pediatría, y posteriormente con Neurocirugía, derivándose a hospital de referencia donde se realiza resección completa de la neoplasia, con secuelas posquirúrgicas consistentes en síndrome de fosa posterior, paresia de adducción de cuerdas vocales, paresia de VI par craneal bilateral, paresia facial central, requiriendo traqueostomía con ventilación espontánea y gastrostomía percutánea con nutrición enteral.

Juicio clínico: Tumor fosa posterior: meduloblastoma clásico del lactante.

Diagnóstico diferencial: Otros tumores de fosa posterior: endimoma. Astrocitoma cerebeloso.

Comentario final: El paciente ha presentado desde el inicio del desarrollo motor inestabilidad de la marcha, definiéndola los familiares como marcha torpe, siendo uno de los síntomas característicos (entre otros) de los tumores de fosa posterior, probablemente agravado por el traumatismo craneoencefálico sufrido por el paciente. Los tumores primarios del sistema nervioso central constituyen el 20% del total de las neoplasias infantiles, y es la segunda causa de muerte infantil

más frecuente; los tumores de fosa posterior representan en la población pediátrica el 48% del total, siendo el meduloblastoma, el astrocitoma cerebeloso, el ependimoma y los gliomas del tronco cerebral el 95% de los mismos. El meduloblastoma surge en la región del cuarto ventrículo en aproximadamente 80% de los niños, y la mayor parte de la sintomatología temprana se relaciona con la obstrucción del LCR y la hidrocefalia resultante: aparición abrupta de dolores de cabeza, emesis, letargo, inestabilidad de la marcha, nistagmo y papiledema. En lactantes suele manifestarse como retraso psicomotor (como puede ser en nuestro caso, ya que desde el inicio de la marcha ésta era torpe), letargo inespecífico, pérdida de los hitos del desarrollo, dificultades en la alimentación. De este 80%, el 20% no presentará hidrocefalia en el momento del diagnóstico (como ocurre en nuestro caso), siendo más probable la aparición de síntomas relacionados con deficiencias cerebelosas (dismetría unilateral, inestabilidad, parálisis del sexto par craneal ipsilateral). El pronóstico depende de la prontitud con la que se detecte el tumor. Por ello, como médicos de familia que frecuentemente atendemos a población infantil debemos conocer esta patología, y reconocerla de forma temprana para mejorar su pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villarejo F, Martínez Lage JF. Tumores cerebrales en niños. *Pediatr Integral*. 2011;XVI(6):475-86.
2. Cano Muñoz I, Enríquez Caballero DNC. Tumores de fosa posterior en pacientes pediátricos y su correlación clínica, radiológica y anatomopatológica. *Anales de Radiología México*. 2010;4:185-205.
3. Sierrasesumaga L. Tumores sólidos más frecuentes en la infancia. *An Pediatr Contin*. 2004;2:153-62.