

- Bannister R, editores. Autonomic failure. A textbook of clinical disorders of the autonomic nervous system. fourth ed New York: Oxford University Press; 1999. p. 307–17.
8. Kaufmann H. Primary autonomic failure: three clinical presentations of one disease? *Ann Intern Med.* 2000;133:382–4.
  9. Benarroch EE, Smithson IL, Low PA, Parisi JE. Depletion of catecholaminergic neurons of the rostral ventrolateral medulla in multiple systems atrophy with autonomic failure. *Ann Neurol.* 1998;43:156–63.
  10. Minguez-Castellanos A, Chamorro CE, Escamilla-Sevilla F, Ortega-Moreno A, Rebollo AC, Gomez-Rio M, et al. Do alpha-synuclein aggregates in autonomic plexuses predate Lewy body disorders?: a cohort study. *Neurology.* 2007;68:2012–8.
  11. Benarroch EE, Schmeichel AM, Parisi JE. Involvement of the ventrolateral medulla in parkinsonism with autonomic failure. *Neurology.* 2000;54:963–8.
  12. Miyamoto T, Miyamoto M, Inoue Y, Usui Y, Suzuki K, Hirata K. Reduced cardiac I-MIBG scintigraphy in idiopathic REM sleep behavior disorder. *Neurology.* 2006;67:2236–8.
  13. Fantini ML, Postuma RB, Montplaisir J, Ferini-Strambi L. Olfactory deficit in idiopathic rapid eye movements sleep behavior disorder. *Brain Res Bull.* 2006;70:386–90.
  14. Shishido T, Ikemura M, Obi T, Yamazaki K, Terada T, Sugiura A, et al. alpha-synuclein accumulation in skin nerve fibers revealed by skin biopsy in pure autonomic failure. *Neurology.* 2010;74:608–10.
  15. Iranzo A, Lomena F, Stockner H, Valldeoriola F, Vilaseca I, Salamero M, et al. Decreased striatal dopamine transporter uptake and substantia nigra hyperechogenicity as risk markers of synucleinopathy in patients with idiopathic rapid-eye-movement sleep behaviour disorder: a prospective study [corrected]. *Lancet Neurol.* 2010;9:1070–7.
- B. Tijero\*, J.C. Gómez-Esteban, K. Berganzo y J.J. Zarranz  
*Servicio de Neurología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Bilbao, España*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [beatriz.tijero@hotmail.com](mailto:beatriz.tijero@hotmail.com)  
 (B. Tijero).
- doi:10.1016/j.nrl.2011.03.015

## Comentarios a la carta al editor publicada por Martínez-Lapiscina et al: «Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo caloso: causa o hallazgo»

### Comments on the published Letter to the Editor by Martínez-Lapiscina et al: «Epileptic seizure and lipoma of the corpus callosum: cause or finding»

*Sr. Editor:*

Hemos leído con gran interés el reciente artículo publicado por Martínez-Lapiscina et al «Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo caloso: causa o hallazgo»<sup>1</sup>. Como los autores ponen de manifiesto, «los lipomas intracraneales pueden ser causa de crisis epilépticas y el correcto diagnóstico tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas».

Hace algunos años publicamos un caso de lipoma del cuerpo caloso en un varón de 42 años que falleció súbitamente por broncoaspiración alimentaria como consecuencia de una crisis epiléptica mientras estaba cenando. El estudio neuropatológico puso de manifiesto dos lipomas curvilíneos situados en la parte superior de la rodilla del cuerpo caloso (2,5 x 0,7 cm y 1,5 x 0,5 cm, respectivamente), constituidos por tejido adiposo maduro y muy bien vascularizados, no asociados a anomalías en el desarrollo del cuerpo caloso<sup>2</sup>.

Llama la atención que nuestro paciente había presentado dos crisis epilépticas previas, a los 28 y 40 años, por lo que se le practicó electroencefalograma, tomografía computarizada y resonancia magnética que evidenciaron «grasa en el cerebro», según refirió la familia ya que no tuvimos acceso a la historia clínica. El paciente no recibía tratamiento anticomicial al considerar que no existía indicación clínica. Este extremo fue confirmado por la negatividad del análisis químico-toxicológico realizado.

Recientemente, hemos tenido otro caso de lipoma de cuerpo caloso como hallazgo incidental en la autopsia de una mujer de 41 años fallecida súbitamente por patología digestiva. Se trataba de un lipoma túbulo-nodular de 2 x 4 cm, de localización interhemisférica, situado en la parte anterior del cuerpo caloso, no asociado a disgenesias de éste ni a otras anomalías de la migración neuronal (fig. 1). La paciente no había presentado crisis epilépticas, pero presentaba antecedentes de cefalea y leve retraso psicomotor. Por otro lado, la facies era algo tosca con prominencia frontal e implantación baja de las orejas lo que sugiere algún defecto en el desarrollo de la línea media, como han puesto de manifiesto otros autores<sup>3-5</sup>.

Los lipomas intracraneales son malformaciones congénitas infrecuentes que representan solo el 0,03-0,08% de todas las masas intracraneales<sup>2,3</sup>. En los últimos 6 años y



**Figura 1** Corte coronal del cerebro en fresco a nivel de los núcleos de la base. Se observa lipoma interhemisférico situado en la parte anterior del cuerpo caloso.

medio, hemos practicado en nuestro servicio un total de 6.011 autopsias judiciales y tan solo hemos encontrado los dos casos expuestos de lipomas del cuerpo caloso, lo que representa una incidencia del 0,03%.

Coincidimos completamente con la opinión expresada por los autores al señalar que los lipomas intracraneales pueden ser causa de crisis epilépticas, por lo que debe considerarse la mayor prevalencia de lipomas en la población epiléptica. Por otro lado, el tratamiento anticomicial puede ser necesario en estos casos, sobre todo en los pacientes sintomáticos.

Finalmente, consideramos que, además de diagnosticar la causa de la muerte, el patólogo forense tiene la obligación de explicar los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, las posibles etiologías y los factores de riesgo implicados en ella. Esta es la filosofía que tratamos de aplicar en nuestro trabajo diario.

## Bibliografía

- Martinez-Lapiscina EH, Moreno García MP, Bujanda Alegría M. Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo caloso: causa o hallazgo. *Neurología*. 2010;25:331–7.
- Lucena J, Barrero E, Salguero M, Rico A, Blanco M, Marín R, et al. Lipoma del cuerpo caloso con crisis convulsiva que ocasiona broncoaspiración alimentaria mortal. *Cuad Med Forense*. 2004;37:59-63. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn37/atlas.pdf>.
- Gómez-Gosálvez FA, Menor-Serrano F, Téllez de Meneses-Lorenzo M, Aleu Pérez-Gramunt M, Sala-Sánchez AG, Rubio-Soriano A, et al. Lipomas intracraneales en pediatría: Estudio retrospectivo de 20 pacientes. *Rev Neurol*. 2003;37:515–21.
- Alzoum MA, Alorainy IA, Husain MA, Ruhaimi KA. Múltiples pericallosal lipomas in two siblings with frontonasal dysplasia. *Am J Neuroradiol*. 2002;23:730–1.
- Flores-Barragan JM, Del Real-Francia MA, Gallardo-Alcañiz MJ. Lipoma del cuerpo caloso. *Rev Neurol*. 2008;47:380.

J.S. Lucena Romero\*, M. Santos Rodríguez, A. Rico García, R. Marín Andrés y M.R. Blanco Rodríguez

*Servicio de Patología Forense, Instituto de Medicina Legal, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [joaquin.lucena@gmail.com](mailto:joaquin.lucena@gmail.com) (J.S. Lucena Romero).

doi:10.1016/j.nrl.2010.09.031

## Respuesta a la carta al editor de Lucena Romero et al en relación con el artículo «Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo caloso: causa o hallazgo»

### Reply to the letter to the editor by Lucena Romero et al on the article "Epileptic seizure and lipoma of corpus callosum: cause or incidental finding"

*Sr. Editor:*

Agradecemos a los Dr. Lucena et al su interés por la revisión «Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo caloso: causa o hallazgo», en la que han aportado su experiencia respecto a los lipomas intracraneales. Con estas líneas querríamos aclarar algunos de los comentarios realizados.

La incidencia reportada por los autores (I = 0,03%) es similar a la comunicada previamente por otros autores en los casos de autopsia<sup>1</sup>.

Los autores describen dos casos clínicos con hallazgo de lipoma de cuerpo caloso en la línea media. En el primero<sup>2</sup>, se expone el caso de un paciente que falleció por broncoaspiración tras un episodio de crisis epiléptica generalizada tónico-clónica. En la historia se recoge que el paciente presentó dos episodios previos de crisis epilépticas, por lo que se inició un estudio etiológico que apuntó a la existencia de lipoma intracraneal («grasa en la cabeza»), que se confirmó en la autopsia con el hallazgo de dos lipomas situados en la rodilla del cuerpo caloso. Los lipomas intracraneales pueden ser causa de crisis epilépticas. La pre-

valencia de los lipomas en población epiléptica es mayor que en la población general<sup>3</sup>. Por este motivo, el hallazgo de un lipoma intracraneal en pacientes epilépticos no indica necesariamente una asociación causal, sino que debe invitarnos a considerar otras posibles etiologías y a realizar un estudio para evaluar si existe una adecuada correlación entre la localización de la masa y las características clínico-electroencefalográficas de las crisis epilépticas que nos permita asegurar una asociación causal<sup>3</sup>. Según apuntan los autores, no se pudo acceder a los resultados de las pruebas complementarias (en especial electroencefalograma) ni tampoco se aportó información sobre la semiología de las crisis epilépticas (¿primariamente generalizada o focal con generalización secundaria?); por lo que en este caso, la asociación entre los lipomas y las crisis epilépticas debe de ser tomada con especial precaución, no pudiéndose asegurar que los lipomas sean un factor causal. En el segundo de los pacientes, no se recoge historia de crisis epilépticas pero sí de cefalea y de retraso psicomotor así como rasgos fenotípicos propios de una malformación congénita. Como apuntábamos, la cefalea es el síntoma más frecuentemente comunicado en asociación con los lipomas del cuerpo caloso en adultos<sup>4</sup>; mientras que el retraso psicomotor, lo es en niños<sup>5</sup>. Estamos de acuerdo con los autores en que en este segundo caso, la presencia del lipoma de cuerpo caloso pudiera estar en el contexto de una malformación congénita de línea media.

En conclusión, los lipomas intracraneales pueden considerarse causa de crisis epiléptica siempre que existiendo una adecuada correlación entre la localización de la masa y las características clínico-electroencefalográficas de las crisis epilépticas se hayan excluido además otras etiologías alternativas.