



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Imagen del mes

Glioma bitalámico, una presentación atípica de un tumor cerebral



Bilateral thalamic glioma: An atypical presentation of a brain tumor

Julieta Rosales^{a,*}, Guido Dorman^a, Maira Avalle^a, Matías Dorman^b, Martín Merenzon^b y Raúl Rey^a

^a División Neurología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

^b División Neurocirugía, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Introducción

Los tumores talámicos (TT) comprenden el 1-5% de los tumores cerebrales, siendo en su mayoría astrocitomas unilaterales. A pesar de su naturaleza benigna y su lento crecimiento, alcanzan un gran tamaño y presentan una evolución desfavorable. Su compromiso bilateral es aún más infrecuente. Son más prevalentes en niños y adolescentes que en adultos, en quienes se asocian con un mayor grado de malignidad.

Existen 2 teorías acerca de su origen. La primera sugiere un inicio unilateral y un compromiso contralateral a través de la comisura intertalámica. La segunda, que habría un compromiso bitalámico simultáneo secundario a la progresión de células tumorales subependimarias adyacentes al tercer ventrículo.

Clínicamente suelen asociarse a disfunción cognitiva, cambios del comportamiento, apatía, labilidad emocional y una característica ausencia de focalidad sensitivo-motora, la cual sí suele estar presente en tumores unilaterales.

Dada su localización, tales síntomas podrían ser secundarios a hipertensión endocraneana (HTE) o hidrocefalia, pero dicha sintomatología suele estar presente sin la coexistencia de los mismos.

Por lo antedicho, se considera a los TT bilaterales como un subgrupo de TT, dada la característica disociación clínico-radiológica y la ausencia de síntomas sensitivo-motores.

El sustrato anatómico de la demencia y los cambios de personalidad radican en el compromiso del núcleo dorsomediano y sus proyecciones al lóbulo temporal y frontal. Los trastornos mnémicos, el compromiso del núcleo anterior del tálamo y tractos mamilotalámicos y la disfunción frontal serían secundarios a la afectación de los núcleos intralaminares y de su proyección a la corteza prefrontal.

Radiológicamente se presentan con compromiso exclusivo de la sustancia gris, sin extensión a la sustancia blanca. En la resonancia magnética (RM) se presentan como una lesión homogénea, expansivo-infiltrativa, hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y FLAIR, sin realce ni efecto de masa. En la espectroscopia presentan un aumento de pico de colina (Cho) y creatina (Cr) (pico de creatina mayor a colina) y descenso del n-acetilaspártato (NAA)¹.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante biopsia estereotáctica, quizás la única intervención quirúrgica, junto con la derivación de líquido cefalorraquídeo en caso de hidrocefalia, que tiene lugar dentro de este cuadro.

El tratamiento se basa en radioterapia y quimioterapia, con resultados escasos, siendo una patología de pronóstico ominoso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julietarosales1987@gmail.com (J. Rosales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.01.003>

1853-0028/© 2016 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

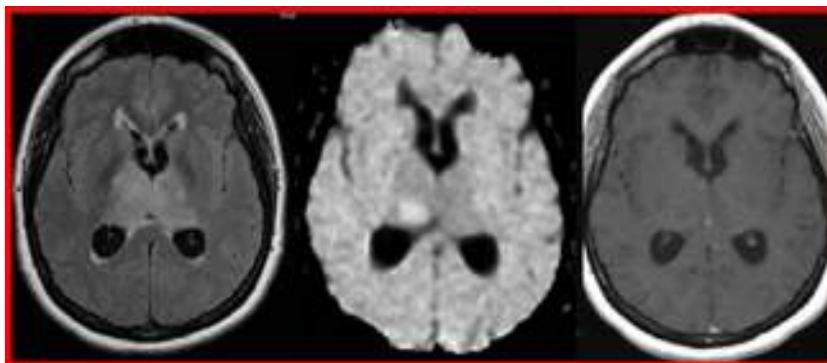


Figura 1 – RM de encéfalo (FLAIR, DWI, T1 con contraste). Se observa lesión expansiva, infiltrante, bitalámica, con extensión a la mesencefálica que determina efecto de masa y comprime el III ventrículo, generando dilatación de los ventrículos laterales y edema transependimario. Dicha imagen es hiperintensa en secuencia FLAIR con restricción en DWI en tálamo derecho. En T1 con contraste es isointensa, con el parénquima encefálico sin realce con gadolinio.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, que comienza con un cuadro de trastornos mnémicos y apatía de 2 meses de evolución, agregando en el último mes cefalea bifrontal, opresiva, progresiva que llega a intensidad 9/10, asociada a náuseas, vómitos, edema de papila bilateral y diplopía secundaria a paresia del VI par bilateral, el cual se interpreta como HTE.

Se realizó laboratorio completo, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y serología para virus de la inmunodeficiencia humana no reactivas. *mini mental state examination* (MMSE) 20/30. *montreal cognitive assessment* (MOCA) 10/20. Se realizó RM de encéfalo que evidenció una lesión infiltrativa bitalámica con extensión a mesencefalo, isointensa en T1, hiperintensa en T2 y FLAIR, sin realce con gadolinio, compatible con un proceso proliferativo (ver [Figura 1](#)).

En la espectroscopia por RM con boxel, en el tálamo derecho se observó un descenso de NAA y aumento del pico de Cho y Cr. Se realizó una biopsia estereotáxica de la lesión, arribando al diagnóstico de oligodendroglioma infiltrante, siendo este el primer reporte de tumor bitalámico de esta histología.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estève F, Grand S, Rubin C, Hoffmann D, Pasquier D, Graveron-Demilly D, et al. MR Spectroscopy of Bilateral Thalamic Gliomas. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20:876-81.