

Tumores de tronco cerebral en la población pediátrica

F.J. Villarejo; M.P. Ferrara; J.M. Belinchón; L. Madero*; B. Rivero; F. Cordobés; A. Pascual; C. Pérez-Díaz e I. de Prada**

Servicios de Neurocirugía, Oncología* y Anatomía Patológica**. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Resumen

Presentamos una serie de tumores de tronco cerebral diagnosticados y tratados en nuestro centro durante un período de 18 años. Se han revisado un total de 42 pacientes entre los años 1982 y 2006; 36 de ellos fueron intervenidos, realizándose una resección parcial en la mayoría de los casos.

Los tumores de tronco cerebral suponen una rara entidad patológica con muy mal pronóstico. En la mayoría de los casos no resulta posible una resección completa de la lesión, por lo que el principal objetivo de la cirugía es la reducción de masa tumoral y la descompresión. El mejor pronóstico se obtiene en los tumores de bajo grado de malignidad con mínimo déficit neurológico. La mayoría de estos tumores provocan la muerte en un breve período, habitualmente un año o menos desde el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Tumores de tronco cerebral. Clasificación de los tumores de tronco. Tumores pediátricos. Hidrocefalia. Resonancia magnética.

Brain-stem tumors in children

Summary

We report a large series of brain-stem tumors seen during 18 years of at our hospital. We diagnosed and treated a total of 42 patients between 1988 and 2006; 36 of them were operated with partial resection in most cases.

Brain-stem tumors constitute a rare condition with very bad prognosis. A surgical complete resection of the mass is not possible in most cases, so the principal surgical objective is reduction and descompression. The best prognosis is seen in patients with low grade tumors with minimal neurologic deficit. Most of these tumors cause death in a short period, usually one year or less.

Recibido: 17-08-07. Aceptado: 02-05-08

key words: Brain-stem tumors. Classification of brainstem neoplasms. Pediatric tumors. Hydrocephalus. MRI.

Introducción

El término tumor de tronco cerebral no describe a un solo tipo de tumor, sino a una variedad de neoplasias de origen glial que aparecen en el tronco encefálico, así como algunas lesiones benignas del tipo de las malformaciones vasculares.

Los tumores del tronco cerebral suponen un 10-25% de los tumores del sistema nervioso en el niño, y un 20 al 25% de los tumores infratentoriales. La media de edad al diagnóstico fue de 7 a 9 años, sin clara predilección por ningún sexo. En la mayoría de los casos, la historia natural de la enfermedad conlleva un desenlace fatal, con una mediana de supervivencia de 4 a 15 meses. Una supervivencia a los 5 años fue observada en un 30% de los pacientes¹⁻³.

Anteriormente, los tumores de tronco suponían una entidad considerada de difícil tratamiento y de pronóstico fatal en la mayoría de casos. A lo largo de esta última década este concepto ha evolucionado como resultado de los grandes avances en técnicas de imagen, con la microcirugía y con la comprensión de su comportamiento biológico⁵.

En 1985, Epstein formuló una clasificación basada en el patrón de crecimiento observado en los estudios de resonancia magnética (RMN), que ha sido la empleada en este estudio para clasificar los resultados obtenidos. Dicha clasificación divide las lesiones en focales, difusas y cervicobulbares. Se consideran focales, las lesiones circunscriptas de menos de 2 cm. de diámetro sin edema asociado. Un tumor difuso es aquél con un gran componente hipodenso con o sin lesión focal. Los tumores cervicobulbares comprometen los dos tercios inferiores del bulbo y los segmentos rostrales de la médula espinal⁷. Poco más tarde, Hoffman describió la categoría de tumores dorsales exofíticos, los cuales tenían su origen dorsalmente en el bulbo, pero que presentaban un crecimiento exofítico hacia el cuarto ventrículo¹². Barkovich, posteriormente, utilizó la clasificación de Epstein para describir una nueva manera de categorizar los tumores según los hallazgos de RMN³.

El presente trabajo analiza retrospectivamente una serie de 42 casos de tumores de tronco tratados en nuestro centro, incluyendo su diagnóstico anatomopatológico, clasificación y evolución posterior.

Material y métodos

Para el estudio se revisaron 42 casos atendidos en el servicio de Neurocirugía del Hospital Niño Jesús entre los años 1988 y 2006, de los cuales 20 fueron niños y 22 niñas. La media de edad de los pacientes fue 6,36 años, con un rango entre los 3 meses y los 12 años. Todos los pacientes, excepto seis, fueron intervenidos quirúrgicamente obteniendo así un diagnóstico anatomopatológico posterior.

Resultados

Signos y sintomatología

La sintomatología de inicio más frecuente encontrada fueron los vómitos, cefalea, paresia de extremidades y alteraciones de la marcha. Los signos más frecuentes fueron cerebelosos y de afectación de pares craneales (Tabla 1). Debe mencionarse que el 98% de los casos presentaban un cuadro de hidrocefalia asociada

Localización de las lesiones

La localización más frecuente, según el estudio por RMN, fue en el bulbo con 19 casos (45%), seguido de la protuberancia con 12 casos (30%) y del mesencéfalo con 11 casos (25%).

Utilizando la clasificación de Epstein los resultados fueron: 20 lesiones difusas, 13 focales, 7 dorsales exofíticas y ninguno cervicobulbar (Tabla 2).

Anatomía patológica

Los resultados anatomopatológicos predominantes fueron: astrocitoma grado I 11 casos, grado II 4 casos, grado III 4 casos y grado IV 16 casos y además, un caso de malformación vascular de protuberancia. El resto de los casos corresponde a pacientes no intervenidos ni biopsiados, salvo dos casos en los que se perdió el seguimiento por realizar interconsulta con otro centro.

Evolución

Para conocer la evolución de los pacientes a largo plazo fue necesario contactar con los familiares o con el paciente. De todos los casos estudiados, los pacientes con diagnóstico de astrocitoma grado I (11 casos) continúan vivos entre 1 y 17 años después de la intervención. Los pacientes con

Tabla 1
Sintomatología

Vómitos	16 (38 %)
Cefalea	13 (31%)
Paresia extremidades	10 (24 %)
Inestabilidad marcha	9 (21%)
Ataxia	7 (16%)
Lateralización cuello	7 (16%)
Diplopia	7 (16%)
Desviación comisura labial	6 (14%)
Disimetría	5 (12%)
Somnolencia	2 (5%)
Nistagmo	2 (5 %)
Disfagia	2 (5%)
Disartria	2 (5%)
Hipotonía	2 (5%)
Paresia pares craneales	2 (5%)
Cervicobraquialgia	1 (2%)
Fotofobia	1 (2%)
Temblor	1 (2%)
Hipoacusia	1 (2%)
Estrabismo	1 (2%)

Tabla 2
Clasificación según Epstein

Tumor difuso	50%
Tumor Focal	32,5%
Tumor exofítico	17,5%

gliomas de grado II o superior no sobreviven en ningún caso; la media de supervivencia fue de 9,8 meses desde el diagnóstico.

Discusión

El gran cambio en la última década con respecto a este tema ha sido que el pronóstico de los pacientes portadores de tumores de tronco cerebral depende de su localización y de su patrón de crecimiento⁹. El gran aporte de la RMN fue

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071525>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071525>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)