



ARTÍCULO BREVE

Condroma intracraneal que involucra al ángulo pontocerebeloso: un reto diagnóstico



Francisco Javier Velasco-Albendea^{a,*}, María del Mar Berenguel-Ibáñez^a, Manuel Ruz-Legaza^a, Miriam Fernández-Gómez^b y Antonio Huete-Allut^c

^a Unidad Funcional de Anatomía Patológica, UGC de Biotecnología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^b UGC de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

^c UGC de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

Recibido el 14 de junio de 2015; aceptado el 4 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Condroma intracraneal;
Ángulo pontocerebeloso;
Hallazgos patológicos

KEYWORDS

Intracranial chondroma;
Cerebellopontine angle;
Pathological findings

Resumen El condroma intracraneal es un tumor cartilaginoso benigno inusual con una incidencia inferior al 1% de todos los tumores primarios intracraneales. El origen de los condromas intracraneales no se ha establecido definitivamente. Rara vez se detectan en el ángulo pontocerebeloso. Describimos un nuevo caso de condroma del ángulo pontocerebeloso que clínica y radiológicamente se diagnosticó como schwannoma. Aunque el estudio histopatológico sigue siendo el «gold standard» para el diagnóstico definitivo, es importante que neurólogos, radiólogos y neurocirujanos conozcan esta entidad para realizar el diagnóstico diferencial y tratamiento apropiados.

© 2015 Sociedad Española de Anatomía Patológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intracranial chondroma involving the cerebellopontine angle: A diagnostic challenge

Abstract Intracranial chondroma is a rare, benign, cartilaginous tumour accounting for less than 1% of all primary intracranial tumours and with an uncertain origin. Very few cases have been reported involving the cerebellopontine angle. We describe a new case of cerebellopontine angle chondroma which was clinically and radiologically diagnosed as schwannoma. Although histopathological examination is the gold standard for definitive diagnosis, it is important that neurologists, radiologists and neurosurgeons are aware of this entity for correct differential diagnosis and treatment.

© 2015 Sociedad Española de Anatomía Patológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjalbendea@gmail.com (F.J. Velasco-Albendea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2015.08.004>

1699-8855/© 2015 Sociedad Española de Anatomía Patológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El condroma de partes blandas o «extraesquelético» es muy raro que afecte estructuras intracraneales, constituyendo entre un 0,2-0,3% de todos los tumores intracraneales, con muy pocos casos descritos en la literatura con relación al ángulo pontocerebeloso (PC)/base del cráneo¹⁻⁸.

Los condromas son tumores benignos de márgenes circunscritos, integrados por lóbulos de cartílago hialino maduro que pueden mostrar cambios mixoides, calcificación y osificación endocondral. Los condrocitos son típicos con escaso pleomorfismo, rara binucleación y con baja actividad de mitosis^{1,7-9}.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer un nuevo caso de condroma del ángulo PC en un varón de 44 años que por su localización, presentación clínica, estudios de neuroimagen, e incluso por la apariencia macroscópica durante la intervención neuroquirúrgica era prácticamente indistinguible de un schwannoma del v par.

Descripción de caso

Varón de 44 años que presentaba clínica de 8 meses de duración de ataxia, visión borrosa, disfonía y hemiparesia

derecha con piramidalismo de inicio insidioso y progresivo, lo que hizo sospechar, al principio, una lesión troncoencefálica.

El estudio de TC de peñasco y base craneal axial con ventana ósea puso de manifiesto una lesión lítica en punta de peñasco (fig. 1A), que se extendía y agrandaba la fisura petrooccipital y el agujero rasgado anterior con cierto remodelado óseo (fig. 1B) y ligera esclerosis de márgenes. No se detectaron calcificaciones en la lesión.

El estudio de RM craneal demostraba una masa extraaxial sólida de 5 cm que ocupaba el ángulo PC derecho y la cisterna prepontina con extensión hacia cavum de Meckel y punta de peñasco, mostrando hiperintensidad en T2 (fig. 1C), hipointensidad en T1 (fig. 1D) y un realce heterogéneo con el contraste (fig. 1E). En secuencia CISS (fig 1F), se apreciaba con mayor detalle el ensanchamiento de las cisternas adyacentes a la tumoración y su localización en cavum de Meckel. El cuarto ventrículo estaba algo deformado, sin signos de hidrocefalia obstructiva.

Se realizó un abordaje quirúrgico presigmoideo que constató compromiso por el tumor del v par, y algo menos del VIII par, y se efectuó exéresis completa con control microscópico y monitorización neurofisiológica. En el estudio intraoperatorio histopatológico, coincidiendo con el carácter no agresivo del estudio de neuroimagen, se reconocía una

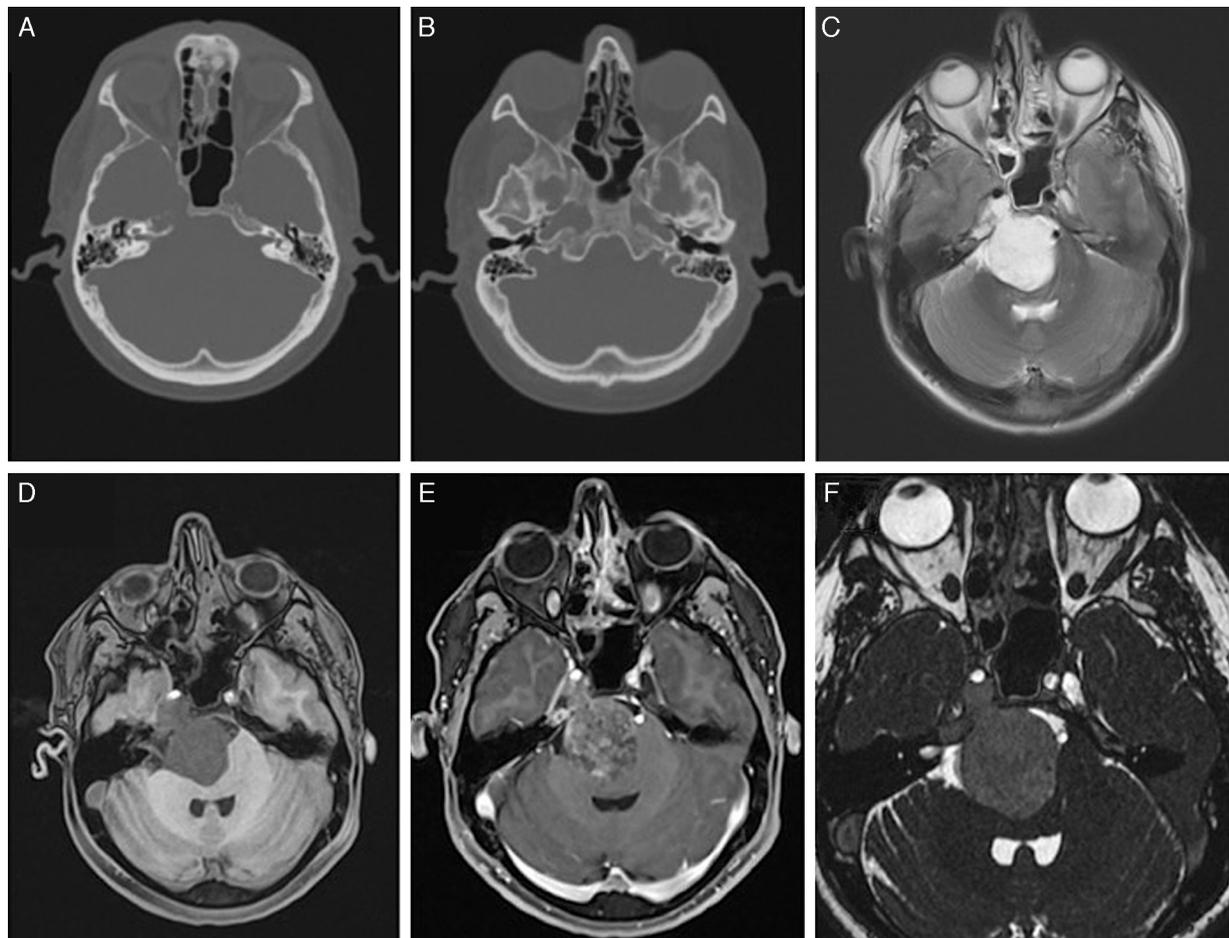


Figura 1 A) Lesión lítica en punta de peñasco (TC). B) Remodelado óseo (TC). C) Tumor del ángulo PC con hiperintensidad en T2 (RM). D) Hipointensidad en T1 (RM). E) Realce heterogéneo con el contraste (RM). F) Ensanchamiento de las cisternas adyacentes a la tumoración y su localización en cavum de Meckel, secuencia CISS (RM).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4137501>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4137501>

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