

Carcinoma de plexos coroideos de presentación extraventricular. Reporte de Caso.



Rev Guatem Cir Vol. 26 (2) - 2020

Luis Edvin Guerra-García,¹ Lizza Paz,² Eliú Carlos Hernández.³

¹Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, ²Departamento de Patología, Hospital General San Juan de Dios,

³Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt. Autor corresponsal: Luis Edvin Guerra-García, Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Móvil 54828022. Correo: 095war@gmail.com

RESUMEN

El carcinoma de plexos coroideos (CPC) es incluido en los tumores cerebrales primarios por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es infrecuente en la población general, constituyendo menos del 1% de todos los tumores cerebrales). Es una neoplasia maligna grado III según la OMS. Es más frecuente en la infancia (80%); en adultos su localización más frecuente es el cuarto ventrículo (63%). El presente caso es de una paciente de 59 años de edad con carcinoma de plexos coroideos de presentación extraventricular, con invasión a tejido cerebral y sin hidrocefalia.

Palabras clave: Carcinoma de plexos coroideos, tumores cerebrales, neoplasia.

ABSTRACT

Choroid plexus carcinoma of extraventricular presentation. Case report.

Choroidal plexus carcinoma (CPC) belongs to primary brain tumors. These malignant neoplasms are rare, especially in adults. It is classified by the World Health Organization (WHO) as grade III. In the total population it represents less than 1% of all brain tumors. It is more common in male patients. They are more frequent in childhood (80%); in adults its most frequent location is the fourth ventricle (63%). We present the case of a 59-year-old female patient with choroidal plexus carcinoma of extraventricular presentation, with invasion to brain tissue and without hydrocephalus.

Keywords: Choroidal plexus carcinoma, brain tumors, neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores cerebrales pertenecen a un grupo heterogéneo, dadas las diferentes líneas celulares que los originan.² La incidencia total de tumores cerebrales primarios corresponde a 21.42 por 100000 habitantes; de éstos, los tumores de plexos coroideos representan menos del 1% (0.3 – 0.6%), de los cuales sólo el 15 – 30% son malignos (carcinomas).¹

Perteneciendo a los tumores cerebrales primarios se encuentra el carcinoma de plexos coroideos, el cual es infrecuente. Es una neoplasia maligna grado III de la OMS. Ocurre más frecuentemente en la infancia (80%). Los ventrículos laterales (50%) son la localización más frecuente en la población pediátrica, seguido del cuarto ventrículo (40%) y del tercero (5%); mientras que el cuarto ventrículo (63%) es el sitio más común para adultos. También se han descrito ocasionalmente localizaciones ectópicas (intraparenquimatosa, supraselar, epidural, espinal). Es más frecuente en hombres que en mujeres (3:1). El 90% de los pacientes presentan hallazgo de hidrocefalia.⁶

Presentamos el caso de paciente con tumor de presentación extraventricular, que es una localización poco frecuente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de una mujer de 59 años, originaria y residente en ciudad de Guatemala, mestiza, ama de casa; quien presentó alteración del estado de consciencia de una hora de evolución y convulsión tónica de tres minutos antes de la admisión, precedido por seis meses de cefalea intensa (8/10), asociada a náuseas y mareos esporádicos. Antecedentes de hipertensión arterial diagnosticada hace 14 años, tratada con ibersartán 150mg/día; dislipidemia hace 5 años, tratada con estatinas; y evento cerebro-vascular hemorrágico hace 14 años, sin tratamiento quirúrgico. A la exploración física del ingreso, paciente alerta, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. 15 puntos según escala de coma de Glasgow; pupilas isocóricas y foto-reactivas; disminución de fuerza muscular en miembro inferior izquierdo 2/5. Reflejos osteo-tendinosos y sensibilidad periférica adecuada.

Se realiza una tomografía computarizada (TC) cerebral que mostró una masa ovalada de bordes definidos, hiperdensa en lóbulo parietal derecho, con probables calcificaciones de su pared, abundante edema perilesional y realce homogéneo tras la administración de contraste intravenoso. Sistema ventricular y cisternas conservan su morfología normal. Entre los diagnósticos diferen-

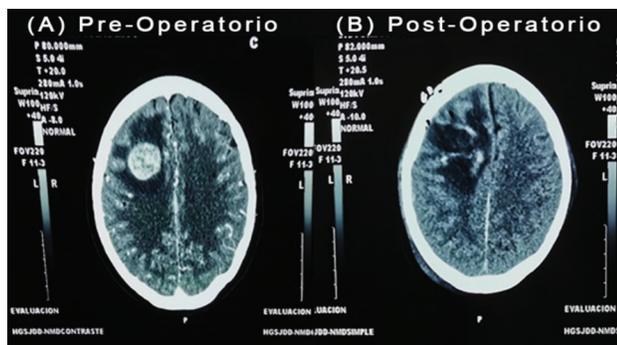


Figura 1. Pre-operatorio. TC cerebral con medio de contraste intravenoso evidencia masa ovalada de borde definido, hiperdensa en lóbulo parietal derecho. (B) Post-operatorio. TC cerebral se observa hemorragia intraparenquimatosa parietal del hemisferio derecho.

ciales de ingreso se considero un probable meningioma así como una lesión vascular. No se observó hidrocefalia ni desviación de línea media (Figura 1A). La resonancia magnética cerebral evidenció en región fronto-parietal derecha, a nivel de la cisura de Rolando imagen hipointensa en T1, de 30x27mm con edema alrededor, mostrando áreas sólidas y necróticas centrales y periféricas en el interior. Se consideró el diagnóstico de meningioma. Se realiza alfa-fetoproteína con valor en 25.10U/mL. Se realiza tomografía torácica y abdominal, las cuales no evidenciaron hallazgos patológicos.

Se considera candidata a tratamiento quirúrgico, es ingresada y llevada a sala de operaciones; en procedimiento quirúrgico, se encontró tumor intraaxial parietal derecho, color blanquecino, con calcificaciones en su interior, fácilmente aspirable, poco vascularizado, el cual fue resecaado en su totalidad. Se realiza TC cerebral postoperatoria evidenciando hematoma subdural fronto-temporal derecho, hemorragia intraparenquimatosa parietal de hemisferio derecho, edema citotóxico perilesional por la hemorragia intraparenquimatosa de hemisferio derecho, desviación de la línea media y neumocéfaloo frontal derecho (Figura 1B), por lo que es reintervenida quirúrgicamente, realizando drenaje de hematoma intraparenquimatoso.

Se finaliza el procedimiento sin complicaciones, y la paciente egresa con adecuada evolución. El diagnóstico histopatológico fue carcinoma de plexos coroideos (CIE-10 D33.1), debido a la presencia de carcinoma in situ en plexos coroideos y transición del carcinoma hacia parénquima cerebral del lóbulo parietal derecho; esta mostró plexos coroideos ventriculares con atipia nuclear, carcinoma in situ y continuidad con carcinoma invasivo, el cual se localiza a nivel de parénquima cerebral (Figura 2A y Figura 2B). La inmunohistoquímica reveló células neoplásicas positivas para pantoqueratina, y negativas para proteína ácida glial fibrilar.

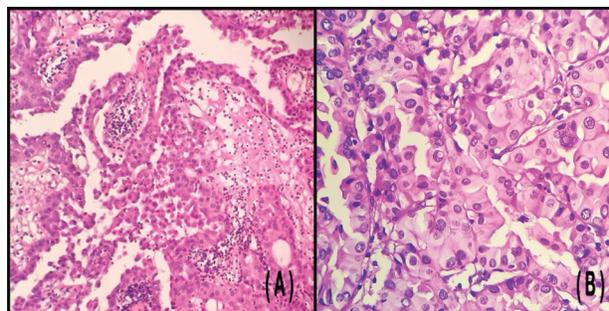


Figura 2. Fotomicrografías mostrando carcinoma de plexos coroideos, con componente in situ (A, 20x), e invasivo (B, 40x).

DISCUSIÓN

Los plexos coroideos son una continuación de la piamadre a nivel de los ventrículos, y son los encargados de la formación del líquido cefalorraquídeo. Las células del plexo coroideo raramente dan origen a neoplasias. La mayoría de neoplasias del plexo coroideo son benignas (papilomas del plexo coroideo), mientras que solo menos del 30% están constituidas por tumores malignos (carcinomas de plexos coroideos). Estos carcinomas ocurren más comúnmente en la población pediátrica. En adultos afectan más frecuentemente a hombres, y se localizan principalmente en el cuarto ventrículo.

Debido a su baja incidencia y a esta localización tan infrecuente su abordaje es complejo, y su tratamiento es desafiante, se recomienda el uso tanto de tomografía como resonancia magnética para una mejor caracterización, la mayor parte presenta una densidad heterogénea, y la resonancia puede presentar una imagen isointensa en T1, es importante descartar un probable origen metastásico, u otros tumores primarios del sistema nervioso central. Al no existir consensos sobre su manejo, se considera que la resección completa es la mejor modalidad terapéutica, siendo la hemorragia intraparenquimatosa y hematomas subdurales, algunas de las complicaciones más frecuentes, por la hipervascularización de estos tumores. En pacientes con tumor residual puede considerarse la asociación de quimioterapia y radioterapia, o la radiación como tratamiento adyuvante según las características del reporte de patología. Existe menos evidencia del beneficio del tratamiento sistémico.^{8,9} Algunos estudios consideran que el pronóstico se determina por las características del tumor: su localización (supra o infratentorial) e histopatología, y por la resección completa del tumor, mientras otros descartan la localización como factor relevante.^{9,10} Se ha llegado a estimar un 25-30% de supervivencia a 5

años con resección completa, y en la serie de casos de Menon et al, se reportó una sobrevida de 36 meses con una resección incompleta y hasta 58 meses con resección completa, agregando tratamiento adyuvante en ambos contextos.¹¹ Por lo que se considera la resección total como el factor que determinará con mayor impacto el pronóstico, debiéndose discutir de manera multidisciplinaria el uso de quimiorradiación adyuvante para mejorar el período libre de enfermedad y supervivencia global.

CONCLUSIÓN

El caso actual es interesante por la edad de presentación y su manifestación principalmente como masa intraparenquimatosa, sin causar hidrocefalia ni desviación de la línea media, pero en el estudio anatomopatológico se encontró la conexión del tumor intraparenquimatoso con plexos coroideos intraventriculares. Nuestra búsqueda de la literatura, en español e inglés, en PubMed, en la Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala y en Google Académico no reveló casos de carcinoma de plexos coroideos reportados en Guatemala, por eso la importancia de documentar y publicar para comprender más sobre su manejo y pronóstico, así como el abordaje multidisciplinario desde el inicio y el intento de una resección completa más valoración de tratamiento adyuvante para mejorar el pronóstico de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Azhani C, Chan KH, Fadli M, Saufi A (2017) Carcinoma de plexo coroideo: reporte de un caso y literatura. *Surg Rehabil* 1: DOI: 10.15761 / SRJ.1000108
2. Contreras, L. E. (2017). Epidemiología de tumores cerebrales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 332-338.
3. Mancha, U. (2020). Congreso de anatomía patológica (en línea). Conganat.org. Consultado 30 ene. 2020. Disponible en http://www.conganat.org/7congreso/trabajo.asp?id_trabajo=416
4. Mishra, A., Srivastava, C., Singh, SK, Chandra, A. y Ojha, BK (2012). Carcinoma de plexo coroideo: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista de neurociencias pediátricas*, 7 (1), 71-73. <https://doi.org/10.4103/1817-1745.97633>
5. Psicología y mente (2020). Plexos coroideos: anatomía, funciones y patologías (en línea). Consultado 27 ene. 2020. Disponible en <https://psicologiymente.com/neurociencias/plexos-coroideos>
6. Reyes-Velasco, E., Velázquez-Santana, H., Saldivar-Capetillo, C., Zambrano-Velarde, L. E., Arellano-Contreras, D., & Velázquez-Torres, J. O. (2017). Carcinoma de plexos coroides del III ventrículo en paciente adulto/Choroidal plexus carcinoma of the III ventricle in an adult patient. *Revista Médica MD*, 9(2), 191-194.
7. Villarejo, F., & Martínez, J. F. (2012). Tumores cerebrales en niños. *Lage Pediatr Integral*, 16(6), 475-486.
8. Wolff JE, Sajedi M, Brant R, Coppes MJ, Egeler RM (2002) Choroid plexus tumours. *Br J Cancer* 87: 1086-1091.
9. Gopal P, Parker JR, Debski R, Parker JC Jr (2008) Choroid plexus carcinoma. *Arch Pathol Lab Med* 132: 1350-1354.
10. Sampath S, Nitin G, Yasha TC, Chandramouli BA, Devi BI, et al. (2008) Does choroid plexus tumour differ with age? *Br J Neurosurg* 22: 373-388.
11. Menon G, Nair SN, Baldawa SS, Rao RB, Krishnakumar KP, Gopalakrishnan CV (2010) Choroid plexus tumor: An institutional series of 25 patients. *Neurol India* 58: 429-435.