

Niño de tres años de edad...

Rosa María Vicuña González,* Irene Rivera Salgado,* Alicia Rodríguez Velasco**

El ejercicio anatomoclínico tiene dos propósitos: primero, compartir casos que por sus aspectos clínico y anatomapatológico sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar una acervo que después podamos consultar.

En la primera parte, después de la presentación clínica y anatomapatológica del caso, se plantean enunciados que deberán responderse con dos opciones: V, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y F, falso, si por el contrario se considera erróneo dicho enunciado. En el anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados del ejercicio del número anterior, así como algunas "perlas" de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

PRIMERA PARTE

Niño de tres años de edad con cuadro clínico de 15 días de evolución, caracterizado por hemiparesia derecha y alteraciones de la marcha con lateropulsión a la derecha. En la RMN se observó una lesión diencefálica de aspecto sólido-quístico que producía hidrocefalia supratentorial.

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. _____ Los tumores del sistema nervioso central más frecuentes en los niños son: astrocitomas,

La segunda parte con las respuestas, breves comentarios y algunas lecturas recomendadas aparecerá en el siguiente número.
No olvide participar.

ependimonas, meduloblastoma y linfomas primarios del sistema nervioso central.

3. _____ Con esta imagen radiológica los diagnósticos a considerar son astrocitoma pilocítico, craneofaringioma y tumor germinal.

4. _____ Con la impronta puede incluir en el diagnóstico diferencial, astrocitoma, craneofaringioma y tumor germinal.

5. _____ De acuerdo con el diagnóstico, espera encontrar un marcador serológico elevado, como prolactina, alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario o fracción beta de la gonadotrofina coriónica

6. _____ Las estructuras eosinófilas amorfas corresponden a fibras de Rosenthal.

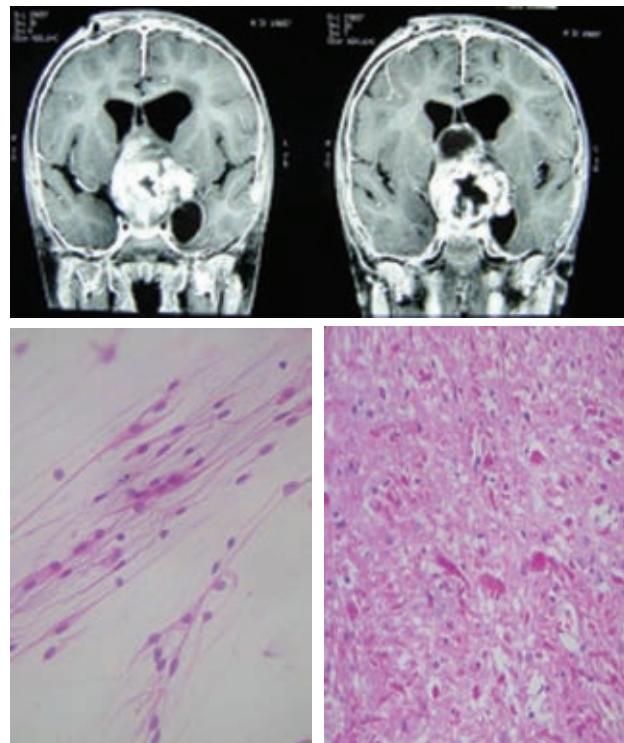


Figura 1. Las figuras de este artículo aparecen a color en el anexo 9 de este número.

* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX.

** Anatomopatóloga, Unidad Médica de Alta Especialidad, Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dra. Irene Rivera Salgado. Correo electrónico: mirivera@pemex.gob.mx

SEGUNDA PARTE DEL EJERCICIO DIAGNÓSTICO DEL NÚMERO ANTERIOR

1. Gliosarcoma. Neoplasia maligna, variante morfológica de los glioblastomas multiformes; hay dos variedades de esta neoplasia: el glioblastoma de células gigantes y el gliosarcoma. Como todos los glioblastomas, son neoplasias agresivas e histológicamente muestran atipia, anaplasia, proliferación vascular con hiperplasia de células endoteliales y necrosis. Se trata de tumores astrocíticos grado IV y la supervivencia promedio es de un año.

2. Verdadero. Conforme a diferentes casuísticas, los gliosarcomas constituyen sólo 2 a 8% de todos los glioblastomas multiformes.

3. Falso. Los glioblastomas multiformes se manifiestan principalmente en adultos, con mayor frecuencia entre 40 y 55 años de edad.

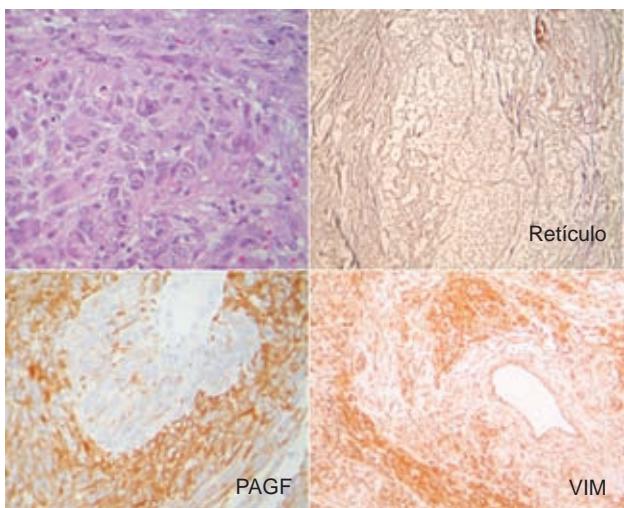


Figura 2.

4. Verdadero. Al igual que la mayor parte de las neoplasias primarias del sistema nervioso central, los glioblastomas multiformes tienden a crecer localmente, suelen afectar ambos hemisferios cerebrales pero las metástasis fuera del sistema nervioso central son extremadamente raras.

5. Falso. La inmunohistoquímica, aunque no es específica para este tipo de neoplasia, es muy útil porque permite confirmar la naturaleza glial de la neoplasia, positiva a la proteína ácida glio fibrilar, y separarla de otras neoplasias sarcomatosas. La tinción de retículo es útil para acentuar el patrón de crecimiento sarcomatoso de la neoplasia y evidencia que las fibras reticulares son escasas en las zonas gliales.

6. Verdadero. El fenotipo mesenquimal maligno en los gliosarcomas puede tener diferentes componentes como tejido óseo, condroide y rhabdomiomatoso maligno. Cualquiera de estos componentes es indispensable para establecer el diagnóstico; en ocasiones el componente sarcomatoso puede ser tan indiferenciado que debe hacerse el diagnóstico diferencial con histiocitoma fibroso maligno y fibrosarcoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Louis D, Ohgaki H. Classification of tumors of the central nervous system. Acta Neuropathol 2007;114:97-109.
2. Fletcher Ch. Diagnostic histopathology of tumors. 3rd ed. Vol. 2. Churchill Livingstone Elsevier, 2007;pp:1663-1667.
3. Buerger P, Scheithauer B. Surgical pathology of the nervous system and its coverings. 4th ed. Churchill Livingstone Elsevier, 180-198.