

Heterotopia neuroglial nasal en un recién nacido: comunicación de un caso clínico y revisión bibliográfica

Rigoberto Astorga del Toro,* Edgar René Peñaflor Arellano,** Miguel Alejandro Castañeda Gavilanes***

RESUMEN

Los gliomas nasales son tumoraciones benignas que ocurren en 1 de cada 30,000 nacidos vivos en Estados Unidos. Su localización puede ser: intranasal (30%), extranasal (60%) o combinada (10%). El glioma nasal es la forma más común de tejido cerebral heterotópico. Lo padecen hombres y mujeres. Casi siempre son anomalías aisladas, sin otras malformaciones congénitas concomitantes. En 15% de los casos puede existir una conexión fibrosa a través de la lámina cribiforme y el espacio intracraneal. Se comunica el caso clínico de una paciente de 30 días de nacida con una tumoración nasal que se le extirpó; el diagnóstico histopatológico fue de glioma nasal. Tres meses después de la extirpación su estado clínico era satisfactorio.

Palabras clave: glioma nasal, caso clínico, México.

ABSTRACT

Nasal glyomas are benign tumors which occur in one of 30,000 live newborns in the United States. They may be intranasal (30%), extranasal (60%) or a combination of both (10%). Nasal glyoma is the most frequent form of heterotopic cerebral tissue. It is seen in either sex. It is usually a single anomaly, i.e., no other associated congenital anomalies are present. A fibrous connection through the cribriform plate and the intracranial space may be present in 15% of the cases. We report the clinical case of a 30 day old baby girl who presented with a nasal tumor which was successfully removed. The pathological diagnosis was nasal glyoma. Three months postoperatively the patient is in good condition.

Key words: nasal glyoma, clinical case, Mexico.

Glioma es una tumoración del tejido glial cerebral que se localiza fuera de las estructuras óseas que resguardan el tejido cerebral. Puesto que la expresión “glioma heterotópico” no representa un padecimiento maligno o una neoplasia verdadera,¹⁻⁵ es mejor denominarlo heterotopia glial nasal.

El cuadro clínico habitual es de obstrucción nasal, con respiración oral y una tumoración en la línea media de la nariz.²

El diagnóstico se realiza con resonancia magnética y el patrón de referencia es el estudio histopatológico.⁶

El diagnóstico diferencial se establece con todas las tumoraciones congénitas de la cabeza localizadas en la línea media, donde se encuentran los quistes dermoides, encefaloceles y hemangiomas.

En la mayoría de los casos no se han reportado complicaciones, excepto en los que existe una conexión intracraneal que aumenta el riesgo de meningitis, trastorno que se manifiesta con el cuadro clínico tradicional.²

* Médico adscrito al servicio de otorrinolaringología.

** Residente de cuarto año.

*** Residente de segundo año de otorrinolaringología. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Miguel Alejandro Castañeda Gavilanes. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE. Servicio de otorrinolaringología. Av. Soledad Orozco 203, colonia El ca-

pullo, CP 45150, Zapopan, Jalisco, México.

E-mail: malejandrocg@gmail.com

Recibido: noviembre, 2007. Aceptado: enero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Astorga TR, Peñaflor AER, Castañeda GMA. Heterotopia neuroglial nasal en un recién nacido: comunicación de un caso clínico y revisión bibliográfica. Rev Esp Med Quir 2008;13(1):32-34.

La versión completa de este artículo también está disponible en:

El tratamiento es la escisión quirúrgica.

La rinoplastia abierta permite observar la tumoración en todo su tamaño y bajo visión directa cuáles estructuras están involucradas y mejora la estética del paciente.

La evolución sin tratamiento se manifiesta como incremento del tamaño del tumor que puede producir deformación facial y estigmas estéticos que, posteriormente, afectarán el desarrollo del paciente.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 15 días de nacida, que ingresó al departamento de pediatría debido a una tumoración en el dorso de la nariz, fija, de bordes bien definidos, positiva a la transiluminación, sin aumento de tamaño durante el llanto (figura 1). Se envió al departamento de otorrinolaringología para evaluación y tratamiento.



Figura 1. Tumoración en el dorso nasal.

La tomografía computarizada de los senos paranasales demostró la existencia de una tumoración de bordes regulares, en la porción nasal anterior (área II), de ca-

racterísticas homogéneas que no afectaba las estructuras adyacentes (figura 2).

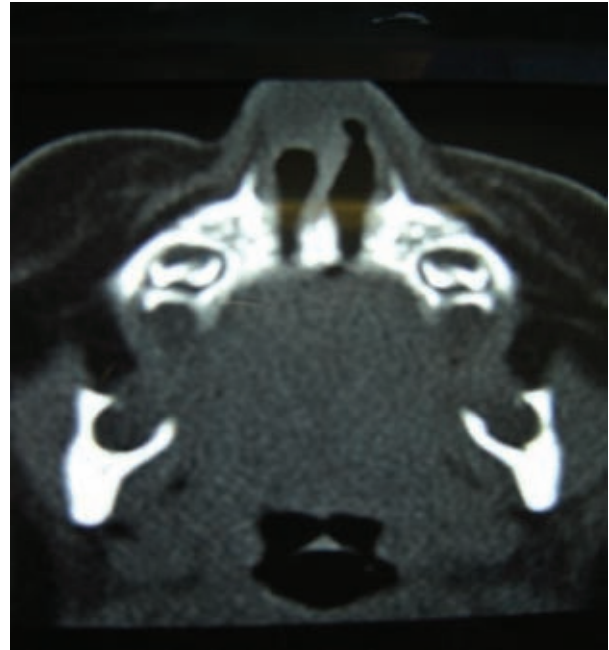


Figura 2. Tumoración nasal homogénea, sin invasión a las estructuras vecinas, de bordes bien definidos.

Tratamiento quirúrgico

El diagnóstico preoperatorio de la tumoración fue de quiste dermoide, por lo que se intervino quirúrgicamente mediante rinoplastia abierta tradicional en la que se resecó una tumoración de 1 cm, de consistencia dura y con bordes bien definidos, no compresible, no friable y, aparentemente, sin complicaciones (figura 3).

El reporte histopatológico describió un espécimen de 0.9 cm, ovoide, de superficie lisa, grisácea, de consistencia ahulada (figura 4). En el estudio de microscopía se observaron elementos celulares de un nódulo de tejido nervioso maduro, heterotópico, compatibles con el diagnóstico de heterotopia glial nasal.

Debido a que la evolución fue satisfactoria, se dio de alta del hospital para que continuara en vigilancia en la consulta externa. La paciente se evaluó periódicamente y, después de tres meses, no manifestó complicaciones (figura 5). Sigue en vigilancia por la posibilidad de recidiva en casos similares, en los que la resección incompleta incrementa la recurrencia.



Figura 3. Rinoplastia externa con resección completa de la tumoración nasal.

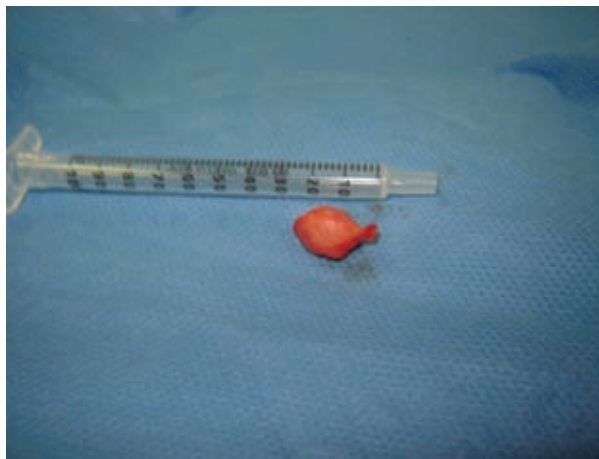


Figura 4. Espécimen histopatológico.

DISCUSIÓN

Los gliomas nasales son tumores infrecuentes, con incidencia de un caso por cada 30,000 nacidos vivos. La mayor parte de las veces el diagnóstico es histopatológico. Las recidivas son frecuentes, sobre todo cuando la resección quirúrgica no es completa. Existen diversas opciones quirúrgicas para reseccionar estos tumores pero hasta ahora ninguna de ellas ha demostrado ser mejor que la vía externa (utilizada en el caso que aquí se comunica).



Figura 5. Paciente a los tres meses de haber sido operada.

La comunicación de este caso debe hacernos reflexionar acerca de la gran cantidad de padecimientos congénitos excepcionales que, a pesar de ello, siempre deben considerarse como una posibilidad para que el diagnóstico sea oportuno y el tratamiento sea eficaz y no se afecte la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Soham R, Anil G. Pathology quizzes case. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;28:721-2.
2. Brown K, Rodriguez K, Brown OE. Congenital malformations of the nose. In: Cummings, Flint, Harker, Haughey, Richardson, Robbins and Schuller. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4ª ed. Pennsylvania: Elsevier Mosby, 2005;pp:4099-5109.
3. Jartti PH, Jartti AE, Karttunen AI, Paakko AE, et al. Magnetic resonance of a nasal glioma in a young infant: A case report. Act Radiol 2002;43:141-3.
4. Durón Martínez J. Glioma nasal, reporte de un caso clínico. Rev Med Hond 2002;70:120-4.
5. Hedlund G. Congenital frontonasal masses: Developmental anatomy, malformations and MR imaging. Paediatr Radiol 2006;36:647-62.
6. Lee KJ. Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 7ª ed. México: McGraw-Hill, 2004.