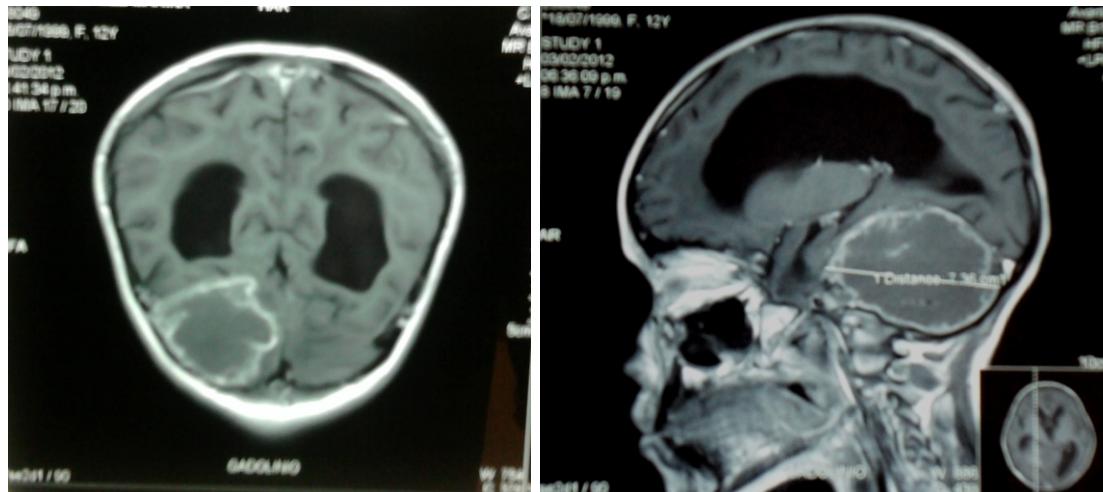


© Tuberculoma

Gómez-Elías CL



Descripción de la imagen

Femenino de 12 años de edad, sin antecedentes de importancia, inicia cuatro meses previos con cefalea leve la cual cedia a la administración de analgésicos, acompañada de vómito que remitía espontáneamente; un mes previo a su ingreso presentó cefalea intensa, visión borrosa con disminución progresiva de la agudeza visual, debilidad progresiva de extremidades inferiores que le impedía la deambulación, por lo que acude a atención médica, se toma tomografía axial (TAC) de cráneo la cual reporta lesión ocupativa en región occipital sin desviación de la línea media con datos de ventriculomegalia. Se solicita resonancia magnética (RM) con gadolinio para valorar características de la tumoración, la cual reporta lesión infiltrativa infratentorial derecha que ocupa fosa posterior, con un intenso realce en la periferia, el resto se mantiene hipointenso en T2, sugiriendo lesión abscesada con hemorragia intralesional en estadio agudo. Posteriormente pasa a quirófano para resección tumoral, obteniendo tumoración de aspecto caseoso, pobremente vascularizado, bordes irregulares; debido a las características se sospecha de tuberculoma, se envía a patología y se inicia protocolo de estudio de tuberculosis, se realiza PPD el cual se reporta anérgico, baciloscopias negativas, se envía LCR para PCR reportando detección de *Mycobacterium tuberculosis*. El servicio de patología reporta

tinción de Ziehl-Neelsen con bacilos alcohol ácido resistentes y tinción de hematoxilina-eosina con focos de necrosis caseosa, infiltrado linfocítico, células de Langerhans y células gigantes multinucleadas.

La tuberculosis del sistema nervioso central (SNC) es una forma grave, devastadora y poco común de tuberculosis extrapulmonar, afecta de 10 a 15% de todos los pacientes con tuberculosis y se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad aún con adecuado tratamiento. La tuberculosis intracraneal usualmente se presenta como meningoencefalitis tuberculosa, rara vez como tuberculoma intracraneal o espinal y absceso tuberculoso.

Aunque el tuberculoma es tratable, la sintomatología y presentación clínica lo hace indistinguible de otras tumoraciones de SNC produciendo retraso en el diagnóstico asociándolo a severa morbilidad. Actualmente el uso de la resonancia magnética (RM) ha permitido la detección más frecuente y precisa de tuberculomas.

Muchos artículos han descrito los hallazgos en la RM como imágenes iso-intensas en T1 con o sin edema en la médula espinal, en T2 el tumor aparece con un anillo de baja intensidad con o sin hiperintensidad central (debido a las cantidades variables de necrosis caseosa). Según algunos reportes, en la fase temprana hay severa reacción inflamatoria caracterizada

por abundantes células gigantes y una cápsula deficiente de colágeno, el tuberculoma puede ser homogéneo reforzado por el contraste. En fases tardías, la cápsula del tuberculoma es más rico en colágeno y la reacción inflamatoria puede disminuir o desaparecer; las células inflamatorias se transforman en material caseoso por un proceso necrótico, haciendo que el anillo se refuerce con un centro hipointenso.

El tratamiento médico con antifimicos es la terapia inicial indicada para tuberculomas intracraneales, reservando la cirugía para aquellos pacientes en que falló el tratamiento médico y que presentan datos de hipertensión intracraneal.

Lecturas recomendadas:

1. Li H et al. Central nervous system tuberculoma. *J Clin Neurosci* (2012), doi:10.1016/j.jocn.2011.05.045
2. Alvarez-Salgado J.A., Ruiz-Ginés J.A., Fuentes-Ventura C.D., González-Sejas A.G., Belinchón de Diego J.M., González-Llanos Fernández de mesa F., et al. Tuberculoma intracraneal simulando neoplasia maligna. Caso clínico y revisión de la literatura. *Neurocirugía* 2011; 22: 600-604
3. Turan Suslu H., Bozbuga M., Bayindir C., Cerebral Tuberculoma Mimicking High Grade Glial Tumor. *Turkish Neurosurgery* 2011, Vol. 21, No: 3, 427-429
4. Guillén-Quesada A., García-Armengol R., Pérez Muñoz N., et al. Tuberculoma intracraneal: caso clínico y revisión de la bibliografía. *Rev Neurol* 2008; 47(12): 631-63