

Carcinoma de plexos coroides del III ventrículo en paciente adulto

Reyes-Velasco Esteban, Velázquez-Santana Héctor, Saldivar-Capetillo Christian, Zambrano-Velarde Luis Eduardo, Arellano-Contreras Damián, Velázquez-Torres Jorge Oliver.

Autor para correspondencia

Velázquez-Santana Héctor. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.
Domicilio: Av. Soledad Orozco 203, Colonia El Capullo C.P. 45130 Zapopan, Jalisco, MX.
Contacto al correo electrónico: hevesan@yahoo.com.mx

Palabras clave: carcinoma, endoscopia, plexos coroides, III ventrículo.

Keywords: carcinoma, endoscopy, choroid plexus, III ventricle.



Carcinoma de plexos coroides del III ventrículo en paciente adulto

Reyes-Velasco E^a, Velázquez-Santana H^{a,b}, Saldivar-Capetillo C^a, Zambrano-Velarde LE^a, Arellano-Contreras D^a, Velázquez-Torres JO^a.

Resumen

Los tumores de plexos coroides son poco frecuentes y comprenden del 0.4-0.6% de los tumores cerebrales. Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 63 años de edad con historia de un mes de evolución con alteraciones conductuales, disminución de la memoria, cefalea holocraneal y desorientación temporo-espacial. El abordaje diagnóstico culminó con el diagnóstico de carcinoma de plexos coroides.

Palabras clave: carcinoma, endoscopia, plexos coroides, III ventrículo.

Choroidal plexus carcinoma of the III ventricle in an adult patient

Abstract

Choroidal plexus tumors are rare and comprise 0.4 - 0.6% of brain tumors. We present the case of a 63-year-old male patient with a one-month history of behavioral alterations, decreased memory, holocranial headache and temporo-spatial disorientation. The diagnostic approach culminated with the diagnosis of choroidal plexus carcinoma..

Key words: carcinoma, endoscopy, choroid plexus, III ventricle.

a. Departamento de Neurocirugía
ISSSTE Hospital Dr. Valentín Gómez
Fariás, Zapopan, Jalisco, MX.

b. Departamento de Neurocirugía
Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca,
Guadalajara, Jalisco, MX.

Autor por correspondencia:
Velázquez-Santana Héctor. Hospital
Regional Dr. Valentín Gómez Fariás.
Domicilio: Av. Soledad Orozco 203
Colonia El Capullo C.P. 45130 Zapopan,
Jalisco, MX.
Contacto al correo electrónico:
hevesan@yahoo.com.mx

Introducción

Los tumores de plexos coroides (TPC) son tumores primarios cerebrales raros de origen neuroepitelial. Tienen una incidencia anual de 0.3 casos por cada 1,000,000 de habitantes.^{1,3} Se presentan más comúnmente en los hombres con una relación de 1.2:1 en comparación con las mujeres, y representan del 0.4–0.6% de todos los tumores cerebrales.^{4,6}

Aunque las edades en las que se han reportado son desde el nacimiento hasta la adultez mayor, el 80% de los TPC aparecen en la etapa infantil, ocurriendo del 10 al 20% en el primer año de vida. En la población infantil, representan del 0.5–3% de todos los tumores cerebrales en esta etapa.^{1,3,7-9}

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide a los TPC en 3 tipos: a) Papiloma de plexos coroides (Grado I, 57.8%); b) Papiloma atípico/anaplásico de plexos coroides (Grado II, 1.8%); y c) Carcinoma de plexos coroides (Grado III, 40%).^{8,10}

La localización más frecuente de este tipo de tumores son los ventrículos laterales (54%), seguido por aquellos que ocurren en el IV ventrículo (26%), posteriormente aquellos que ocurren en el III ventrículo (11%) y finalmente, los que aparecen en el ángulo pontocerebeloso (8%).¹⁰

Las principales manifestaciones clínicas reportadas son hidrocefalia (62.5%), hipertensión intracraneal (25%) y crisis convulsivas (12.5%).^{1,2,6}

Las características radiológicas por Tomografía Computada y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) son inespecíficas. Sin embargo, existen algunas características que pueden sugerir el diagnóstico, como invasión a parénquima adyacente o presencia de nódulos metastásicos en ventrículos adyacentes, pero no son diagnósticos.⁵

El diagnóstico definitivo se establece a través del estudio histopatológico. Los criterios histopatológicos actualmente constan de invasión de tejido neural adyacente con infiltración de células en una base estromal, pérdida de la arquitectura papilar regular y evidencia de aumento de la actividad mitótica, atipia nuclear y necrosis. Mientras que con la inmunohistoquímica, es reactivo para citoqueratina y tienen expresión variable de vimentina, proteína S-100, transtiretina y Proteína Fibrilar Glial Ácida (GFAP, por sus siglas en inglés).^{3,5}

Hasta el momento no existe un protocolo de manejo establecido para el tratamiento de estos tumores. Se ha descrito el beneficio de utilizar quimioterapia prequirúrgica con el objetivo de disminuir el tamaño tumoral, sin embargo la evidencia es escasa.¹¹ El tratamiento quirúrgico con resección tumoral es elemental en el pronóstico; sin embargo esto no es posible en todos los casos debido a las características de la lesión. Se ha reportado que existe resección total de la lesión solamente en un 30% de los casos.² La terapia adyuvante juega un rol benéfico según sugieren análisis retrospectivos, sin embargo algunos pacientes son muy jóvenes para recibir radioterapia.¹⁰

Aunque el pronóstico es malo, en las últimas décadas se ha reportado mejoría en la supervivencia.¹⁰

Presentación de caso

Se trata de paciente masculino de 63 años de edad, de

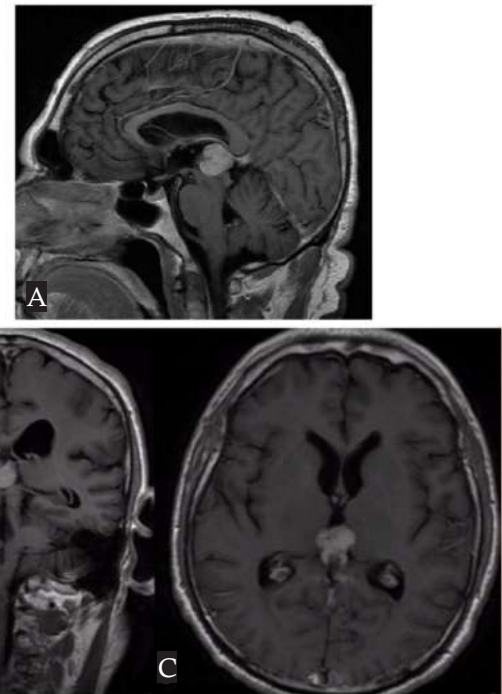


Figura 1. RMN de cráneo activada con gadolinio que muestra tumoración en región pineal con reforzamiento tras la administración de contraste. A) Corte sagital; B) Corte coronal; C) Corte axial.

ocupación tapicero, con antecedente de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de larga evolución con regular adherencia al tratamiento y regular control; resección radical de adenocarcinoma de próstata 3 años previos. Inició un mes previo a la valoración, con episodios intermitentes de cefalea holocraneal sin síntomas acompañantes, además de desorientación temporo-espacial, alteraciones de la memoria y trastornos conductuales caracterizados por indiferencia al medio, labilidad emocional y descuido en su higiene personal.

En la valoración inicial se realizó el test Mini-mental de Folstein con resultado de 24/30 con alteraciones en la orientación temporal y espacial, en la atención, el cálculo y la memoria. A la fundoscopia se documentó papiledema, y a la mirada conjugada incapacidad para la supravversión.

Se realizó RMN de cráneo en la que se evidenció una tumoración de 16.26 mm x 21.86 mm x 17.81 mm en la pared posterior de III ventrículo, sobre la región pineal, la cual reforzó tras la administración de contraste. Esta tumoración condicionaba hidrocefalia por obstrucción del acueducto (Figura 1). Se realizó resonancia espinal sin encontrarse más lesiones.

Fue sometido a intervención quirúrgica con endoscopia, realizándose a través de trépano precoronar fenestración premamilar para tratamiento de la hidrocefalia, así como toma de biopsia. No se presentaron complicaciones trans ni postquirúrgicas. Los síntomas de hipertensión intracraneal y las alteraciones de la orientación temporo-espacial remitieron, además de tener mejoría en la atención, el cálculo y la memoria. El estudio anatomopatológico reportó elementos histopatológicos de una neoplasia papilar compatible con carcinoma de plexos coroides bien diferenciado. Se realizaron estudios complementarios de

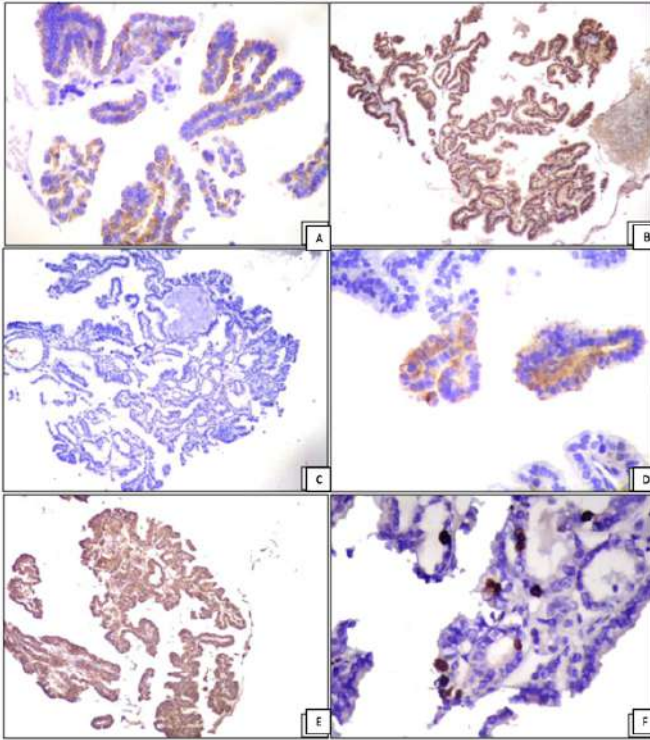


Figura 2. Inmunohistoquímica de la biopsia remitida del tumor de la región pineal. A) Ck34be12 positivo; B) Alfafetoproteína positivo; C) PS100 negativo; D) CEA positivo; E) Proteína ácida fibrilar glial positivo; F) K167 10%.

inmunohistoquímica, siendo positivo para citoqueratina, proteína ácida fibrilar glia, antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína (Figura 2).

El paciente fue enviado al servicio de Oncología para manejo adyuvante con quimioterapia/radioterapia. A un seguimiento de 14 meses no se reportan datos de crecimiento o recidiva.

Discusión

La presencia de CPC del III ventrículo en el paciente adulto es extremadamente rara, y la asociación con otro cáncer primario de diferente estirpe y localización, es aún menos frecuente, como el caso presentado. Clásicamente los pacientes con CPC debutan con síntomas derivados de hidrocefalia obstructiva, como cefalea, vómitos e incluso crisis convulsivas. Sin embargo, un porcentaje importante debuta con letargia, déficits neurológicos focales o cambios de



Figura 3. TAC de cráneo simple de control al quinto día postquirúrgico.

la personalidad.² En el caso presentado, predominaron síntomas de hipertensión intracraneal y las alteraciones neuropsicológicas y cambios en la personalidad.

Los estudios de imagen como la RMN de cráneo pueden mostrar imágenes intraventriculares bien circunscritas que captan a la administración de medio de contraste. Usualmente existe hidrocefalia obstructiva.^{11,13} En nuestro paciente, se observó una lesión en el III ventrículo sobre la región pineal que reforzaba con el medio de contraste, sin embargo, no se encontró ninguna otra lesión tanto a nivel cerebral como espinal.

Para el manejo de la hidrocefalia, el uso de válvulas de derivación es controversial, ya que se desconoce el tiempo adecuado para la colocación y las indicaciones claras para el procedimiento.^{1,6,10} En nuestro caso, al paciente se le realizó fenestración premamilar para tratar la hidrocefalia y en el mismo procedimiento, se realizó la toma de biopsia con buenos resultados sin requerir la colocación de derivación ventrículo-peritoneal (Figura 3).

Conclusión

El diagnóstico histopatológico continúa siendo el pilar en el diagnóstico de este tipo de tumores. La resección tumoral total es lo ideal, sin embargo, no es posible en todos los casos. En el presente caso se ofreció tratamiento endoscópico de la hidrocefalia y toma de biopsia de la lesión, complementado con radioterapia adyuvante, teniendo buena evolución y sin evidencia de recaída en un seguimiento a 14 meses. Este tipo de tumores requiere un manejo multidisciplinario que incluya una caracterización completa de las condiciones de cada caso de modo que se ofrezcan las medidas terapéuticas más eficaces.

Referencias bibliográficas

- Barbosa M, Rebelo O, Barbosa P, Lacerda A, Fernandes R. Choroid plexus tumours: a surgically treated series. *Neurocirugía* 2001; 12: 7-16.
- Dai Kubicky C, Sahgal A, Chang EL, Simon SL. Rare primary central nervous system tumors. *Rare Tumors* 2014; 6: 105-110.
- Gopal P, Parker JP, Debski R, Parker JC. Choroid plexus carcinoma. *Arch Pathol Lab Med* 2008; 132: 1350-1354.
- Kaur G, Ismail R. Choroid plexus papilloma of the cerebello-pontine angle. *The Internet Journal of Pathology* 2004; 3: 1-5.
- Mishra A, Srivastava C, Singh SK, Chandra A, Ojha BK. Choroid plexus carcinoma: case report and review of literatura. *J Pediatr Neurosci* 2012; 7: 71-73.
- Mukesh S, Janaki MG, Ponni A, Murali S. A rare case of papillary carcinoma of choroids plexus: its management and review of literatura. *Indian J Med Pediatr Oncol* 2011; 32: 112-114.
- Tripathy K, Misra A, Misra D, Pujari S, Nayak M, Rath J. Melanotic choroid plexus carcinoma of the posterior fossa. *J Clin Neurol* 2011; 17: 105-106.
- Jusúé-Torres I, Ortega-Zufiria JM, Tamarit-Degenhardt M, Poveda-Núñez PD. Papiloma atípico de los plexos coroides en el adulto: publicación de un caso clínico y revisión de la bibliografía. *Neurocirugía* 2012; 23: 116-121.
- Kawakami C, Inoue A, Takitani K, Tsuji M, Wakai K, Tamai H. Imatinib mesylate treatment for platelet-derived growth factor receptor alfa-positive choroid plexus carcinoma. *Clinics and Practice* 2012; 49: 116-117.
- Wrede B, Liu P, Wolff JEA. Chemotherapy improves the survival of patients with choroid plexus carcinoma: a meta-analysis of individual cases with choroid plexus tumors. *J Neurooncol* 2007; 85: 345-351.
- Izci Y, Gürkanlar D, Öngürü Ö, Timurkaynak E. Choroid plexus carcinoma in an adult patient: case report. *Turkish Neurosurgery* 2005; 15: 105-108.
- Jaiswal S, Vij M, Mehrotra A, Kumar B, Nair A, Kumar JA, et al. Choroid plexus tumours: a clinico-pathological and neuroradiological study of 23 cases. *Asian J Neurosurg* 2013; 8: 29-35.
- Kishore S, Negi G, Meena H, Anuradha K, Pathak PV, Bansal KK. Choroid plexus carcinoma in an adult. *J Neurosci Rural Pract* 2012; 3: 71-73.