

XANTOGRANULOMA DE LOS PLEXOS COROIDEOS, UN HALLAZGO INCIDENTAL

Rodrigo Javier Sempértegui Moscoso¹, Susana del Rocío Moscoso Núñez²,
Karla Estefanía Sevilla Campoverde³.

1. Médico general. Libre ejercicio profesional. Cuenca – Ecuador.

**2. Médico Internista, Hospital Militar de la III D.E. Tarqui. Docente, Universidad del Azuay.
Cuenca – Ecuador.**

3. Médica general. Libre ejercicio profesional. Azogues - Ecuador.

Correspondencia:

Rodrigo Javier Sempértegui
Moscoso

Email: rjasm8993@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4315-597X>

Dirección: Los Fresnos 1-100 y
Girasol. Cuenca-Ecuador

Código Postal: 010204

Teléfono: (593) 995141172

Fecha de recepción:

28-11-2019

Fecha de aceptación:

20-12-2019

Fecha de publicación:

30-12-2019

Membrete bibliográfico:

Sempértegui Moscoso,
R. Moscoso Núñez, S.
Sevilla Campoverde, K.
Xantogranuloma de los
plexos coroideos, un hallazgo
incidental. Rev. Med. Ateneo
2019; 21(2): : 67-72

Artículo acceso abierto

RESUMEN

Con la disponibilidad y mejora en la resolución de los distintos métodos de imagen, los hallazgos incidentales son frecuentemente reportados. Se presenta el caso de una paciente que acude por cefalea pulsátil de elevada intensidad, con signos neurológicos y distinta a otros episodios por lo que se decide su ingreso. En la tomografía contrastada resaltan dos hallazgos: un aneurisma y quistes xantogranulomatosos en plexos coroideos. Tras manejo con analgesia intravenosa es dada de alta y derivada a subespecialidad. Los quistes xantogranulomatosos son hallazgos benignos que no requieren de un manejo clínico o quirúrgico a menos que produzcan efecto de masa.

Palabras clave: Cefalea. Hallazgos Incidentales. Plexo Coroideo. Quistes. Xantogranuloma.

ABSTRACT:

With the availability and improvement in resolution of the different imaging methods, incidental findings are more frequent reported. We present a case of a patient who comes to the hospital due to pulsatile headache of high intensity different from others she has had in the past, so admission is decided. There are two remarkable in her tomography: an aneurysm and xanthogranulomatous cysts. After treatment with intravenous analgesia, she is discharged and referred to subspecialty. Xanthogranulomatous cysts are benign findings that requires no clinical or surgical treatment, unless they produce mass effect.

Keywords: Headache. Choroid Plexus. Cysts. Incidental Findings. Xanthogranuloma

INTRODUCCIÓN:

Con la disponibilidad y mejora en la resolución de los distintos métodos de imagen, los hallazgos incidentales reportados son más frecuentemente en pacientes con indicaciones por una sintomatología definida o por controles representando una prevalencia del 2,7%, siendo el quiste aracnoideo, aneurismas y quistes de los plexos coroideos las patologías no tumorales con mayor reporte (1).

De estos últimos, los glomus de los plexos coroideos se pueden calcificar y formar quistes correspondientes a xantogranulomas y, cuando se calcifican en su periferia, en ocasiones no captan el medio de contraste dificultando su identificación. (2).

Lo que nos llamó la atención a los autores y consideramos importante a darlo a conocer fue este hallazgo poco común de quistes xantogranulomatosos, que apareció al solicitar un estudio por una enfermedad tan frecuente en la población como es la cefalea.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 53 años de edad refiere que inmediatamente después de una discusión familiar presenta cefalea de tipo pulsátil en región frontal izquierda de elevada intensidad y rápido inicio hace 24 horas, distinta de sus episodios usuales de migraña por lo que acude a otro facultativo quien la envía con tratamiento ambulatorio a base de paracetamol 500 mg cada 8 horas y reposo; sin embargo, al no ceder el dolor, acude a consulta externa de Medicina Interna de este hospital. No refiere otros síntomas acompañantes, niega aura previa a la cefalea, fotofobia o movimientos involuntarios. Su acompañante refiere que no hubo pérdida de conciencia y que cuando el dolor fue más intenso, notó que paciente no podía expresar sus palabras correctamente, pero que entendía y hacía lo que se le ordenaba.

Antecedentes personales clínicos y quirúrgicos relevantes: hipotiroidismo, secundario a tiroiditis de Hashimoto, en tratamiento con levotiroxina 100 mcg diaria y episodios de migraña con aura desde la adolescencia, que suelen ceder con reposo en habitación oscura y sin estímulos, no tiene controles por parte de profesional y se auto medica antiinflamatorios no esteroides. Antecedentes gineco-obstétricos: Gestas 3, partos 2, cesárea 1, abortos: 0, hijos vivos: 3. Fecha de primera menstruación: 14 años. Fecha de última menstruación: Menopausia, 50 años. Antecedentes familiares: Madre, hipertensión arterial; abuela materna, fallece por causas desconocidas, también tenía migraña.

Al examen físico: Signos vitales: Presión arterial: 120/70 mmHg, FC: 86 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, SatO₂: 92%. Ojos: pupilas simétricas, fotorreactivas; fondo de ojo: aumento del color de la retina, relación arterial venosa correspondiente. Cuello: Signo de Brudzinski negativo, no se auscultan soplos carotídeos, tiroides palpable; sin embargo, no se palpan nódulos o tumoraciones. Tórax: Campos pulmonares ventilados y ruidos cardíacos normofonéticos sincrónicos con el pulso, no soplos. Abdomen: Sin alteración. Extremidades: Signo de Kernig negativo. Nervioso: Examen mental: Paciente colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow: 14/15 (apertura ocular: tras decir órdenes, 3; respuesta verbal: orientada, 5; respuesta motora: obedece la orden, 6). Nervios craneales: Sin alteración aparente. Motor: Fuerza y tono muscular conservado. Reflejos: patelares: 3/5. Sensibilidad: Conservada en extremidades superiores e inferiores.

Se decide su ingreso a hospitalización por diagnósticos presuntivos de cefalea vascular secundaria y se realizan exámenes de laboratorio sin alteración.

Se solicita tomografía computarizada de cráneo con medio de contraste que reporta la presencia de imagen sacular sugerente de aneurisma al administrar el contraste de 3.2 mm de diámetro ubicado en la topografía de la arteria cerebral media izquierda en su segmento M1 (Imagen 1), sugiriendo completar estudio mediante angiotomografía complementaria para correlación, y el aumento del tamaño de los plexos coroideos por la presencia de quistes xantogranulomatosos (Imagen 2); fosa posterior libre de imágenes agregadas.

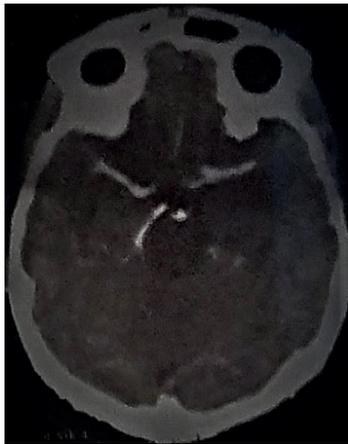


Imagen 1. Imagen 1. Aneurisma en arteria cerebral media izquierda en su segmento M1
Fuente: Autores.

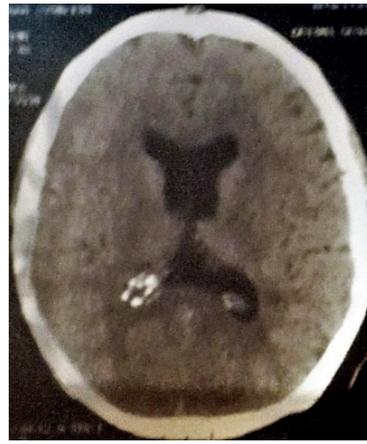


Imagen 2. Quistes xantogranulomatosos en sistema ventricular.
Fuente: Autores.

EVOLUCIÓN:

Se maneja la cefalea de la paciente mediante analgesia intravenosa con ketorolaco cada 12 horas y paracetamol por razones necesarias cediendo el dolor a las 24 horas del ingreso y dándose el alta con diagnóstico definitivo de cefalea en trueno, quistes xantogranulomatosos y aneurisma cerebral sin ruptura y tramitando una angiotomografía para realizarse de forma ambulatoria. Acude a consulta externa a los 7 días, no ha presentado recurrencia de cefalea y los resultados de imagen aportan una interpretación similar a la obtenida con tomografía contrastada por lo que se realiza derivación a Neurocirugía para valoración del aneurisma y los quistes por subespecialidad.

DISCUSIÓN:

La paciente presenta dos hallazgos en la tomografía: un aneurisma íntegro en la zona M1 de la arteria cerebral media y quistes xantogranulomatosos en los plexos coroideos, que motiva esta revisión clínica.

Los xantogranulomas son lesiones granulomatosas de origen desconocido y controvertido, ya que su mecanismo patogénico no se conoce en totalidad, por lo que se han propuesto dos teorías para explicar su formación: la primera son cambios inflamatorios debido a invaginación y cambio de epitelio cúbico a uno escamoso del plexo coroideo o la segunda, la presencia de hemorragias intralesionales, ambas ocasionan una mayor respuesta granulomatosa por liberación de lípidos y formación de cristales de colesterol rodeados de células gigantes multinucleadas que pueden ser observados en anatomía patológica, además de hallazgos típicos de granulomas: depósitos de hemosiderina, infiltrados linfocíticos, acúmulos de macrófagos, proliferación fibrosa y grupos escasos de células epiteliales (3) (4).

Es un hallazgo infrecuente con una prevalencia de presentación menor al 1% y una proporción de 3 a 1 entre hombres y mujeres mayores de 40 años. Se localizan frecuentemente en los ventrículos laterales (5), y suelen ser asintomáticos, pero aquellos ubicados en el tercer ventrículo pueden provocar hidrocefalia al obstruir el flujo de líquido cefalorraquídeo por el agujero interventricular de Monro (4), con sintomatología variada como cefalea bifrontal o bioccipital intermitente que se modifica con cambios de postura, trastornos de la visión, parestesias bilaterales u otros similares a los de la hidrocefalia normotensiva como trastornos de la marcha o incontinencia urinaria; aunque lo más común es que sean encontrados incidentalmente en tomografía o resonancia magnética (6).

En estudios de imagen, se describen como lesiones bilaterales en los ventrículos laterales, hipodensas por ser grasos y sin captación de contraste en tomografía, pero algunas bibliografías han informado de lesiones isodensas o hiperdensas con captación de contraste parcial o intenso (4), como fue en el presente caso. En resonancia magnética se ha descrito la presencia de patrones isoíntenso o hiperíntenso en T1 e hiperíntenso en T2, por las áreas de grasa y hemorragia, con realce variable tras la administración intravenosa de gadolinio (4).

Se debe hacer diagnósticos diferenciales con tumores ubicados en esta localización como son: papiloma del plexo coroideo, exclusivo de edades pediátricas; carcinoma del plexo coroideo y meningioma interventricular, tienden a ser unilaterales a comparación de la bilateralidad de los xantogranulomas; metástasis, presencia de tumor primario en el paciente; histiocitosis, provoca anormalidades en el infundíbulo hipotalámico (5); y también los quistes coloideos, con un mayor contenido proteico, que se localizan unilateralmente en el agujero de Monro y son hiperdensos en la tomografía sin captación de contraste (7).

En cuanto al tratamiento, en pacientes asintomáticos se recomienda un manejo conservador con seguimiento mediante imágenes y observación de cualquier cambio en la sintomatología neurológica. En pacientes sintomáticos, el manejo debe ser la resección del quiste por técnicas de microcirugía o endoscopia, con cuidado de no romperlo pues podría provocar ventriculitis o meningitis (8). En el estudio de Yan et. al. (9) se vio que la técnica más utilizada para estos casos fue la craneotomía, en 14 de 16 pacientes, con diferentes accesos según la localización del xantogranuloma y, los dos restantes mediante radiocirugía y terapia térmica intersticial con láser guiada por resonancia magnética; sin embargo, ellos proponen la utilización de un ventriculoscopio guiado por neuronavegación, un procedimiento mínimamente invasivo en lugar de craneotomía convencional, tras el éxito de su experiencia en un caso.

CONCLUSIONES:

Los quistes xantogranulomatosos son hallazgos incidentales en métodos de imagen y piezas de autopsia que no representan un riesgo para la vida del paciente, pues son tumores benignos, por lo que no requieren un manejo clínico o quirúrgico a menos que produzcan sintomatología de efecto de masa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Redacción Revista de Neurología. Neurologia.com. [Internet]. [Citado 10 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/noticia/1756/hallazgos-incidentales-en-imagenes-de-resonancia-magnetica-del-cerebro>.
2. Orellana, P. Errores neurorradiológicos frecuentes en TC y RM. Rev chil radiol. [Internet] 2003;9(2): 93 - 103. [Citado 10 Dic 2019]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000200009.
3. Pinto Vargas, J, Alvarez Arancibia, P, Schmidt Putz, T, Tapia Céspedes, M, Spencer León, M.L. Xantogranuloma de la Región Selar: Reporte de 3 casos y revisión de la literatura. Revista Chilena de Neurocirugía. [Internet] 2017;43(1): 44 - 45. [Citado 11 Dic 2019]. Disponible en: https://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n1_2017/pinto_42_v43n1_2017.pdf
4. Insausti, I et al. Xantogranuloma sintomático del ventrículo lateral A propósito de un caso. Neurocirugía. [Internet] 2009;20(3): 280 - 281. [Citado 11 Dic 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732009000300007
5. Páez-Granda, D, Rivadeneira-Rojas, S. Xantogranuloma de los plexos coroideos y sus diagnósticos diferenciales. Rev Argent Radiol. [Internet] 2018;82(4): 181-183. [Citado 11 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1641133>.
6. Ropper, A.H., Samuels, M.A, Klein, J.P. Chapter 31. Intracranial Neoplasms and Paraneoplastic Disorders. En: Ropper, A.H, Samuels, M.A, Klein, J.P (eds.) Adams and Victor's Principles of Neurology. Estados Unidos: McGraw-Hill Education; 2014. p. 672.
7. Yetkinel, S, Bek, S. Choroid Plexus Xanthogranuloma: Is it an Incidental Finding?. Turk J Neurol. [Internet] 2016;22: 195. [Citado 5 Ene 2020]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4274/tnd.01112>.
8. Bertalanffy, H., Mahmoodi, R. Chapter 153 Ventricular Tumors. En: Winn, H.R (ed.) Youmans & Winn Neurological Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2017.
9. Yan, C, Zhu, S, Sun, H, Jenn, W.L, Zhang, X, Xu, Z et. al. Neuronavigator-guided ventriculoscopic approach for symptomatic xanthogranuloma of the choroid plexus in the lateral ventricle. Medicine (Baltimore). [Internet] 2019;98(16): e14718. [Citado 5 Ene 2020] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014718>.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Susana del Rocío Moscoso Núñez: Idea de investigación, recolección y análisis de datos, redacción y revisión crítica.

Rodrigo Javier Sempértegui Moscoso: Diseño, levantamiento bibliográfico; análisis, interpretación, redacción y revisión de los datos.

Karla Estefanía Sevilla Campoverde: Levantamiento bibliográfico; análisis, redacción y revisión de los datos

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

1. Rodrigo Javier Sempértegui Moscoso: Médico general. Libre ejercicio profesional. Cuenca, Azuay, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4315-597X>

2. Susana del Rocío Moscoso Núñez: Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de la III D.E. Tarqui. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Cuenca, Azuay, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1798-8687>

3. Karla Estefanía Sevilla Campoverde: Médica general. Libre ejercicio profesional. Azogues, Cañar, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8619-8289>

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. ASPECTOS BIOÉTICOS.

Se obtuvo el consentimiento verbal y escrito de la paciente para la presentación del caso clínico.

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN.

Los autores autorizan la publicación.