

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ASTROCITOMA PILOCÍTICO

Mirquez Adriana - Quispe Heidi

Catedra de Diagnóstico por Imágenes, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

### OBJETIVO

- Dar a conocer una patología que se presenta en la edad pediátrica y población joven, con una presentación poco frecuente que se debe tener en cuenta entre los diversos diagnósticos diferenciales según la localización de la lesión y de esta manera evitar complicaciones al ser diagnosticada y tratada a tiempo.

### MATERIALES Y METODOS

En el Hospital de Clínicas "José de San Martín" ingresa paciente:

- ❖ Femenino, 18 años de edad, con cuadro clínico de un mes y medio de evolución consistente en cefalea holocraneal opresiva derecha, de intensidad 9/10, a predominio nocturno, que aumenta con los esfuerzos físicos y mejora parcialmente con analgésicos. La cual se exagera a 10/10, dos semanas previas al ingreso y se asocia con emesis en proyectil y pérdida de la visión abrupta completa del lado derecho.
- ❖ Antecedentes: Amenorrea secundaria.

- ❖ Examen físico:

#### Neurológico:

- Alerta, orientada en las 3 esferas, lenguaje coherente y Glasgow 15/15.
- Fuerza 5/5 en las cuatro extremidades. Sensibilidad conservada.
- Ausencia de signos meníngeos.

#### Oftalmológico:

- Movimientos oculares conservados.
- Ojo derecho: Pupila midriática sin reflejo fotomotor. Amaurosis derecha y hemianopsia temporal izquierda. Fondo de ojo con edema de papila, vasos tortuosos y hemorragias puntiformes superficiales.
- Ojo izquierdo: Pupila isocórica reactiva a la luz. Agudeza visual 20/400 (Ve solo bultos). Fondo de ojo: con edema de papila y leve tortuosidad vascular.

Realizan laboratorios con reporte de un hemograma con leucocitosis y neutrofilia.

Se realizan estudios de imágenes y patología.

## RESULTADOS

### Tomografía Computarizada de cerebro:

- ❖ Lesión hipervascular en región supraselar con intenso realce con el contraste endovenoso de 30 x 20 mm en el corte transversal con una extensión cefalocaudal de 35 mm.



← TC CEREBRO SIN CONTRASTE EV  
(CORTE AXIAL)

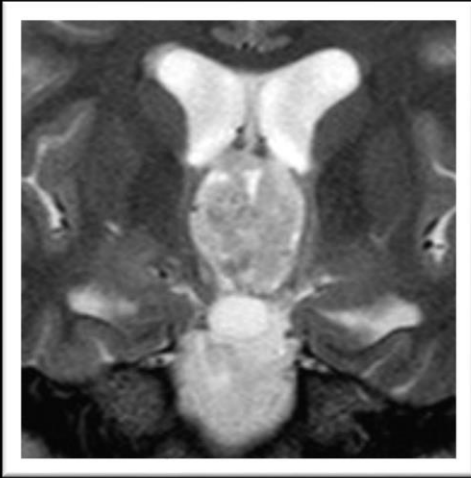
TC CEREBRO CON CONTRASTE EV  
(CORTE AXIAL)



## RESULTADOS

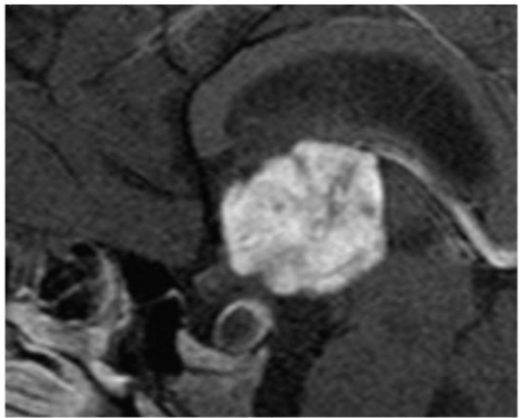
### Resonancia Magnética de cerebro :

- ❖ Imagen heterogénea en región supraselar, hiperintensa en T2 y FLAIR e hipointensa en T1 que realza con el gadolinio.

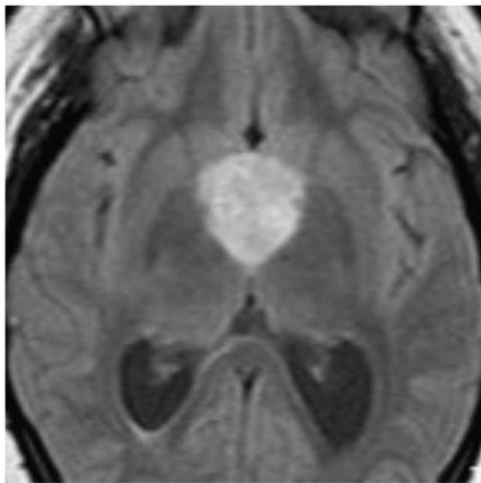


RM CEREBRO T2  
(CORTE CORONAL)

RM CEREBRO T1 CON CONTRASTE EV  
(CORTE SAGITAL)



RM CEREBRO FLAIR  
(CORTE AXIAL)



## RESULTADOS

Realizan bajo anestesia general craneotomía, observando un tumor que ocupa el tercer ventrículo, toman muestra para anatomía patológica y realizan exéresis total. El resultado da un diagnóstico de ASTROCITOMA PILOCITICO GRADO I.

## CONCLUSIONES

- ❖ El astrocitoma pilocítico grado I de la OMS es la neoplasia glial más frecuente en niños y adultos jóvenes, ya que en el 75% se manifiestan en las primeras dos décadas de la vida. No presentan predilección de sexo.
- ❖ Presentan baja celularidad y actividad mitótica. De manera excepcional pueden sufrir una transformación maligna y es raro que produzcan metástasis.
- ❖ Predomina en cerebelo (60%) aunque puede ser supratentorial a nivel de los nervios ópticos y la región hipotálamo-quiasmática (25-30%), y menos frecuente en médula, hemisferios cerebrales, ganglios basales y tercer ventrículo (<5%).
- ❖ Su apariencia clásica en cerebelo es de tumor quístico con nódulo mural y los de localización supratentorial suelen ser tumores de predominio sólido con escasos quistes.
- ❖ En la TC se observan como lesiones bien delimitadas, redondeadas u ovals, de predominio sólido con escasos quistes en la periferia, hipodensos con un realce intenso del componente sólido tras la administración del contraste y con calcificaciones ocasionales.
- ❖ En la RM las lesiones se evidencian iso-hipointensas en T1 con un realce intenso de la porción sólida y uno periférico de la porción quística, hiperintensas en T2 y FLAIR, ausencia de restricción en difusión y con escaso o nulo edema perilesional en comparación con las neoplasias gliales de alto grado.
- ❖ El pronóstico es favorable para las lesiones grado I delimitadas, cuando es posible realizar un escisión completa.