

H+B Hospital Británico 175
ANIVERSARIO



**MÁS ALLÁ DEL MENINGIOMA
Y SCHWANNOMA:
PATOLOGÍAS POCO
FRECUENTES QUE AFECTAN
LOS NERVIOS CRANEALES**

MÁS ALLÁ DEL MENINGIOMA Y SCHWANNOMA: PATOLOGÍAS POCO FRECUENTES QUE AFECTAN LOS NERVIOS CRANEALES

Autores:

Pablo Miguel Dalzotto¹, Alcira Carolina Mora Palacio², Fernando Martin Ferraro², Luis Ariel Miquelini², Carlos Adrian Rugilo², Teresa Adriana Garcia³.

¹ Residente, servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

² Médico de Staff, servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

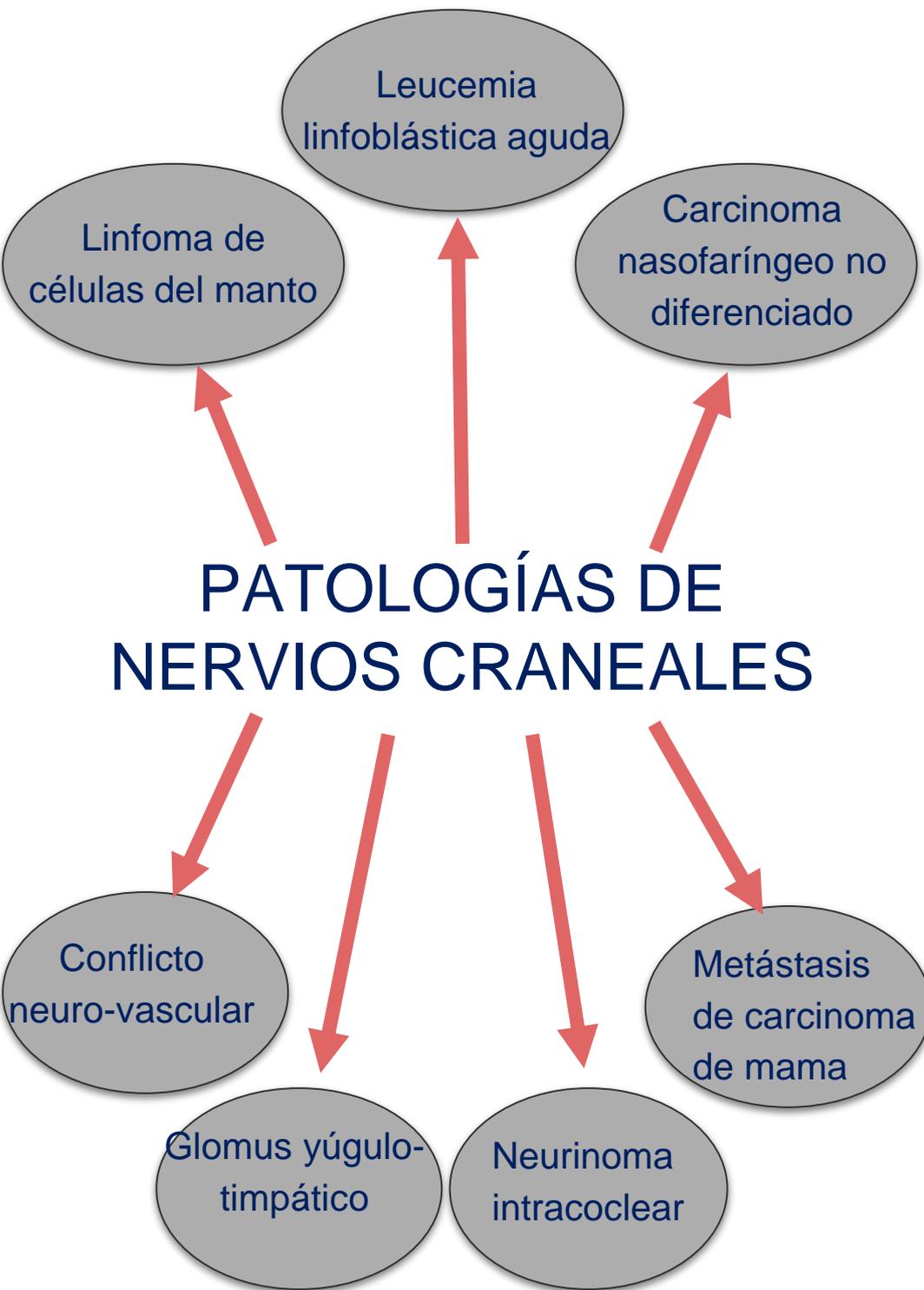
³ Jefa de servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos de aprendizaje

Mostrar patologías poco frecuentes que pueden afectar a los nervios craneales con las cuales se puede encontrar el radiólogo en la práctica hospitalaria diaria.

Introducción

Los nervios craneales son la extensión funcional del sistema nervioso central y están en contacto directo con el revestimiento meníngeo, el líquido cefalorraquídeo y estructuras extracraneanas, siendo por lo tanto susceptibles a diversas patologías, sistémicas o intracraneanas.



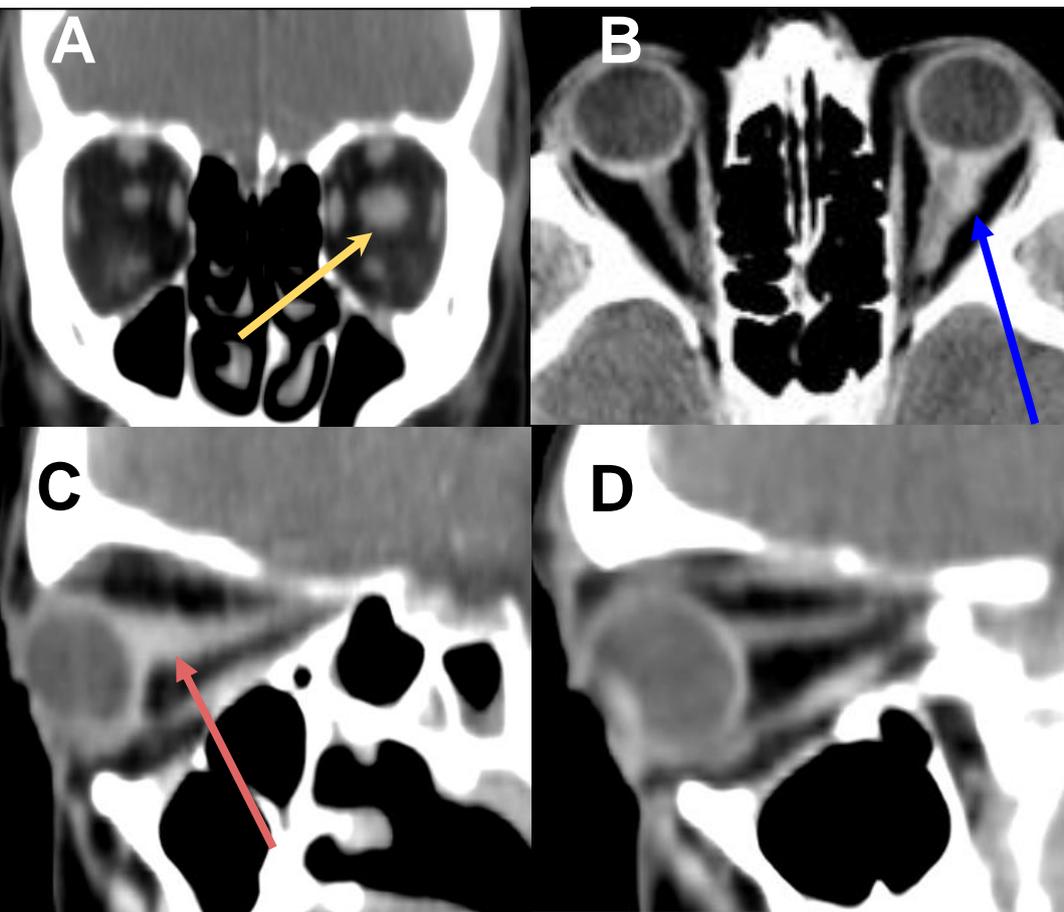


Figura 1. Hombre de 68 años con antecedente de linfoma de células del manto con recaída ganglionar supra e infradiafragmática y compromiso del sistema nervioso central.

Se observa aumento de calibre del nervio óptico izquierdo (flecha amarilla), en TC con contraste plano coronal (A), particularmente a expensas de la vaina como se evidencia en (B) (Flecha azul), con predominio en el tercio medio y anterior (flecha roja) en TC C+ plano sagital (C), con marcado realce postcontraste. La superficie escleral del polo posterior del globo ocular se encuentra infiltrada. Se compara con su contralateral, que no demuestra afectación (D).

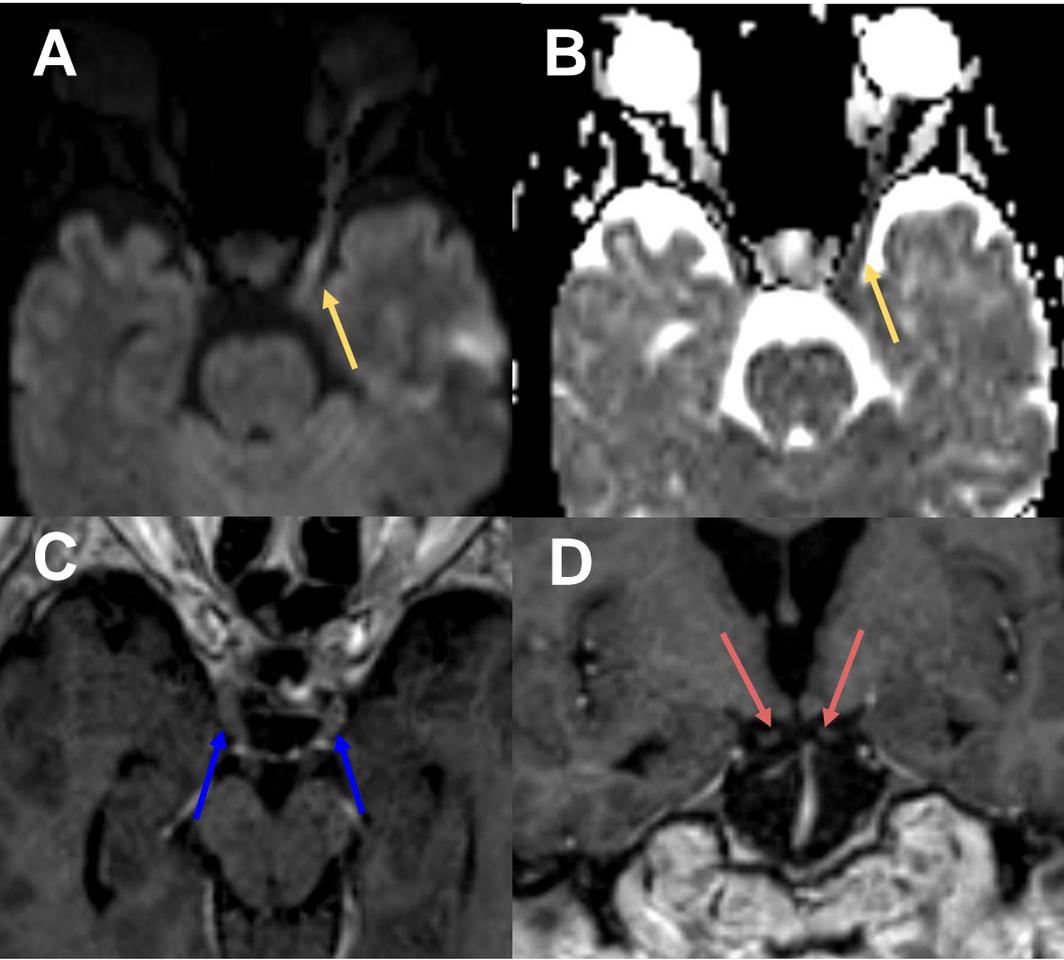


Figura 2. Hombre de 68 años con diagnóstico de LLA-B con parálisis del III y IV par derecho .

Las diferentes imágenes muestran alteración de la morfología y señal de los nervios oculomotores. Las flechas naranjas destacan signos de restricción aguda en difusión/mapa de adc (A y B), particularmente del lado izquierdo(flecha amarilla). Las secuencias T1 C+ corte axial(C) y coronal(D) muestran la proyección de ambos nervios oculomotores los cuales se observan engrosados (flechas azules y rojas) . Hallazgos vinculables a compromiso por enfermedad de base

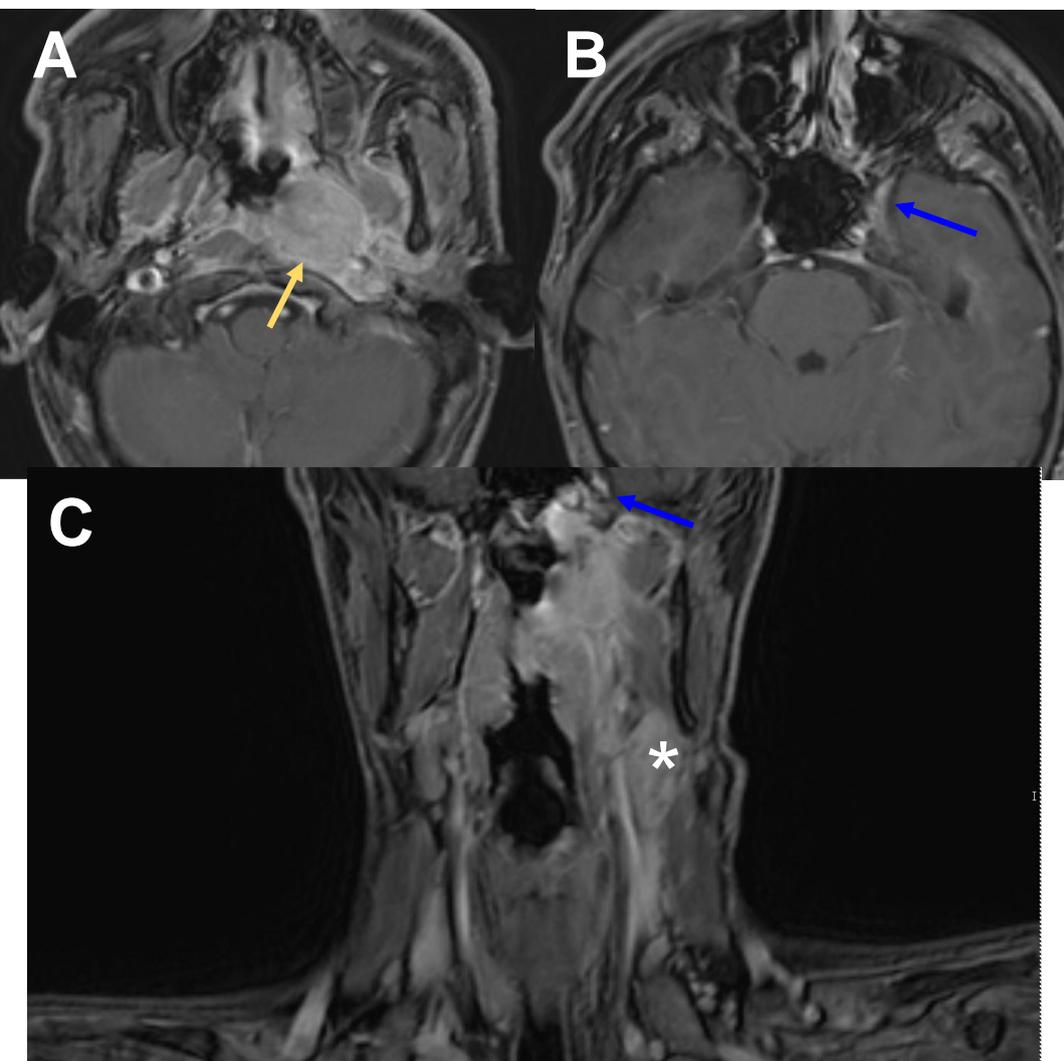


Figura 3. Hombre de 24 años con antecedente de carcinoma nasofaríngeo indiferenciado no queratinizante.

En RM corte axial T1 con contraste (A) se observa lesión expansiva e infiltrante en espacio mucoso-faríngeo a izquierda con extensión a espacios circundantes en el cuello suprahioides, que muestra realce (flecha amarilla).

Presenta extensión a fosa pterigopalatina izquierda con signos de probable infiltración perineural en la rama maxilar del nervio trigémino (flecha azul).

Nótese el compromiso ganglionar a distancia marcado con el asterisco (*)

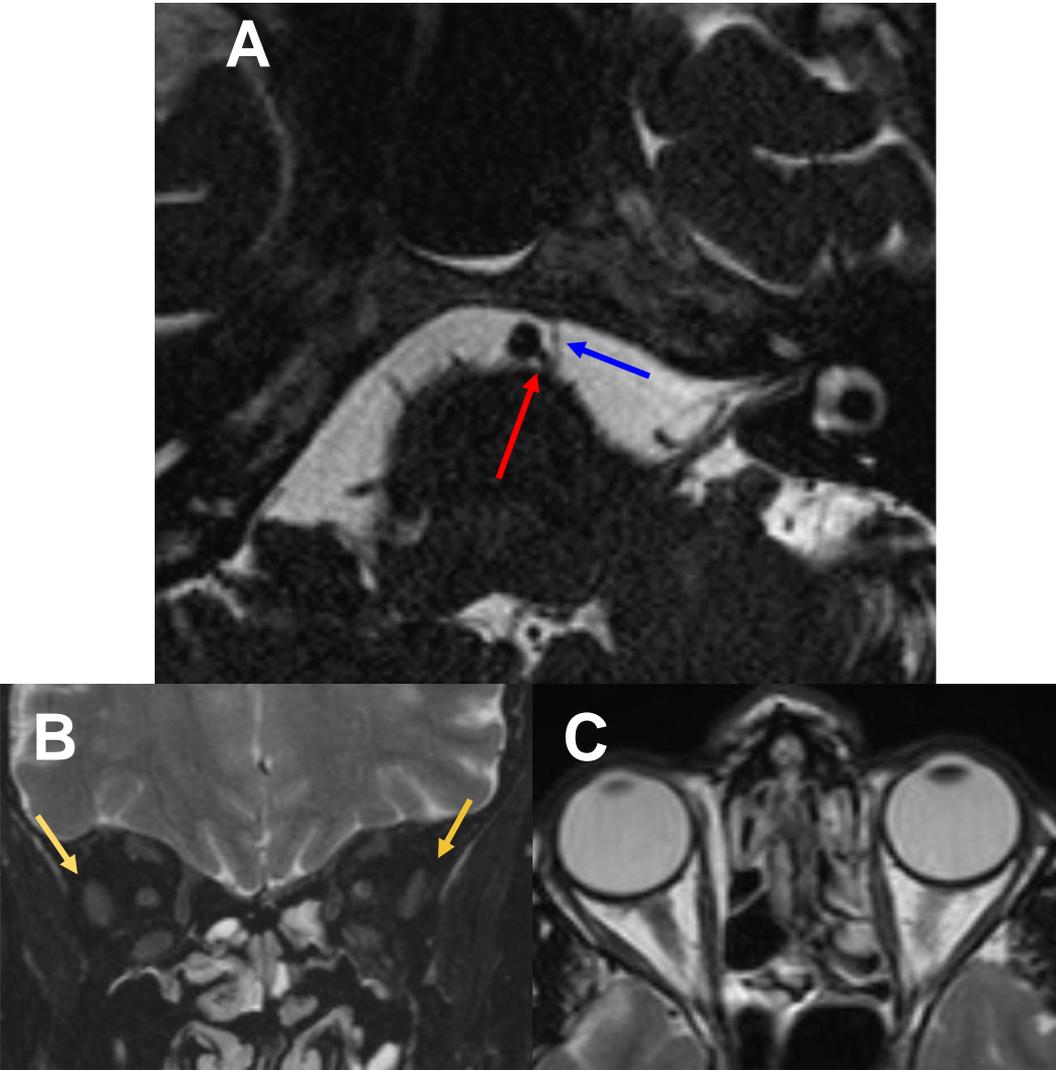


Figura 4. Hombre de 61 años que consultó por diplopia, que en examen de ojo presentaba paresia del sexto par izquierdo.

La imagen A (T2 de alta resolución) señala con la flecha roja a la arteria AICA izquierda contactando con el origen aparente del nervio abducens (flecha azul), hallazgos compatibles con conflicto neurovascular
 Nótese en la imagen T2 coronal (B) y axial (C) ligera reducción del volumen de músculo recto izquierdo izquierdo respecto a su contralateral (flechas amarillas)

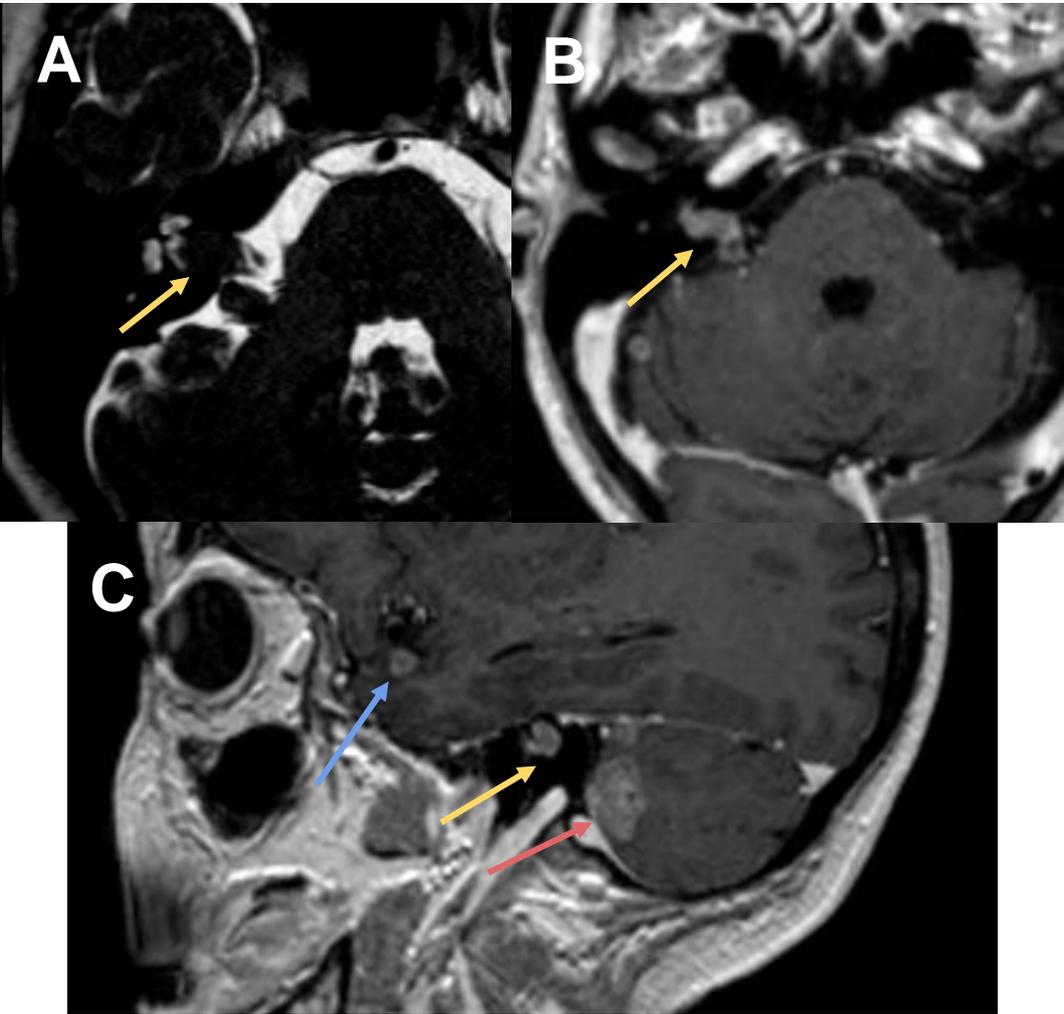


Figura 5. Mujer de 56 años, con antecedente de carcinoma renal y de mama, con metástasis cerebrales. Consulta por hipoacusia en oído derecho y mareos.

En RM se observa formación que ocupa el conducto auditivo interno derecho (flechas amarillas), de señal hipointensa en secuencia axial T2 de alta resolución (A), que demuestra realce ávido tras la administración del contraste endovenoso en secuencia T1C+ plano axial (B) y sagital (C), hallazgo vinculable a lesión secundaria que afecta el paquete facioacústico. Se observan además, otras metástasis de similares características supratentoriales (flecha azul) y otras infratentoriales (flecha roja).

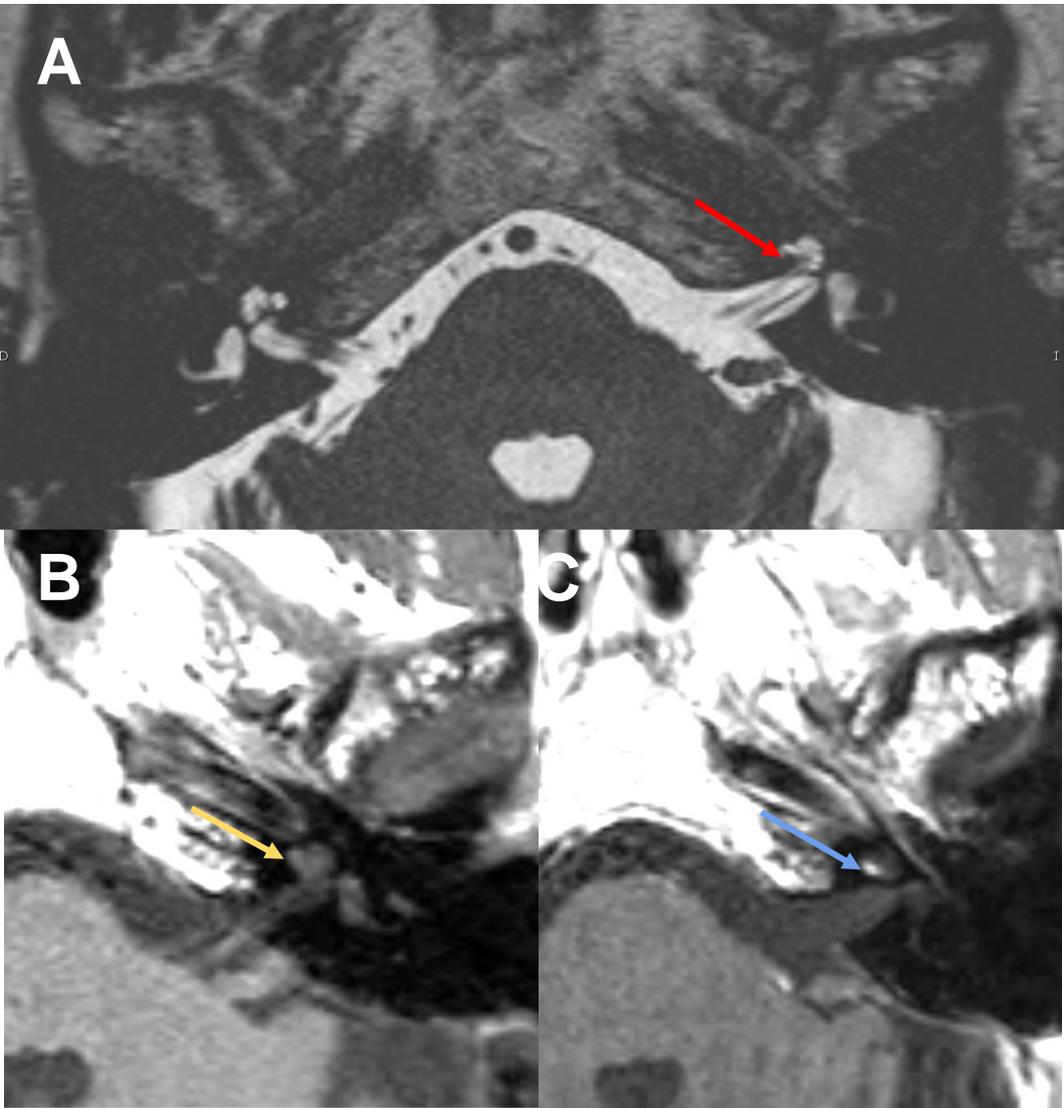


Figura 6. Mujer de 75 años que consultaba por acúfenos continuos en oído izquierdo de 6 meses de evolución e hipoacusia bilateral.

En RM secuencia T2 de alta resolución(A) se observa una pequeña lesión en sector medial de cóclea izquierda, que muestra una baja señal (flecha roja). En secuencia T1 sin contraste (B) muestra señal intermedia (flecha amarilla) y en T1 con contraste(C) muestra importante realce (flechas azul)

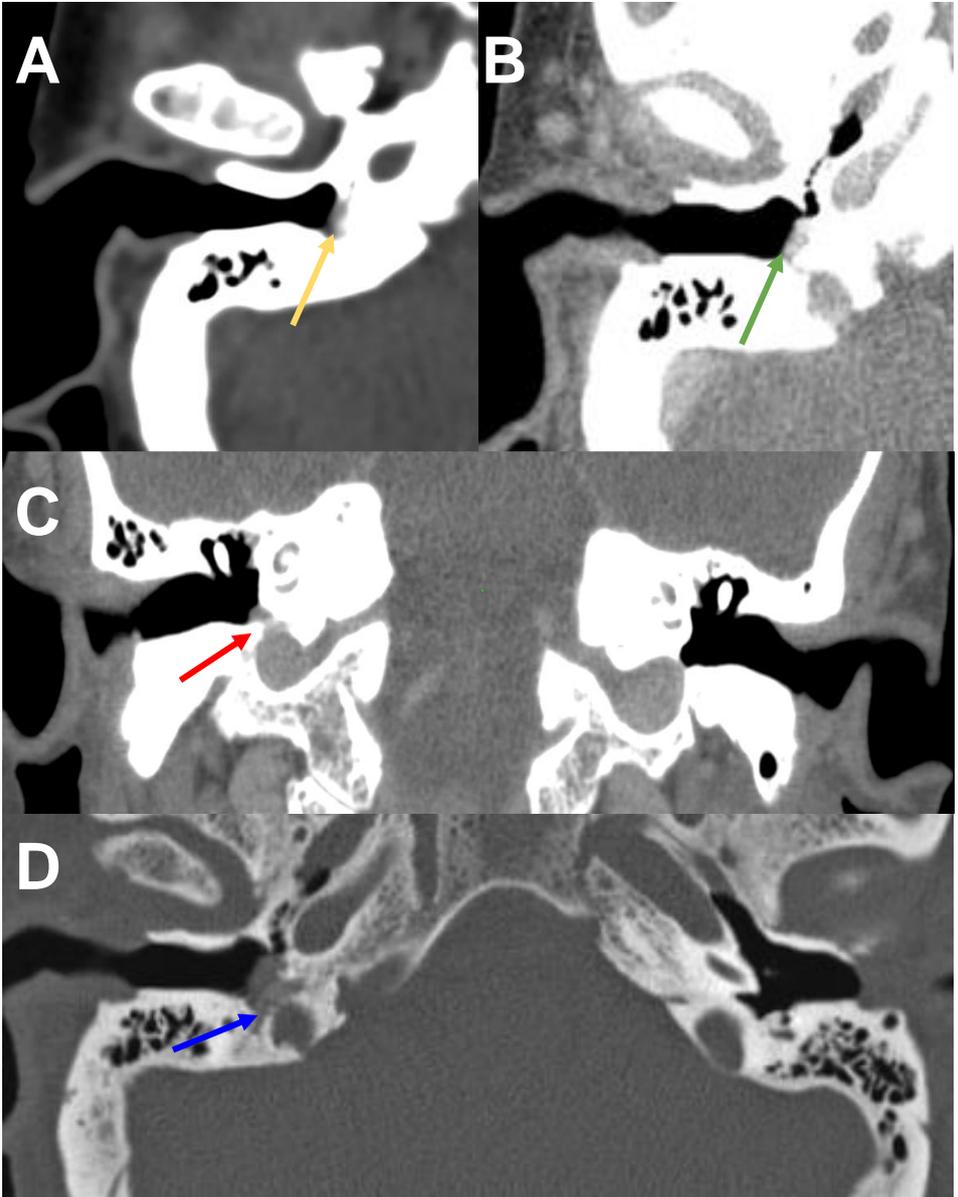


Figura 7. Mujer de 79 años que consulta por acúfenos continuos en oído izquierdo de 6 meses de evolución e hipoacusia bilateral. Al examen físico se observa una masa rojiza retrotimpánica pulsátil.

En TC de oído sin contraste (A) se observa en región hipotimpánica derecha una imagen ovoidea en contacto con promontorio (flecha amarilla) que tras administrar el contraste endovenoso (B) muestra realce (flechas verde) y se extiende hacia el foramen yugular (flecha roja en C), y se asocia a alteración de la densidad ósea (flecha azul) como se visualiza en imagen (D).

CONCLUSIÓN

Existen patologías poco frecuentes, muchas de ellas sistémicas, que afectan a los nervios craneales que deben ser conocidas por el radiólogo, con el fin de tener una valoración más allá de las patologías habituales como el schwannoma y el meningioma.

Bibliografía

Paes FM, Singer AD et al. Perineural spread in head and neck malignancies: clinical significance and evaluation with 18F-FDG PET/CT. *Radiographics*. 2013 Oct;33(6):1717-36. doi: 10.1148/rg.336135501.

Vogl TJ, Bisdas S. Differential diagnosis of jugular foramen lesions. *Skull Base*. 2009;19(1):3–16. doi:10.1055/s-0028-1103121

Kim JL, Mendoza PR et al. E. Optic nerve lymphoma: report of two cases and review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2015;60(2):153–165. doi:10.1016/j.survophthal.2014.11.004

Priego G, Majos C, et al. Orbital lymphoma: imaging features and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2012;3(4):337–344. doi:10.1007/s13244-012-0156-1

Karadağ, Demet et al. Trigeminal nerve involvement in T-cell acute lymphoblastic leukemia: value of MR imaging. *European Journal of Radiology*, Volume 44, Issue 1, 16 - 18

Loo SW, Dean AF, et al. Internal auditory canal metastasis mimicking a vestibular schwannoma at presentation - a case report and review of the literature. *Int Semin Surg Oncol*. 2009;6:8. Published 2009 Mar 31. doi:10.1186/1477-7800-6-8

Nagpal MP, Mehrotra NS et al. Leukemic optic nerve infiltration in a patient with acute lymphoblastic leukemia. *Retin Cases Brief Rep*. 2016 Spring;10(2):127-30. doi: 10.1097/ICB.0000000000000187.

Portia S, Silk, John I. Lane et al. Surgical approaches to vestibular schwannomas: what the radiologist needs to know. *Radiographics*. 2009 Nov;29(7):1955-70. doi: 10.1148/rg.297095713.