

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 43 años sin antecedentes.

Acude por presentar cefaleas crónicas pulsátiles de tipo frontal, secreción y congestión nasal. Solicitan TC de senos paranasales y ante los hallazgos descritos se indica la realización de RM de cerebro y angioRM.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

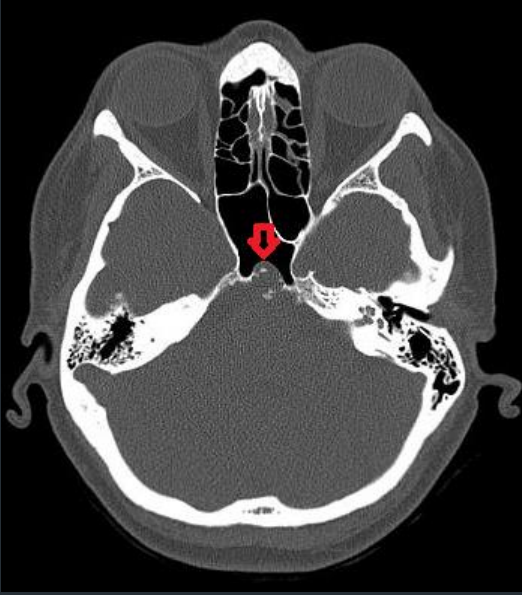


Fig. 1.
TC corte axial ventana ósea
Imagen nodular lobulada ubicada en topografía de arteria basilar



Fig2.
TC corte axial
Imagen previamente descrita adopta forma serpinginosa

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

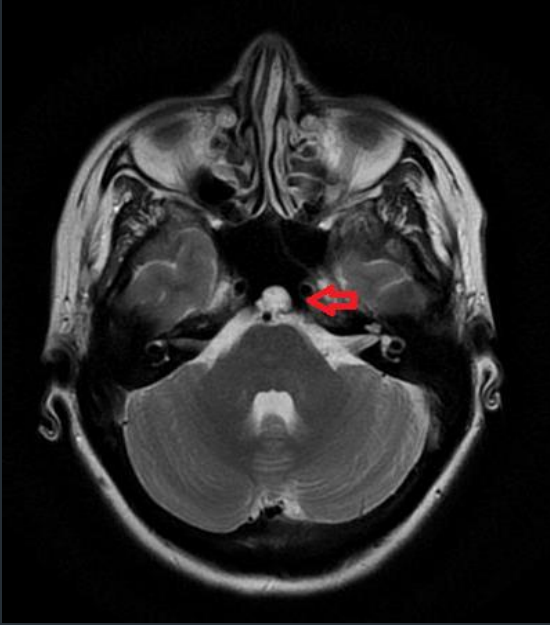


Fig. 3.
RM corte axial
secuencia T2
Imagen hiperintensa
ubicada en topografía
de la cisterna
prepontina por delante
de la arteria basilar

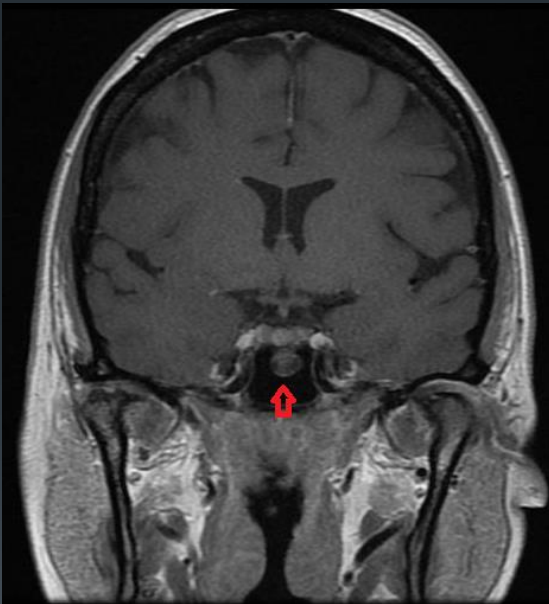


Fig. 4.
RM corte coronal
secuencia T1
Imagen hipointensa
ubicada a nivel del
clivus

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Fig. 5.
RM corte axial
secuencia
FIESTA imagen
serpiginosa de
baja señal.

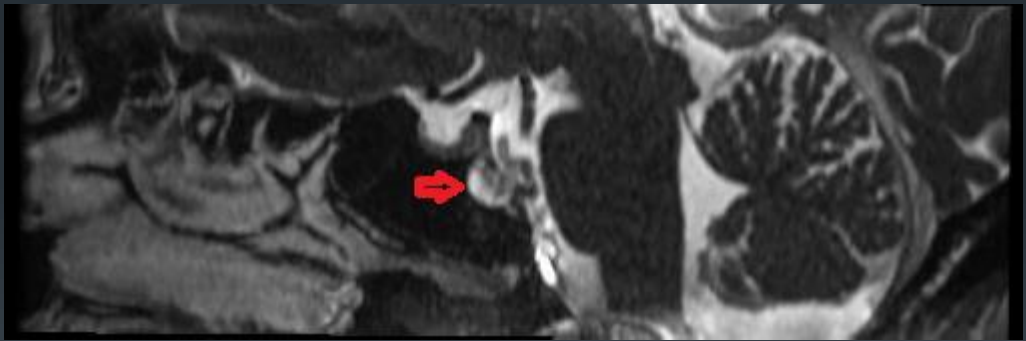


Fig. 6. RM reconstrucción sagital secuencia FIESTA: la imagen serpiginosa se ubica por delante de la protuberancia en localización retroclival.

DISCUSION

Luschka y Virchow acuñaron el término de ecchondrosis physaliphora. Müller reconoció su origen notocordal y Rippert establece el término de Ecchordosis Physalifora (EP).

La EP se sitúa típicamente a lo largo de la línea media del eje cráneo-espinal en el espacio intradural de la región retroclival y la cisterna prepontina, aunque se han descrito otras localizaciones como en el diente del axis o en el coxis.

EP en esta región suele ser asintomática

El diagnóstico diferencial entre la EP y los cordomas de localización intradural es complicado dado que comparten la misma localización y características histopatológicas.

Ambas entidades se consideran tumores derivados de la notocorda.

La EP es de carácter benigno y los cordomas poseen naturaleza maligna. Sin embargo, presentan rasgos diferenciales que ayudan a su reconocimiento.

DISCUSION

Ecchordosis Physalífora	Cordoma extraóseo intradural
Localización común en el espacio intradural, región retroclival Células physalíforas Origen relacionado con la notocorda Ausencia o bajo riesgo de recurrencia RM: Hiperintensidad en secuencias potenciadas en T2	
Naturaleza benigna	Naturaleza maligna
Ausencia de realce	Realce variable
Población joven	Población mayor
No proliferación Ki-67	Proliferación Ki-67
Ausencia de índice MIB-1	Presencia de índice MIB-1
Tallo óseo que conecta la masa retroclival con el clivus	No participación ósea

CONCLUSION

La EP es una lesión benigna de baja incidencia, identificada en el 2% de las autopsias. Se trata de una lesión de pequeño tamaño, de consistencia gelatinosa y hamartomatosa, hiperintensa en T2, localizada en el espacio intradural entre la protuberancia y el clivus.

El propósito de este estudio es para describir los hallazgos en la RM de EP y diferenciarlo con el cordoma.

El realce con contraste, la erosión ósea y la presencia de síntomas clínicos parece ser parámetros altamente confiables, pero no definitivos, en el diagnóstico diferencial de cordoma intradural y EP.

La presencia de cambios hipertróficos sutiles en el hueso adyacente en forma de un tallo delgado podría definirse como un sello morfológico de EP que no existe en otras lesiones.