



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2130 - Carcinomatosis leptomeníngea por un ependimoma medular. Reporte de un caso de lumbociática rebelde al tratamiento médico

M. Boksan^a, E.B. Zapata Ledo^b, A. Delgado García^b, J. Mroz^c, C.M. Maté Sánchez de Val^a, C. Celada Roldán^d, M. García Aroca^e, M.J. Conesa Espejo^f, C.G. Zambrano Clavier^g y T. Kostyrya^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^hMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a su médico de familia por cuadro de lumbalgia 1 semana de evolución, sin fiebre y con claras características mecánicas. Se comienza tratamiento analgésico, la paciente en periodo de 3-4 semanas, experimenta empeoramiento importante, requiriendo cada vez mas analgesia, el dolor cambia carácter siendo más intenso irradiado a miembros inferiores además refiere sensación de dificultad para orinar precisando hacer gran esfuerzo para el inicio de la micción junto con cefalea opresiva occipital y visión doble, ante el empeoramiento clínico su medico la deriva al servicio de urgencias, para valoración neurológica. Durante su ingreso en la planta de Neurocirugía tras la biopsia laminar, paciente pasa a Reanimación con clínica similar que antes, en los días sucesivos presenta más diplopía, cefalea y náuseas, con desconjugación de la mirada con grave alteración de la motilidad ocular extrínseca bilateral. Se realiza RMN cerebral urgente, donde se observa diseminación leptomeníngea troncocencefálica, la paciente fallece en dos días por la parada cardiorrespiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: El fondo de ojo presenta papiledema, con hemorragia retinal, MOE: discreta restricción para abducción de ambos ojos mayor derecho sin diplopía en la exploración. Se evidencia disminución de la fuerza 4+/5 en los miembros inferiores, y ROT exaltados en el miembro inferior izquierdo. Hipoestesia táctil y algésica crural izquierda. Analítica completa siendo normal, TAC de cerebro y angiotac venoso: normal. Punción lumbar: líquido amarillento con proteinorraquia y leucocitosis con mononucleares, siendo posteriormente cultivo de LCR negativo. RMN de la columna completa: múltiples formaciones sólidas, leptomeníngreas hipercaptantes, lobulares y en placa, de mayor extensión y tamaño en cono medular y cola de caballo. Tanto a nivel cervical como dorsal ocasionan deformidad medular. Diagnóstico carcinomatosis leptomeníngea/metástasis meníngea con mielopatía secundaria. Laminectomía lumbar y biopsia de lesión, anatomía patológica intraoperatoria: ependimoma.

Juicio clínico: Carcinomatosis leptomeníngea por un ependimoma medular.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia, sd. Guillain Barré, cefalea tensional.

Comentario final: Los tumores ependimarios son neoplasias que derivan de las células que rodean el sistema ventricular. Presenta dos picos de incidencia, hacia los 5 años, donde es especialmente frecuente a nivel del IV ventrículo y a los 35 años, aparición a nivel espinal. El lugar de origen de estas neoplasias varía según la edad, siendo más frecuente la localización intracraneal infratentorial en la infancia y la localización espinal en el adulto. La clasificación de la OMS divide a los tumores ependimarios en grado I, grado II, y grado III (ependimoma anaplásico). La presentación clínica varía según la localización. Los ependimomas del canal raquídeo, como en caso de nuestra paciente, pueden manifestarse como un síndrome centromedular o como un síndrome del cono medular progresivo. El tratamiento fundamental de todas las variantes es la resección quirúrgica y debe excluirse la diseminación leptomeníngea. La radioterapia focal se utiliza en los casos en que la resección es incompleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achen CJ, Tseng YC, Hsu HL, Jung SM. Imaging predictors of intracranial ependymoma. 2004.
2. The prognostic significance of postoperative residual tumor in ependymoma. Neurosurgery. 28:666.
3. Hukin J, Epstein F, Lefton D, Allen J. Treatment of intracranial ependymoma by surgery alone. Pediatr Neurosurg. 1998;29:40.