

CARTAS AL EDITOR

Crisis epiléptica y lipoma del cuerpo calloso: causa o hallazgo**Epileptic seizure and lipoma of corpus callosum: cause or incidental finding***Sr. Editor:*

Los lipomas representan menos del 1% de las lesiones intracraneales^{1–4}. Se ha comunicado su asociación a crisis epilépticas^{1,3}.

Presentamos el caso de un varón de 21 años que acudió a urgencias por un episodio de crisis epiléptica generalizada no convulsiva. La exploración neurológica fue normal. El paciente presentaba antecedentes de cefalea, pero no de epilepsia ni de retraso psicomotor. En la tomografía computarizada (TC) craneal se objetivó una masa en línea media con una densidad de -105 HU y calcificación periférica. El estudio con resonancia magnética (RM) evidenció una lesión homogénea en la región anterior con señal hiperintensa en secuencias T1 (fig. 1A), que se reducía en T2 (fig. 1B) y se anulaba en secuencias con supresión grasa (fig. 2) asociada a agenesia parcial del cuerpo calloso. El electroencefalograma mostró una actividad paroxística generalizada de ondas agudas intensificada con hiperpnea sin relación con fotoestimulación intermitente. Se constató

una adecuada correlación entre la localización del lipoma y las características clínico-electroencefalográficas de la crisis por lo que el paciente fue diagnosticado de crisis epiléptica en probable relación con lipoma tubulonodular del cuerpo calloso y agenesia parcial de éste.

Los lipomas se sitúan en la región pericallosa y en la proximidad de las cisternas cerebrales^{1–4}. Se ha sugerido que son resultado de la de persistencia anormal y mala diferenciación de la meninge primitiva durante el desarrollo de las cisternas subaracnoideas^{1,2,4,5}.

La prevalencia de lipomas sintomáticos es controvertida: algunos la establecen en el 60%⁴; otros propugnan que la mayoría de los lipomas son asintomáticos^{1,5}. Epilepsia, cefalea, retraso psicomotor y alteraciones en los pares craneales son las manifestaciones más frecuentemente notificadas^{1,2,4,6}. En 1980, Gastaut et al⁷ determinaron la relación entre el lipoma del cuerpo calloso y la epilepsia, su carácter grave, frecuente y precoz (antes de 15 años), así como su fisiopatología debida a desconexión interhemisférica. Desde entonces, varios autores han comunicado la asociación entre lipomas intracraneales y epilepsia. Sin embargo, pocos han constatado la adecuada correlación entre la localización de la masa y las características clínico-electroencefalográficas de la crisis epiléptica que facilitaría la consideración del lipoma como agente causal de la crisis³. En 2006, se realizó una revisión de 3.500 pacientes epilépticos en busca de lipomas. Se hallaron únicamente 5 casos

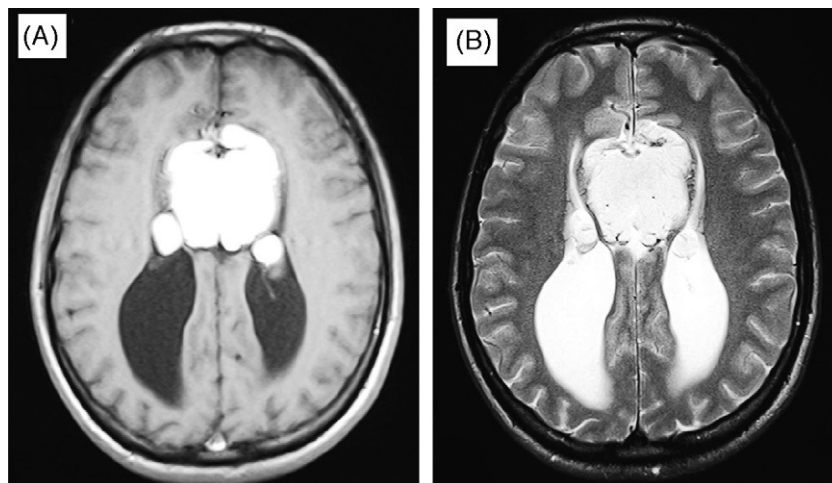


Figura 1 A: resonancia magnética (RM) ponderada en T1, en plano axial. B: RM ponderada en T2, en plano axial.



Figura 2 Resonancia magnética ponderada en T2 con técnica de supresión grasa, en plano coronal.

y sólo en uno de ellos se constató la adecuada correlación mencionada³, por lo que solamente en este caso se consideró que las crisis se debían al lipoma. La relación entre lipoma y epilepsia podría ser incidental³ y menos frecuente que lo esperado³, según los primeros estudios⁷. Se ha notificado una prevalencia de epilepsia del 20%⁵ en una serie de casos de lipomas en adultos y un 5%⁶ en otra similar en pacientes pediátricos; en la de adultos la sintomatología predominante era la cefalea⁵; en la pediátrica, el retraso psicomotor⁶.

Los lipomas del cuerpo calloso pueden ser tubulonodulares o curvilíneos. Los primeros, más frecuentes y voluminosos, suelen ser anteriores y con frecuencia asocian malformaciones². Los segundos suelen ser posteriores, pequeños y asintomáticos². Se ha descrito la relación con malformaciones cerebrales en la mitad de los lipomas del cuerpo calloso^{2,4}, y destaca su agenesia/disgenesia. Se ha comunicado la coexistencia de alteraciones vasculares¹ y displasias corticales¹ (por interferencia con el desarrollo de la corteza cerebral).

El estudio con neuroimagen suele ofrecer un diagnóstico de seguridad. La TC evidencia una masa lobulada extraaxial con una densidad entre -50 HU y -100 HU frecuentemente calcificada^{1,2,6}, sin edema ni captación de contraste. La calcificación es más frecuente en los lipomas de cuerpo calloso que en los de otras localizaciones². La RM objetiva una masa homogénea con señal hiperintensa en T1 que disminuye en T2 y se anula con secuencias de supresión grasa^{1-4,6}. No presenta realce con contraste paramagnético; sin embargo, su administración puede revelar una malformación venosa¹. La angio-RM puede detectar anomalías arteriales¹. Debe-

ría realizarse el diagnóstico diferencial especialmente con quistes dermoides y teratomas^{1,2}. Los quistes dermoides, hiperintensos en T1, presentan una señal heterogénea en T2 con cierto efecto de masa^{1,2}; los teratomas presentan una señal más heterogénea y pueden captar contraste¹.

La extirpación neuroquirúrgica está contraindicada^{1,3-5} por la importante vascularización y la adhesión al tejido colindante que dificultan la resección sin lesionar el parénquima adyacente, la falta de crecimiento (descrita la expansión con tratamiento esteroideo prolongado)¹ y la ausencia de efecto masa. La colocación de un drenaje o la administración de fármacos antiepilépticos en caso de hidrocefalia o epilepsia pueden ser necesarios^{4,5}.

Como conclusión, los lipomas intracraneales pueden ser causa de crisis epilépticas. No obstante, debe considerarse la mayor prevalencia de lipomas en población epiléptica³, por lo que ante su hallazgo, en un paciente que consulta por crisis epiléptica, resulta conveniente buscar una explicación alternativa, especialmente en los casos con una escasa correlación entre la localización de la masa y las características clínico-electroencefalográficas de la crisis. La RM con secuencia de supresión grasa facilita un diagnóstico de seguridad. El correcto diagnóstico tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas ya que la extirpación neuroquirúrgica está contraindicada, hecho que difiere del manejo de la mayoría de las masas intracraneales.

Bibliografía

1. Jabot G, Stoquart-Elsankari S, Saliou G, Toussaint P, Deramond H, Lehmann P. Intracranial lipomas: clinical appearances on neuroimaging and clinical significance. *J Neurol*. 2009;256:851-5.
2. Yildiz H, Hakyemez B, Koroglu M, Yesildag A, Baykal B. Intracranial lipomas: importance of localization. *Neuroradiology*. 2006;48:1-7.
3. Loddenkemper T, Morris 3rd HH, Diehl B, Lachhwani DK. Intracranial lipomas and epilepsy. *J Neurol*. 2006;253:590-3.
4. Fandiño J. Lipomas intracraneales. *Rev Neurol*. 2001;32:644-50.
5. Yilmaz N, Unal O, Kiyamaz N, Yilmaz C, Etlik O. Intracranial lipomas—a clinical study. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108:363-8.
6. Gómez-Gosálvez FA, Menor-Serrano F, Téllez de Meneses-Lorenzo M, Aleu Pérez-Gramunt M, Sala-Sánchez AG, Rubio-Soriano A, et al. Lipomas craneales en pediatría: estudio retrospectivo de 20 pacientes. *Rev Neurol*. 2003;37:515-21.
7. Gastaut H, Regis H, Gastaut JL, Yermenos E, Low MD. Lipomas of the corpus callosum and epilepsy. *Neurology*. 1980;30:132-8.

E.H. Martínez-Lapiscina*, M.P. Moreno García, M. Bujanda Alegría

Servicio de Neurología, Hospital de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elena_yosoy@gmail.com (E.H. Martínez-Lapiscina)

Accesible en línea el 31 Mayo 2010

doi:10.1016/j.nrl.2010.04.004