

Pinealoma Ectópico del IV Ventrículo ()*

Dr. Armando Bardales (**)

Probablemente la primera observación de tumor de la glándula pineal fue la efectuada por Blane [citado por Mackay (1)] en 1800. Desde entonces se han sucedido numerosas publicaciones sobre el tema y en 1943 W. O. Russell y Sachs (2) efectuaron una revisión sobre 58 casos encontrados en la bibliografía por ellos consultada. De esta manera se conoce hoy con más o menos precisión su cuadro clínico, la imagen radiográfica y el aspecto anatómico, tanto en lo que se refiere a su extensión hacia las formaciones vecinas e incluso hacia los espacios subaracnoideos como lo que concierne al aspecto histológico con sus dos tipos de células tan características.

Algunos autores han observado que en ciertos casos el tumor pineal se acompañaba también de otra localización metastásica en diferentes partes del sistema nervioso. Baudouin y colaboradores (3) comunicaron una observación y pinealoma con metástasis en las paredes del III ventrículo; Alajouanine y colaboradores (4) estudiaron un caso de tumor pineal con metástasis múltiple en el sistema nervioso central y nervios espinales y donde los autores piensan que la diseminación se produjo por la vía del líquido céfalo-raquídeo. Friedman y Plaut (5) comunicaron un caso similar donde había metástasis en las meninges y en los nervios craneales. Por otra parte existen también algunas observaciones de pinealoma metastásico en el III ventrículo, infundíbulo y región quiasmática como **son los** dos casos comunicados por Horrax y Wyatt (6), de localización en la región quiasmática, uno de los cuales presentaba diabetes insípida.

Más interesante aún, son los casos escritos de pinealoma ectópicos en los cuales los estudios anátomo-patológicos mostraron que la glándula pineal estaba indemne. Starck [citado por Mackay (1)] comunicó un caso de pinealoma en el infundíbulo y en el piso del III ventrículo en el cual la pineal estaba normal, si bien rodeada de algunas células de aspecto similar a las encontradas en el infundíbulo. Globus y Silbert [citados por D. S. Russell (7)] encontraron un pinealoma en el vermis cerebeloso. Cautier, Jentzer y Morsier [citados por D. S. Russell (1)] observaron también un pinealoma en la parte anterior del III ventrículo que invadía el infundíbulo y el quisma óptico. Mackay (1) se refiere a un caso de un tumor ependimario donde el estudio histológico mostró tratarse de un pinealoma. Ford y Muncie (8) comunicaron 3 casos de tumores de las paredes

(*) Trabajo de ingreso a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, leído en sesión ordinaria del día 24 de mayo de 1955.

(**) Bocado hondureño en el Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales.

del III ventrículo donde el cuadro histológico sugiere igualmente que se trata de pinealomas. D. S. Russell (7) comunicó 2 casos en el infundíbulo y en la pituitaria.

Buey (9) operó con buen resultado un pinealoma en el hipotálamo sin poder descartar la presencia de un tumor en la pineal aunque no había ningún signo clínico ni radiográfico de su evidencia; también Horrax (10) extirpó un pinealoma suprasellar con buen éxito no existiendo signos que hiciera pensar en compromiso de la glándula pineal.

En el curso del año recién pasado, hemos tenido ocasión de operar un voluminoso pinealoma que ocupaba el IV ventrículo, localización que no hemos encontrado en la bibliografía consultada, y cuya historia clínica resumida es la siguiente:

Observación N° 8121.—*L.T.M. enferma de 29 años de edad sin antecedentes de interés. Tres meses antes de su ingreso el 10-VI-54 comienza a presentar cefalea occipital y vómitos matutinos. En los últimos 20 días disminución de fuerzas en los miembros superiores especialmente en el lado izquierdo.*

Internada en un Hospital de Provincia, se le efectuó una punción lumbar donde se comprobó una disociación albúmino-citológica, (1.79 gr. 0% de albúmina y 1 célula por mm³.)

En el examen de ingreso a este Instituto encontramos: fondo de ojo normal, paresia facial central derecha, úvula desviada a izquierda y lengua igualmente a izquierda. Los signos de Barré y Mingazzini, eran positivos a izquierda donde se apreciaba además una discreta disimetría en las pruebas cerebelosas. La marcha con los ojos abiertos era normal, pero con los ojos cerrados describía la estrella de Babinski-Weil. Reflejos tendinosos exaltados bilaterales con clonus rotuliano y Oppenheim también bilaterales.

La radiografía simple del cráneo, mostró una sospecha, de hipertensión y el E.E.G. un registro de bajo voltaje en todas las derivaciones. El examen funcional del Vil par 'mostró hiperexcitabilidad vestibular y dirección preponderante -del nistagmus hacia la derecha, elemento que carece de valor para el diagnóstico de localización.

Con sospecha de un tumor de fosa posterior el 2-VII-54 se efectuó una ventriculografía que muestra una hidrocefalia bilateral y simétrica. Ensanchamiento del -acuoducto en su segmento inferior. Agrandamiento y deformación del IV ventrículo en cuyo interior se ve una sombra densa que corresponde a un tumor. Pineal en sitio normal (Fig. 1).

Intervenimos esta paciente encontrando que el IV ventrículo se encontraba totalmente ocupado por una neoformación de aspecto rosado que medía de 4 a 5 cm. 'de diámetro, su límite inferior llegaba ' hasta el segundo segmento cervical. Se pudo extirpar la neoformación en su totalidad y el examen histológico efectuado por el Dr. A. Martínez dice lo siguiente: "Tumor ovalado con superficie tuberosa de 6 x 4 cm. de diámetro con algunos nódulos secundarios; al corte es relativamente duro y presenta color rosado y dibujo como de glándula. En un extremo muestra un quiste de 2 cm. de diámetro que contiene líquido amarillento. Histológicamente se trata de un tumor formado por dos tipos de células: uno representado por abundantes elementos redondos mononucleados del tamaño de linfocitos con núcleo central bien teñido, sin mitosis, rodeado por citoplasma con pequeñas prolongaciones múltiples; otro que consiste en células de aspecto epitelial, grandes,

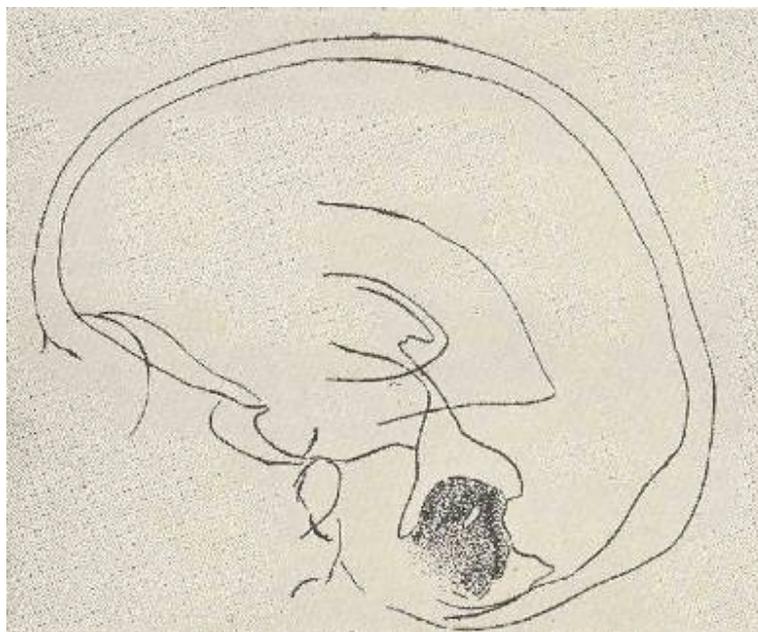


FIG. 1.—Esquema tomado de la imagen radiográfica en posición 7 de Lysholm

de 20 a 40 mieras, que se comportan de distinta manera con los diversos colorantes. En efecto, estos corpúsculos tienen citoplasmas abundante que toma color rojo con la fucsina pícrica; verde con índigo carmín; gris perla con hematoxilina férrica de Weigert y con carbonato de plata color marrón. Ambos elementos' celulares se mezclan entre sí y están agrupados en islotes y nódulos separados por estroma de aspecto conjuntivo bastante desarrollado. En algunos puntos las células grandes muestran esférulas calcificadas tal como se observa en las glándulas pineal adulta. No hay signos evidentes de malignidad. **DIAGNOSTICO: PINEALOMA**". (Fig. 2).

El tratamiento se completó con radioterapia profunda hasta totalizar 3.500 R siendo dada de alta el 20-VII-54- en buen estado general y con síntomas neurológicos similares a los de su ingreso.

COMENTARIO

Los pinealomas ectópicos plantean un problema muy interesante sobre su patogenia.

Descartado el caso de tumor metastásico con compromiso de la glándula pineal quedaría el problema de si el tumor es, en realidad, un auténtico pinealoma o no.

Mackay (1) piensa que se trata de pinealomas primarios y cuyo origen



**WIG. 2.—Microfotografía de Pinealoma. Ectópico del
IV ventrículo**

estaría en dependencia con el tejido endimario. En este sentido es interesante recordar que todos los casos descritos de pinealomas aberrantes estaban situados en la línea media y en vecindad con las formaciones endimarias.

Por su parte D. S. Russell (7) cree que el verdadero pinealoma sólo existe en muy contadas ocasiones. La autora cree que, la mayoría de las neoformaciones descritas como pinealomas, tanto los situados en la glándula pineal como los aberrantes, se trataría, en realidad, de teratomas atípicos, que presentan un cuadro histológico muy similar al pinealoma.

Sin entrar a considerar este problema nuestra intención ha sido aportar un nuevo caso de pinealoma ectópico y con una localización que hasta ahora no habíamos encontrado mencionada.

En nuestra observación se trata de una paciente que no presentó signos clínicos ni radiográficos de compromiso de la glándula pineal. Se

extirpó en su totalidad un tumor identificado microscópicamente como pineoloma.

En conclusión, nuestro caso corresponde a un pinealoma ectópico del IV ventrículo sin compromiso de la glándula pineal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—MACKAY R. P.: «Pinealoma of diffuse ependymal origin». *Arch of Neur. and Psych.* 42:892, 1939.
- 2.—RUSSEIX W. O. and SACHS E.: «Pinealora: a clinicopathologic study of seven cases with a review of the literature». *Arch, of Path.* 35:869, 1943.
- 3.—BAUDOUIN A., LHERMITTE J. et LEREBoulLET J.: «Un cas de pinéalome; absence de ma cromen i tosome preeoce. L° problém_e -de la cachexie hypohysaire.». *Rev. Neur.* 1:388, 1932.
- 4.—ALAJOUANIÑE C., HORNET C. et THUREL R.: «Pinéaloms avec metastasea múltiples, Dissémination par le liquido céphalorachidien», *Rev. Neur.* 68:793, 1937.
- 5.—FRIEDMAN E. D. and PLAUT A.: «Tumor of the pineal g-land (pínealocytoma) with meningeal and neural me tas tasase. *Arch of Neur. and Psych.* 33:1324 1935.
- 6.—HORRAX G. and WYATT J. P.: «Ectopic pinealomas in the chiasmal region». *J. of Neurosurgery.* IV:309, 1947.
- 7.—KUSSELL, D. S.: «The pineaioma: its relationship to teratoma». *J. Path. Baet.* 56:145, 1944.
- 8.—FORD F. R. and MUNOIE W.: «Malig-nant tumor within the thírd ventríele», *Arch. of Neur. and Psych.* 39:82, 1938.
- 9.—EUCY P. C.: «En la discusión del trabajo de MACKAY» *Arch. oí Neur. and Psych.* 42:902, 1939.
- 10.—HORRAX G.: «The role of pinealomas in the causation of diabetes insipidus». *Aun. Surg.* 126:725, 1947.