

## Carcinoma de plexos coroideos de presentación extraventricular Choroid plexus carcinoma of extraventricular presentation

Luis Guerra-García(1); Lizza Paz(2).

(1) Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala.  
(2) Departamento de Patología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Luis Guerra 095war@gmail.com

Recibido: 29/02/2020      Aceptado: 23/04/2020

### Resumen

*El carcinoma de plexos coroideos es incluido en los tumores cerebrales primarios por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y corresponde a una neoplasia maligna grado III. Es infrecuente en la población general, constituyendo menos del 1% de todos los tumores cerebrales. Es más frecuente en la infancia (80%); y en adultos la localización más frecuente es en el cuarto ventrículo (63%).<sup>[1]</sup> Presentamos el caso de una paciente de 59 años de edad, con carcinoma de plexos coroideos de presentación extraventricular, con invasión a tejido cerebral y sin hidrocefalia. Palabras clave: Carcinoma. Plexos coroideos. Neoplasia.*

### Abstract

*Choroidal plexus carcinoma belongs to primary brain tumors. These malignant neoplasms are rare, especially in adults. It is classified by the World Health Organization (WHO) as grade III. In the total population it represents less than 1% of all brain tumors. It is more common in male patients. They are more frequent in childhood (80%); in adults its most frequent location is the fourth ventricle (63%).<sup>[1]</sup> We present the case of a 59-year-old female patient with choroidal plexus carcinoma of extraventricular presentation, with invasion to brain tissue and without hydrocephalus. Keywords: Carcinoma. Choroid plexus.*

*Neoplasia.*

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v159i1.174>

### Introducción

La incidencia total de tumores cerebrales primarios corresponde a 21.42 casos por 100.000 habitantes; de éstos, los tumores de plexos coroideos representan menos del 1% (0.3 – 0.6%), de los cuales sólo el 15 – 30% son malignos (carcinomas).<sup>[2]</sup> Según la OMS, corresponde a una neoplasia maligna grado III, y es más frecuente en la infancia (80%). En dicha población se presenta principalmente en los ventrículos laterales (50%), seguido del cuarto ventrículo (40%) y del tercero (5%). En los adultos es más frecuente en hombres que en mujeres (3:1), y el sitio más común es el cuarto ventrículo (63%). Se han descrito localizaciones ectópicas (intraparenquimatosa, supraselar, epidural, espinal), y el 90% de los casos presenta hidrocefalia.<sup>[3]</sup>

### Presentación de caso

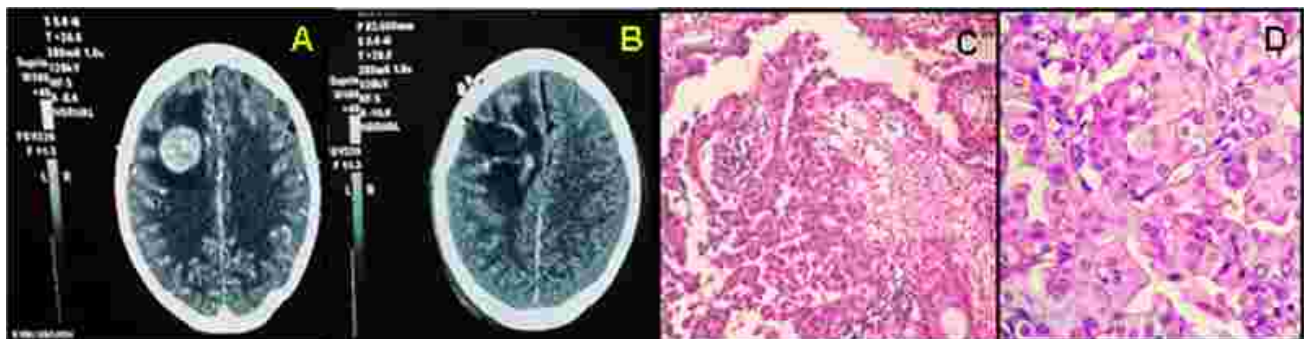
Paciente femenina de 59 años de edad, originaria y residente de la ciudad de Guatemala, ama de casa; quien consulta por alteración de la consciencia de una hora de evolución y convulsión tónica de tres minutos de duración; cuadro precedido por seis meses de cefalea intensa (8/10), asociada a náuseas y mareos esporádicos.

Antecedentes médicos: hipertensión arterial de 14 años de duración, tratada con ibersartán 150mg/día; dislipidemia de 5 años de evolución, tratada con estatinas; y evento cerebro-vascular hemorrágico 14 años antes. Al examen físico del ingreso, paciente alerta, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de coma de Glasgow de 15 puntos; pupilas isocóricas y foto-reactivas; disminución de fuerza muscular en miembro inferior izquierdo 2/5. Reflejos osteo-tendinosos y sensibilidad periférica adecuada. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral mostró masa ovalada de bordes definidos, hiperdensa, en lóbulo parietal derecho, con probables calcificaciones de la pared; abundante edema perilesional y realce homogéneo tras la administración de contraste intravenoso.

El sistema ventricular y cisternas sin anormalidades. No se evidenció hidrocefalia ni desviación de línea media (Figura 1A). El diagnóstico clínico de ingreso fue meningioma versus lesión vascular. La resonancia magnética cerebral evidenció, en región fronto parietal

derecha, a nivel de la cisura de Rolando, una imagen hipointensa en T1, que medía 30x27mm. Se realiza tomografía torácica y abdominal, las cuales no evidenciaron hallazgos patológicos. En sala de operaciones; se encontró un tumor intraaxial parietal derecho, blanquecino, con calcificaciones en su interior, fácilmente aspirable, poco vascularizado, el cual fue resecado en su totalidad. Se realizó TAC cerebral postoperatoria, que evidenció hematoma subdural fronto-temporal derecho, desviación de la línea media y neumoencéfalo frontal derecho (Figura 1B), por lo que fue reintervenida para drenar el hematoma.

Procedimiento sin complicaciones, y paciente es egresada a los 72 días, no ha regresado a consulta externa. Debido a la presencia de carcinoma in situ en plexos coroideos y transición del carcinoma hacia parénquima cerebral del lóbulo parietal derecho, el diagnóstico histopatológico fue carcinoma de plexos coroideos. (Figura 1C y Figura 1D). Además, la inmunohistoquímica reveló células neoplásicas positivas para pancitoqueratina y negativas para proteína ácida glial fibrilar.



**Fig.1:** Carcinoma de plexos coroideos. **A.** TAC cerebral pre-operatoria: evidencia masa hiperdensa ovalada en lóbulo parietal derecho, de bordes definidos. **B.** TAC cerebral post-operatoria: hemorragia intraparenquimatosa del lóbulo parietal derecho. Fotomicrografías mostrando carcinoma de plexos coroideos, con componente in situ (C, 20x), e invasivo (D, 40x).

## Discusión

Los plexos coroideos son una continuación de la piamadre a nivel de los ventrículos, y son los encargados de la formación del líquido cefalorraquídeo. Las células del plexo coroideo raramente dan origen a neoplasias. La mayoría de neoplasias del plexo coroideo son benignas (papilomas del plexo coroideo), y menos del 30% están constituidas por tumores malignos (carcinoma de plexos coroideos). Estos carcinomas son más frecuentes en la población pediátrica, y en adultos afectan principalmente a los hombres, localizándose principalmente en el cuarto ventrículo.

El presente caso es interesante porque ocurrió en una mujer de 59 años, que se manifestó principalmente como masa intraparenquimatosa, sin causar hidrocefalia ni desviación de la línea media, pero en el estudio anatomopatológico se encontró la conexión del tumor intraparenquimatoso con plexos coroideos intraventriculares, los cuales mostraban displasia y carcinoma in situ. Nuestra búsqueda de la literatura, en español e inglés, en PubMed, en la Biblioteca Virtual en Salud de Guatemala y en Google Académico, no reveló casos de carcinoma de plexos coroideos reportados en Guatemala.

*Consultado 27 ene. 2020. Disponible en <https://psicologiaymente.com/neurociencias/plexos-coroideos>.*

## Referencias      References

1. Villarejo, F., & Martínez, J. F. (2012). Tumores cerebrales en niños. *Lage Pediatr Integral*, 16(6), 475-486.
2. Azhani C, Chan KH, Fadli M, Saufi A (2017) Carcinoma de plexo coroideo: reporte de un caso y literatura. *Surg Rehabil 1*: DOI: 10.15761 / SRJ.1000108
3. *Psicología y mente* (2020). Plexos coroideos: anatomía, funciones y patologías (en línea).