

## CASO RADIOLOGICO

### Quiste del plexo coroideo

E. FRAILE\*\*, I. FIDALGO\* y M. R. RODRÍGUEZ\*

#### HISTORIA CLÍNICA

Hembra nacida de tercer embarazo de 38 semanas de duración y sin complicaciones, ocurrido en una madre de 34 años. Dos hermanos previos sanos. Durante una ecografía rutinaria realizada en la 31 semana de gestación, se detectó una lesión anecogénica de 13 mm. de diámetro en el área del plexo coroideo izquierdo. Parto vaginal espontáneo a las 38 semanas, Apgar de 7, 8 y 10 a 1, 5 y 10 minutos res-

pectivamente. Peso 2.400 grs. (Pc 10). Talla 47 cm. (Pc 25-10). P. Cefálico 31 cm. (< Pc 10). Fenotipo de Síndrome de Down. En la ecografía transfontanelar de la recién nacida aparece una estructura redondeada de 10 mm. de diámetro, anecogénica, de paredes bien definidas y contornos lisos, situada en el glomus del plexo coroideo izquierdo (Fig. 1). No existe hidrocefalia ni ninguna otra malformación significativa en el cerebro.

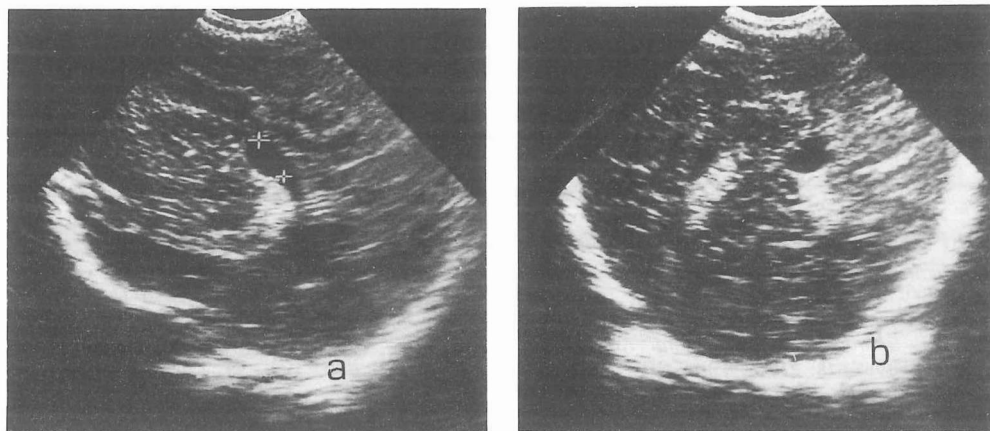


FIG. 1. Ecografía transfontanelar, mediante corte parasagital (a) y coronal (b). Se observa una estructura redondeada de unos 10 mm. de diámetro, anecogénica, de paredes lisas, situada en el glomus del plexo coroideo izquierdo

\* Servicio de Pediatría. Hospital Camino de Santiago. Ponferrada.

\*\* Servicio de Radiología. Hospital Camino de Santiago. Ponferrada.

## DIAGNÓSTICO Y COMENTARIOS

*Quiste del plexo coroideo*

El reconocimiento de lesiones quísticas en el neonato es una de las muchas ventajas de la ecografía cerebral, siendo en algunos casos, como en éste, diagnóstica.

Los quistes del plexo coroideo son lesiones fundamentalmente visualizadas por los patólogos, como lo demuestran los trabajos de SHUANGSHOTI y NETSKY (1), que los encuentran en un 66 % de las autopsias.

Estos quistes debido a su pequeño tamaño son difíciles de visualizar por TAC, siendo la ecografía el método idóneo para su diagnóstico, incluso se han logrado ver a las 17 semanas de gestación (2). Recientemente VEYRAC y COUTURE (2), observan 10 casos de quistes del plexo coroideo cuyas características son: unilateralidad, tamaño, alrededor de 1 cm., ausencia de hidrocefalia acompañante y evolución asintomática.

El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el quiste subepen-

dimal, el cual en un alto porcentaje se asocia o es consecuencia de hemorragia intraventricular o subependimaria; o bien es secundario a infección intraútero del tipo de citomegalovirus, toxoplasmosis o rubéola (3). También se han visto acompañando al síndrome cerebro-hepato-renal (4) y a veces aparecen sin causa reconocida (5). Además su localización en los ventrículos laterales hace posible el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Los papilomas del plexo coroideo son fácilmente diferenciables de los quistes por su estructura hiperecogénica de contornos irregulares y su comportamiento «vascular» en los estudios dinámicos con TAC (2).

La evolución siempre es benigna; en nuestro caso el quiste sigue presentando características similares en el segundo mes de vida.

Deseamos resaltar la coincidencia en un niño con síndrome de Down aunque no tenemos conocimiento de la mayor frecuencia de estos quistes en ésta ni otras cromosomopatías.

## BIBLIOGRAFIA

1. SHUANGSHOTI, S.; NETSKY, M. G.: *Neuro-epithelial (colloid) cyst of the nervous system. Further observations on the pathogenesis, location, incidence and histochemistry*. Neurology, 1966; 16: 887-903.
2. VEYRAC, C.; COUTURE, A.: *Normal and pathologic choroid plexus ultrasound*. Ann. Radiology, 1985; 28: 215-223.
3. SHACKELFORD, S. D.; FULLING, K. N.; GLASIER, CH. M.: *Cyst of the subependymal germinal matrix: Sonographic demonstration with pathologic correlation*. Radiology, 1982; 149: 117-121.
4. DANKS, D. M.; TIPPETT, P.; ADAMS, C.; CAMPBELL, P.: *Cerebro-hepatorenal syndrome of Zellweger*. J. Pediat., 1975; 86: 382-387.
5. SHAW, C. M.; ALVORD, E. C.: *Subependymal germinolysis*. Arch. Neurol., 1974; 31: 374-381.