

Tumor de fosa posterior

Nombres alternativos

[Tumor infratentorial](#)

Clasificación

[Tumor de cerebelo.](#)

[Tumor de tronco encefálico.](#)

[Tumor del ángulo pontocerebeloso.](#)

Epidemiología

Los [tumores](#) de la [fosa posterior](#) en los niños ocupan el tercer lugar en frecuencia después de las leucemias y los linfomas.

Sus variedades más frecuentes son:

[Meduloblastoma](#) (neuroectodérmico primitivo)

[Ependimoma](#)

[Astrocitoma cerebeloso](#)

Los [tumores del tronco cerebral](#) son gliomas que afectan predominantemente pacientes entre los 5 y los 10 años, y solo en un 20% afectan a pacientes adultos. Algunos tumores se extienden hacia el diencéfalo y otros son exofíticos, comprometiendo la [meninge](#) y dirigiéndose hacia el [cerebelo](#), a través de los [pedúnculos cerebelosos](#).

Si bien es cierto que los tumores de fosa posterior son mucho más comunes en los niños que en los adultos la distribución varía con la edad:

0 a 3 años de edad: supratentorial > infratentorial

4 a 10 años de edad: infratentorial > supratentorial

10 a la edad adulta temprana: infratentorial = supratentorial

adultos: supratentorial > infratentoriales

En general, 50 a 55% de todos los tumores cerebrales en los niños se encuentran en la fosa posterior.

Anatomía Patológica

[Quiste epidermoide](#)

[Quiste aracnoideo](#)

[Tumor rabdoide](#)

[Schwannoma](#)

[Meningioma](#)

[Metastasis](#)

Lesiones petrosas

Intraaxiales PNET([Meduloblastoma](#))

[Astrocitoma pilocítico de cerebelo](#)

[Ependimoma](#)

Astrocitoma pontino

[Hemangioblastoma](#)

Absceso

[Lhermitte-Duclos](#)

Fisiopatología

La fosa posterior en sí misma es un espacio pequeño y confinado y cualquier tumor que allí se desarrolle puede bloquear el flujo de líquido espinal y originar rápidamente un aumento de la presión en el cerebro y en la médula espinal.

Clínica

Los síntomas se desarrollan de manera muy temprana.

Entre los síntomas asociados por la [hipertensión intracraneal](#):

[Náuseas](#)

Vómitos

Cefalea

Somnolencia

Ataxia, falta de coordinación de la marcha

Falta de equilibrio

Los síntomas ocasionados por los tumores de la fosa posterior también se presentan cuando el tumor

lesiona las estructuras locales como los nervios del cráneo. Entre algunos de los síntomas de la lesión en los nervios craneanos se encuentran:

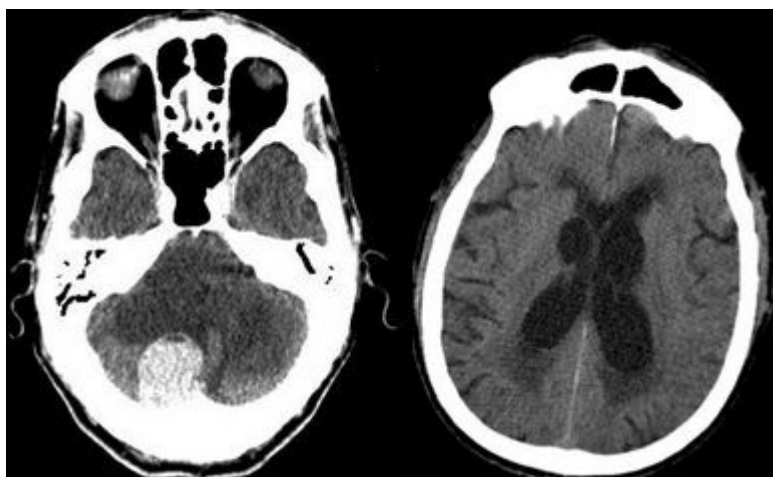
Pérdida de la audición Deficiencias en el campo visual Desviaciones del ojo Inestabilidad al caminar Debilidad del músculo facial Pupilas dilatadas Trastornos del sabor Pérdida parcial de la sensibilidad en la cara.

En una serie de 69 pacientes pediátricos se apreció Náuseas y vómitos (75,8%), cefalea (63,6%) y falta de coordinación (51,5%) seguido por somnolencia (28,8%), parálisis de nervio craneal (25,8%) y diplopía (24,2%) ¹⁾.

Los pacientes en la edad pediátrica suelen tener más síntomas neuropsicológicos ²⁾.

Diagnóstico

La mayoría se diagnostican a través de un TAC con hidrocefalia acompañante.



No obstante algunos pueden pasar desapercibidos, o no detectarse la presencia de otros.

La mejor manera de visualizar la fosa posterior es a través de una RM, por lo que se debe de completar mediante esta técnica.

En algunos casos con todo el eje espinal para detectar la presencia de metástasis a través de líquido cefalorraquídeo.

Diagnóstico diferencial

Dandy-Walker

Quiste aracnoideo

Aneurismas Quiste aracnoideo

Infarto

Esclerosis múltiple

Absceso

Mielinolisis

Tratamiento

[Tratamiento del tumor de fosa posterior](#)

Complicaciones

[Hernia cerebelosa ascendente](#)

[Hernia cerebelosa descendente](#)



Edema cerebeloso tras extirpación tumoral

Pronóstico

El pronóstico depende de la prontitud con la que se detecte el tumor. La obstrucción completa del flujo del líquido espinal ocasiona hernia y muerte, pero si los tumores se detectan antes de que esto suceda, se puede realizar una cirugía asociada con una tasa favorable de supervivencia a largo plazo.

Complicaciones

El síndrome de fosa posterior se compone de mutismo cerebral transitorio, síntomas cognitivos y alteraciones neuroconductuales que suelen desarrollarse en niños intervenidos por resecciones tumorales en fosa posterior.

El sustrato fisiopatológico del síndrome no está claro.

Podría representar un fenómeno de diasquisis cerebelo-cerebral, que refleja el impacto metabólico de la lesión del cerebelo en funciones cognitivas y afectivas supratentoriales (De Smet 2009).

Caso clínico demostrativo

Paciente de 16 años, sin antecedentes previos de interés.

Cefaleas desde hace 4 meses que por lo general empiezan en región frontal.

Ocasionalmente náuseas, vómitos con leve sensación de mareo.

La exploración neurológica mostró una **dismetría** y una maniobra de Romberg positiva.

TC cerebral: Tumor de fosa posterior, que condiciona severa hidrocefalia obstructiva supratentorial, con signos de edema transependimario.

RM cerebral: Masa expansiva en fosa posterior cerebelosa vermiana paramedial inferior izquierda, de aprox. 43*35*30 mm, de contornos nítidos bien definidos, heterogénea, predominantemente hipointensa en T1, marcadamente hiperintensa en T2, con zona periférica de aspecto sólido irregular y centro de aspecto necrótico/quístico. No restricción de la Difusión asociada en secuencia DWI. Componente de probable naturaleza hemorrágica endolesional, hipointenso en T2* y calcificación grosera en margen inferior paramedial izquierdo, observada en TC e hipointensa en T2*. Intenso realce de componente sólido en secuencias post-contraste, con visualización de vasos aferentes. Extenso edema vasogénico perilesional en hemisferio cerebeloso izquierdo y en pedúnculo cerebeloso medio homolateral. Importante efecto de masa, con desplazamiento anterolateral derecho del IV ventrículo y del tronco del encéfalo, herniación amigdalina descendente (aprox. 9-10 mm), incipiente herniación transtentorial ascendente y severa hidrocefalia obstructiva; con dilatación acueductal, del III ventrículo y de ventrículos laterales, obliteración de surcos subaracnoideos de la convexidad y signos de edema transependimario y actividad hidrocefálica, en forma de áreas periventriculares de alteración de señal con hiperseñal en T2 e hiposeñal en T1.

Resumen:

1. Masa expansiva en fosa posterior cerebelosa vermiana izquierda y de las características descritas. El diagnóstico diferencial incluye, dada la edad del paciente, localización y características semiológicas de la lesión: astrocitoma pilocítico/astrocitoma cerebeloso, hemangioblastoma, ganglioglioma, etc. Importante efecto de masa con herniación amigdalina descendente, incipiente herniación transtentorial ascendente y severa hidrocefalia obstructiva supratentorial, con signos de edema transependimario y actividad hidrocefálica.

Bibliografía

De Smet HJ, Baillieux H, Wackenier P, De Praeter M, Engelborghs S, Paquier PF, De Deyn PP, Mariën P. Long-term cognitive deficits following posterior fossa tumor resection: a neuropsychological and functional neuroimaging follow-up study. *Neuropsychology*. 2009 Nov;23(6):694-704.

1)

Kameda-Smith MM, White MA, George EJ, Brown JI. Time to diagnosis of paediatric posterior fossa tumours: an 11-year West of Scotland experience 2000-2011. *Br J Neurosurg*. 2013 Jun;27(3):364-9. doi: 10.3109/02688697.2012.741731. Epub 2012 Nov 27. PubMed PMID: 23186516.

2)

Varela M, Liakopoulou M, Alexiou GA, Pitsouni D, Alevizopoulos GA. Presurgical neuropsychological and behavioral evaluation of children with posterior fossa tumors. J Neurosurg Pediatr. 2011 Dec;8(6):548-53. doi: 10.3171/2011.8.PEDS11223. PubMed PMID: 22132911.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN
1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=tumor_de_fosa_posterior

Last update: **2019/10/18 05:51**

