

# Lesiones pineales incidentales en pacientes pediátricos

Mario Sergio Jaikin

División Neurocirugía Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad de Buenos Aires.

La indicación de Imágenes por Resonancia Magnética (IRM) ante síntomas inespecíficos hace que se presenten en nuestro consultorio pacientes con lesiones pineales incidentales: quistes pineales (QP). Dejamos de lado las lesiones pineales que provocan Hipertensión Endocraneana y/o síndrome de Parinaud, clínica predominante de los tumores de la región que son detectados generalmente en la Guardia.

Hay tres aspectos para considerar: clínica, características de las imágenes y posible evolución, lo que obliga a establecer un seguimiento y las sugerencias sobre las actividades cotidianas del niño. Al respecto, la familia se presenta generalmente a la consulta envuelta en angustia, información alarmante y desconcierto debido al aspecto saludable del paciente en contraste con la imagen hallada en “el medio del cerebro”.

La mayoría de los pacientes (seis) han llegado a mi consultorio derivados por Neurología con la IRM en mano. La consulta inicial era por cefaleas inespecíficas y en pocas ocasiones en el estudio de una convulsión.

El examen neurológico fue normal, excepto un caso de disminución de la agudeza visual, por un vicio de refracción y cefaleas. Y otro, luego de una convulsión.

Las características propias de un quiste simple de la región pineal son bien conocidas: imagen redondeada con contenido similar o ligeramente hipertenso en IRM en T1. En general sin refuerzo post contraste o alguna calcificación periférica. En la secuencia Flair la señal es alta, a menudo no suprime por completo, y en DWI-ADC no muestra restricción en la difusión.<sup>1,2,3,4</sup>

Hay pocas series con seguimiento suficiente sobre la historia natural de los quistes pineales incidentales y todas coinciden en la estabilidad de la lesión.<sup>1,2,3</sup>

Los casos que requirieron cirugía debido a Hidrocefalia, sangrado intracavidad o por crecimiento excesivo reportados son menos del 10% y en su histología predominan las capas superficiales de la pineal y 2% de pineocitomas.<sup>1,2,3,4</sup> Esta información sumada a las características imagenológicas nos da argumentos como para calmar la ansiedad familiar, del neurólogo derivante y del pediatra.

Nuestra experiencia no sistematizada coincide con las pocas series de seguimiento de pacientes portadores de QP.<sup>2,3,4</sup> No registramos ningún paciente en el cual se ob-

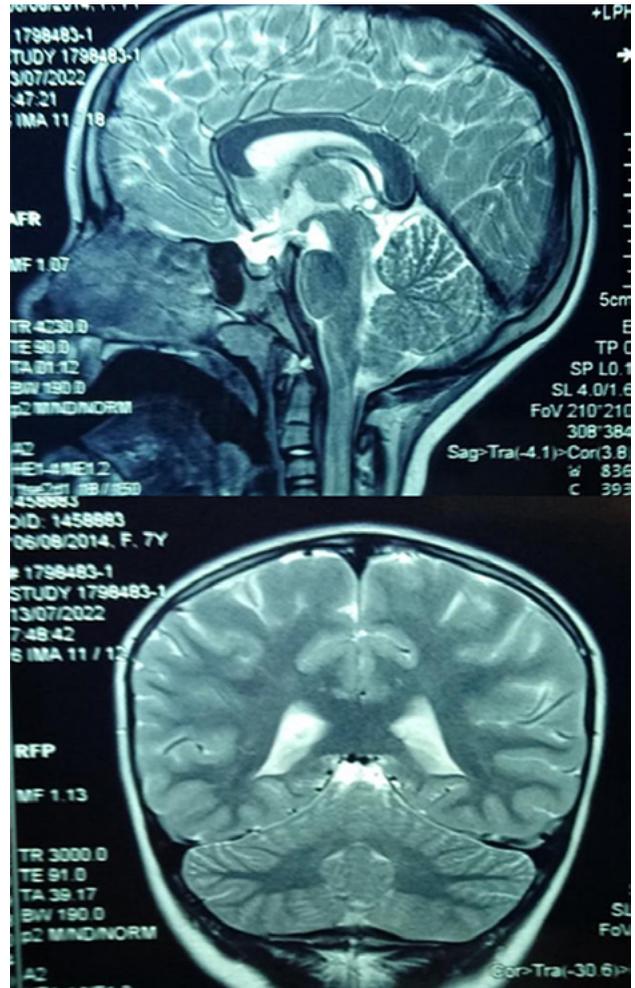


Figura 1: Caso ejemplo: paciente de 7 años. Derivada por cefaleas y disminución de la agudeza visual (corregida con anteojos). Seguimiento de dos años sin variantes en la IRM. Nótese la característica circular de la lesión y contenido que resuena similar al L.C.R

servó crecimiento o cambios estructurales de la lesión.

Ahora, debemos considerar que el descubrimiento de una lesión cerebral (a pesar de sus características “benignas” bien fundamentadas) genera siempre temor por un posible crecimiento y los riesgos en las actividades normales de un paciente en edad pediátrica.

Mi conducta es repetir la IRM en 3-6 meses y al año para asegurar la estabilidad de la lesión, sin restringir ninguna actividad del paciente durante ese período y con la última imagen similar a la diagnóstica otorgo el alta definitiva.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. The natural history of pineal cyst in children and young adults. Al-Holou W, Cormac O, Maher K, Murazko, Garton C. Journal of Neurosurgery: Pediatrics Vol 5: N2 (Feb 2016)
2. Pineal cyst in pediatric age. Mander M, Marcol W, Bierzyuka G, Kluezwere. Child's Nervous System 19 750-755(2003)
3. Pineal cyst. Tamalki N, Shinagataki K, Tingshai Li, Katayama S, Matsumoto S. Child's Nervous system 172-176(1989)
4. Pineal cyst and others pineal region malignances: determining factors and predictive of hydrocephalus and malignancy. Robert M. Starke, MD, MSc, Justin M. Cappuzzo, MD, Nicholas J. Erickson, BS, and Jonathan H. Sherman, MD. J.Neurosurg 127:214-254 (2017)