

Informe de alta de tumor límbico temporomesial

Motivo de ingreso

Mujer de 24 años de edad que ingresa por [tumor límbico temporomesial](#).

Antecedentes

No [reacción adversa a medicamentos](#).

Enfermedad actual

Tras privación de sueño, sufre episodio compatible con crisis tonico-clonica generalizada. Desde entonces con Keppra 500/12h no se ha vuelto a repetir, mala tolerancia primera dosis de Zebinix. Refiere episodios de cefaleas de larga evolución.

[Escala de Karnofsky](#) 100

Exploración física

Consciente y orientado en tiempo lugar y persona. No alteraciones del [lenguaje](#). [Pupilas](#) isocóricas y normorreactivas. No disminución de [agudeza visual](#). [Campimetría](#) por confrontación normal. No alteraciones de [pares craneales](#). No [signos meníngeos](#). No alteración de [fuerza](#) ni de [sensibilidad](#). [Reflejos](#) simétricos. [Romberg](#) negativo. No [dismetría](#) ni [adiadococinesia](#). Sin trastornos de la [marcha](#).

Exploraciones complementarias

TAC craneocerebral

En uncus temporal derecho se aprecian calcificaciones groseras puntiformes agrupadas sin apreciar edema periférico ni efecto masa. Se recomienda completar estudio con RM para adecuada valoración.

No evidencia de lesiones hemorrágicas parenquimatosas ni extraaxiales. Tampoco se aprecian signos de isquemia aguda establecida. Sistema ventricular de tamaño y morfología normal para la edad. No se aprecian efectos de masa ni desplazamiento de línea media. Patrón de surcos y cisternas conservados. No se aprecian

RMN Cerebral

Lesión uncinal derecha que capta contraste. Marcada asimetría entre ambos fascículos longitudinales inferiores, observándose una pérdida de fibras en el hemisferio derecho, en probable relación a la LOE, la cual se encuentra en proximidad a este fascículo en relación con el borde externo de la lesión. Se detecta correctamente el cíngulo derecho, si bien su segmento parahipocampal se encuentra en íntimo contacto con la LOE a intervenir, presentando una localización inferior y/o envolvente a la misma. Se observa correctamente el fascículo inferior fronto-occipital derecho el cual se encuentra en proximidad a la LOE, con una localización superior a ésta. Observamos igualmente un fascículo uncinado derecho íntegro en todo su recorrido, si bien este se encuentra en íntimo contacto con el borde externo de la LOE. No se han observado otros hallazgos de interés en la presente exploración.. Se genera para la planificación de la cirugía superposiciones de los siguientes fascículos: Uncinado (amarillo), radiaciones ópticas (fascículo inferior longitudinal e inferior fronto-occipital en verde) y segmento parahipocampal del cíngulo (azul). Las superposiciones se generan en los tres planos con las secuencias de neuronavegación con y sin contraste.

PET

Lesión amígdala derecha hipermetabólica.

Evolución

Tras evaluación preanestésica y consentimiento informado se procede a [exéresis](#) de la lesión.

Se remite muestra para análisis histológico.

Pasa a Unidad de Reanimación donde evoluciona de forma favorable por lo que pasa a planta de hospitalización.

RM cerebral postquirúrgica

Cambios postquirúrgicos de craneotomía fronto temporal derecha. Cavidad de encefalomalacia en uncus derecho con depósito de hemosiderina periférico y alteración en la intensidad de señal en el polo temporal anterior derecho. Se identifica un foco de isquemia de 6 mm en el bote lateral derecho del lecho de la cirugía. Foco de realce nodular en el borde posterior del lecho de la cirugía de 6 mm de longitud x 3 mm de eje transversal, a valorar evolutivamente. No se identifican claros signos de resto tumoral, tomando en consideración que no disponemos de estudios RM previos para comparar. Colección subdural hemisférica derecha de 5 mm de grosor con extensión hacia fosa craneal media, hay un desplazamiento de la línea media hacia la izquierda 2 mm. Tras la administración de contraste se identifica realce difuso de las paquimeninges hemisféricas derechas. Lesión quística de 8 x 5 mm en la cisterna de la lámina cuadrigémina sugerente de quiste de la glándula pineal, con realce periférico tras la administración de contraste. No se observa hidrocefalia. Edema de partes blandas en la región subgaleal derecha, con una colección de 7.5 x 0.7 cm (L x T). CONCLUSIÓN: Cambios postquirúrgicos de resección de lesión en uncus derecho, identificando un foco de 6 mm de isquemia periquirúrgica. Foco de realce nodular en el borde posterior del lecho de la cirugía de 6 mm de

longitud x 3 mm de eje transverso, a valorar evolutivamente.

4º día postquirúrgico. Asintomática. Consciente, orientada y sin focalidad neurológica. Afebril, T.A 120/75 Sin trastornos del sueño. Ingesta alimenticia correcta sin trastornos miccionales ni trastornos defecatorios. Con profilaxis antitrombótica Sin rehabilitación Última analítica de sangre 24.10.18 sin alteraciones.

Resultado histológico

Ganglioglioma GRADO I DE LA OMS

Diagnóstico principal

Tumor límbico temporomesial. Ganglioglioma GRADO I DE LA OMS

Tratamiento al alta

1. Cura diaria de herida con betadine 2. Retirar puntos en 7-8 días en su centro de salud habitual 3. Paracetamol 1g/vo/8h 4. Metamizol 575mg/vo/8h alterno con paracetamol si mas dolor 5. Bemiparina 2500sc/24h 4-5 días y retirar 6. Kepra 500mg/vo/12h

Recomendaciones

Curas diarias de la herida en su centro médico.

Puede mojarse la herida para el aseo pero después debe secarla bien, curar y cubrir nuevamente.

Retirar los puntos a partir del día..... en su centro de salud

Evitar esfuerzos durante las próximas 3 semanas tras el alta.

Recuerde que tiene usted la siguiente cita:

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=informe_de_alta_de_tumor_limbico_temporomesial

Last update: 2025/05/04 00:01

