Tumor parietal

véase lóbulo parietal

Epidemiología

Los tumores más frecuentes son

Glioma

Metástasis

Clínica

El lóbulo parietal es el área principal sensitiva de la corteza por lo que los trastornos sensitivos son las manifestaciones más notorias de esta localización.

La circunvolución postcentral es la más relacionada a la sensibilidad, y las distintas partes del cuerpo se hallan representadas en forma similar a la representación motora en la circunvolución precentral.

La irritación de la circunvolución postcentral produce crisis Jacksonianas sensitivas correspondientes al foco de la irritación.

Los trastornos sensoriales corticales son principalmente de reconocimiento (gnosia) de aspectos espaciales discriminativos de la sensibilidad, (asterognosia), las lesiones postcentrales también producen hipotonía y atrofia de las áreas afectadas así como ataxia estática y cinética.

Las lesiones del pliegue curvo izquierdo producen alexia y agrafia y puede asociarse agnosia digital y acalculia.

Cirugía

La cirugía de estos tumores permite resecciones principalmente en el lado no dominante, con las limitaciones de afectar importantes áreas funcionales.

Hoja operatoria

Hoja operatoria de extirpación de tumor parietal.

Informe de alta

Informe de alta de tumor parietal

MOTIVO DE INGRESO

Hombre de 51 años de edad que ingresa por NEOPLASIA CEREBRAL procedente del HOSPITAL

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente trasladado desde tras presentar crisis generalizada tónico-clónica y ser diagnosticado mediante TC y RM de lesión parietal izquierda intraxial. Se practicó tractografía cerebral por tensor de difusión.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Normal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ESTUDIO DE TRACTOGRAFÍA CEREBRAL POR TENSOR DE DIFUSIÓN. 3T.

INFORME:

El análisis de tractografía por tensor de difusión no ha mostrado hallazgos de interés en el cuerpo calloso. Los resultados igualmente no mostrarían hallazgos de interés en el tracto corticoespinal izquierdo encontrándose éste íntegro. No se evidenciarían en la presente exploración resultados sugerentes de la existencia de una alta proximidad entre éste y la LOE a intervenir. Sin embargo evidenciamos hallazgos sugerentes de afectación del fascículo longitudinal superior izquierdo. Éste se encontraría afectado por la lesión, con resultados sugerentes de desestructuración del mismo por el edema lesional así como probable infiltración por la lesión en su segmento posterior. Los resultados mostrarían la existencia de un íntimo contacto entre el segmento posterior y la pared medial de la lesión. Consideramos que es muy probable que parte de éste fascículo se encuentre infiltrado por la LOE. No se han objetivado otros hallazgos de interés en el resto de fascículos y tractos analizados. La comisura antero-posterior aparece conservada.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Postoperatorio sin incidencias. Se practicó RMN precoz postoperatoria INFORME:

Cambios postquirúrgicos con craneotomía parietal izquierda. Se aprecia pérdida de sustancia del parénquima cerebral parietal izquierdo secundario a exéresis tumoral, apreciándose un área quística de encefalomalacia con algún foco hipointenso en su interior en relación con restos de hemosiderina tras la intervención quirúrgica.

Tras la administración de contraste se identifican dos realces, uno en la parte más inferior del área de malacia en su borde medial, de pequeño tamaño y otro de morfología pseudo-nodular en el borde lateral con un diámetro máximo aproximado de 2 cm CC-oblícuo. En el contexto clínico dado, tratandose de un estudio postquirúrgico precoz (24h) los realces están en relación con restos tumorales. CONCLUSIÓN: Cambios postquirúrgicos secundarios a la resección de LOE parietal izquierda con dos realces uno de ellos de morfología pseudo-nodular en la periferia del área de encefalomalacia del lecho quirúrgico en relación con restos tumorales.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Tumor Parietal izquierdo

OTROS DIAGNÓSTICOS

PENDIENTE DE FILIACION DEFINITIVA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Intervenido el día 16/09/2013.

BAG. Decúbito supino cabeza lateralizda a la derecha sobre craneostato de Mayfield. Incisión longitudinal parietal izquierda amplia. Se respeta colgajo de periostio pediculizado a caudal. Craneotomía subyacente. Durotomía en 'C' invertida hacia STI. Se aprecia córtex engrosado en tre vena de Trolard y tributaria posterior. Se identifican estructuras anatómicas relevantes como surcos central y poscentral. Corticotomía sobre giro engrosado, apareciendo inmediatamente subcortical tumor muy vascularizado con necrosis central y vasos parcialmente trombosados. Se realiza exéresis anatómica identificando surcos a nivel subcortical. Se completa exéresis hacia región de la cápsula interna con aspirador ultrasónico a mínima potencia con el objetivo de no dañarla. Se realiza hemostasia cuidadosa del lecho. Colocamos láminas de espongostán sobre el córtex expuesto. Cierre dural hermético. Pexias laterales y centrales. Se repone hueso propio con 3 miniplacas y tornillos. Cierre de subcutáneo con reabsorbible y piel con grapas. Sin incidencias. AP intraoperatorio: Glioma de alto grado.

CIRCUNSTANCIAS AL ALTA

CURACION O MEJORIA

DESTINO AL ALTA

MEDICO DE CABECERA

RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO A SEGUIR TRATAMIENTOS PRESCRITOS: DEXAMETASONA 4 MG / 30 COMPRIMIDOS. 1 COMPRIMIDO cada día durante 90 días. LEVETIRACETAM 500 MG / 60 COMPRIMIDOS. 1 COMPRIMIDO cada 12 horas durante 90 días. HIBOR 3.500U.I. 30 JERINGAS PRECARGADAS 0,2ML. 1 JERINGA PRECARGADA cada día durante 30 días.

RETIRADA DE GRAPAS POR ATENCION PRIMARIA A PARTIR DEL PROXIMO DIA SERA CITADO TELEFONICAMENTE PARA REVISION UNA VEZ SE DISPONGA DEL DIAGNOSTICO DEFINITIVO

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

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=tumor_parietal

Last update: **2020/02/17 11:16**