

Lipoma del cuerpo calloso

J.M. Flores-Barragán, M.A. del Real-Francia, M.J. Gallardo-Alcañiz



Figura 1. Resonancia magnética, secuencia T₁, corte sagital: se observa una imagen lineal pericallosa compatible con un lipoma del cuerpo calloso.

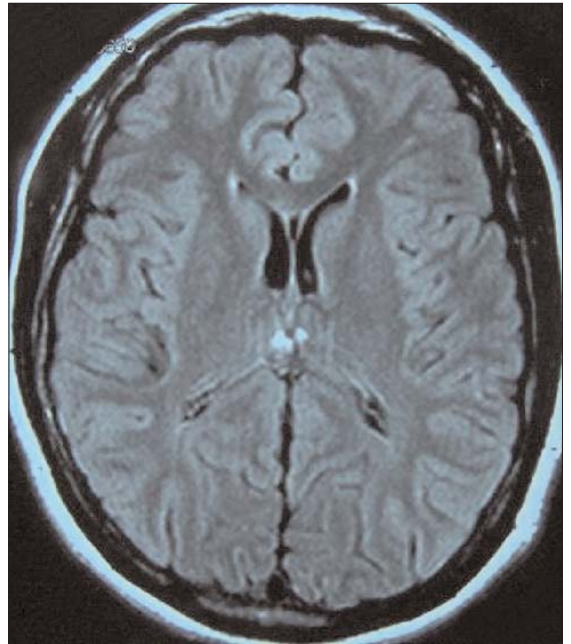


Figura 2. Resonancia magnética, secuencia T₁, corte axial: se observan lesiones hiperintensas compatibles con el diagnóstico de lipoma del cuerpo calloso.

Caso clínico. Mujer de 44 años con diagnóstico de epilepsia desde la infancia. Inicio de crisis desde el primer año sin fiebre, que se trató con fenobarbital y posteriormente con ácido valproico. Refirió que presentaba episodios de desconexión y, a veces, crisis tónico-clónicas secundariamente generalizadas. En el momento actual presentaba crisis parciales complejas e infrecuentes. El electroencefalograma digital mostró una actividad epileptiforme consistente en complejos punta-onda y onda aguda-onda lenta. La resonancia magnética craneal descartó lesiones temporales mediales y mostró una lesión pericallosa hiperintensa en T₁ e hipointensa en T₂, compatible con un lipoma del cuerpo calloso (Figs. 1 y 2).

Discusión. Los lipomas intracraneales constituyen menos del 0,1% de las masas intracraneales. El 50% se localiza en la cisterna pericallosa [1]. Se consideran malformaciones congénitas de la aracnoides. En 1856, Rokitansky fue el primero en describir un lipoma de cuerpo calloso asociado a su agenesia. Se estima que al menos el 40% son asintomáticos. La forma de pre-

sentación típica suele ser con epilepsia, cefalea o disfunción motora. Clásicamente se han distinguido dos síndromes clínicos: síndrome del esplenio del cuerpo calloso posterior, donde existe una alexia hemilateral, y síndrome del cuerpo calloso anterior, con dificultad para imitar posturas o movimientos rítmicos en las extremidades. Los curvilíneos suelen afectar a la región posterior y ser asintomáticos, mientras que los tubulonodulares suelen afectar a la región anterior y se asocian a graves malformaciones frontales. La extirpación quirúrgica no está indicada [2].

En la resonancia magnética se presenta con alta intensidad en T₁ e hipo o isointensidad en T₂, sin captar gadolinio. La confirmación se realiza mediante la técnica de supresión grasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yildiz H, Hakyemez B, Koroglu M, Yesildag A, Baykal B. Intracranial lipomas: importance of localization. *Neuroradiology* 2006; 48: 1-7.
2. Fandiño J. Lipomas intracraneales. *Rev Neurol* 2001; 32: 644-50.

Acceptado tras revisión externa: 01.07.08.

Sección de Neurología. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real, España.

Correspondencia: Dr. José Manuel Flores Barragán. Sección de Neurología. Hospital General de Ciudad Real. Avda. Tomelloso, s/n. E-13005 Ciudad Real. E-mail: josemfb@hotmail.com

© 2008, REVISTA DE NEUROLOGÍA