



SÍNDROME DE PARINAUD COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE TUMOR GERMINAL

Dra. Fabiola Marycruz De la Fuente Silva
Médico de Base de Neurología Pediátrica



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza*,

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Parinaud (SP) fue descrito en 1883. Se debe a compresión o daño isquémico del tectum mesencefálico, presentando parálisis supranuclear de la mirada vertical, disociación pupilar luz-cercanía, nistagmo de convergencia-retracción, retracción palpebral superior (signo de Collier). Se ha asociado a tumores de glándula pineal e infartos de mesencéfalo, enfermedades congénitas, adquiridas, TCE, neuroinfecciones.

Presentación del caso: Masculino de 13 años con Epilepsia generalizada tratada VPA y TPM 3 años, libre de crisis, TDAH sin manejo, Discapacidad intelectual moderada. PA: Inicia hace 7 meses con endotropia derecha, cefalea pulsátil frontal bilateral 8/10, fotofobia y fonofobia, sin irradiación, vómito en proyectil, cefalea, tratado con AINES, evolución progresiva, agregándose dolor extremidades inferiores y tendencia somnolencia. EF: orientado persona, no espacio/tiempo, tendencia somnolencia, pupilas 3-4 mm, no fotomotor/consensual bilateral, mirada primaria exotropia derecha, parálisis mirada hacia arriba, nistagmo de retracción por convergencia. Respuesta plantar extensora derecha, marcha con aumento plano de sustentación, latero pulsión derecha. Rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivo. TC cráneo dilatación sistema ventricular, hidrocefalia obstructiva, edema cerebral, tumoración glándula pineal probable germinoma. IRM cráneo Tumor en región pineal obstruye 3º ventrículo de 31x27x34mm. Colocación VDVP y posterior Craneotomía lesión grisácea cauchosa, indurada en glándula pineal. Tumor germinal mixto de glándula pineal (teratoma maduro aprox. 80%, tumor senos endodérmicos aprox. 15%, carcinoma embrionario en menos 5%). Tratamiento con Quimioterapia.

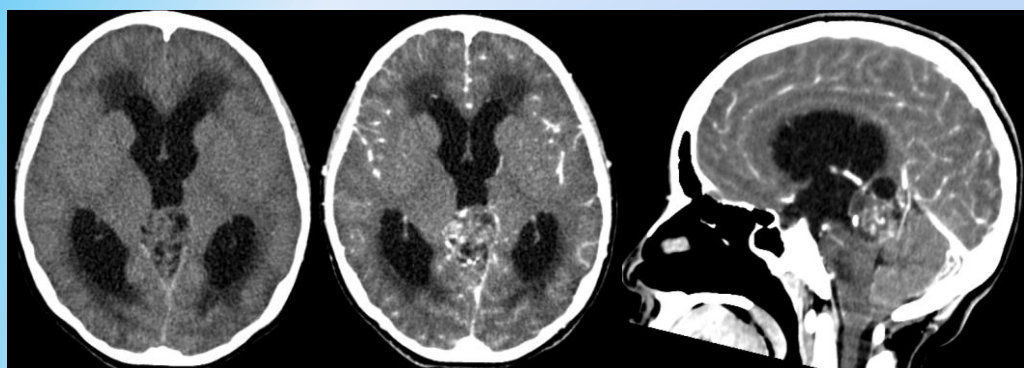


Figura 1. TC cráneo simple y contrastada inicial cortes axiales y sagital.

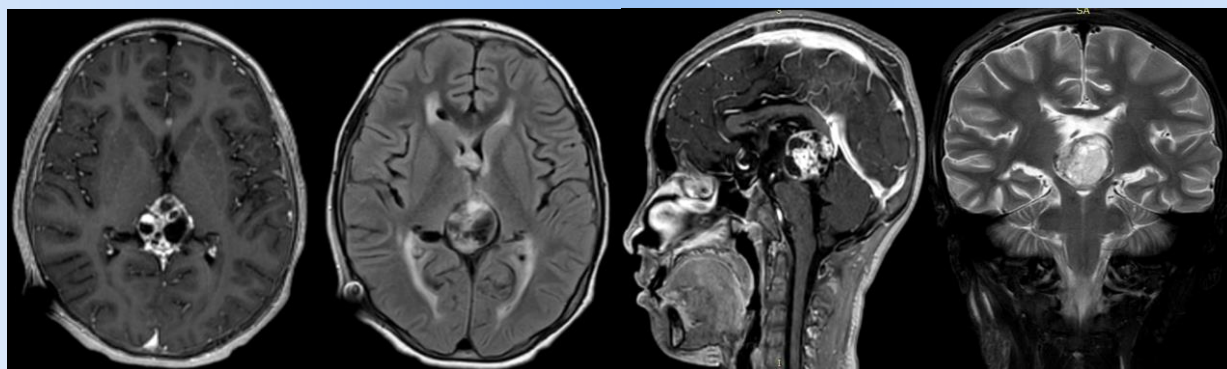


Figura 2. IRM cráneo posterior a colocación de VDVP: T1 Gd y T2 corte axial, T1 Gd sagital, T2 coronal

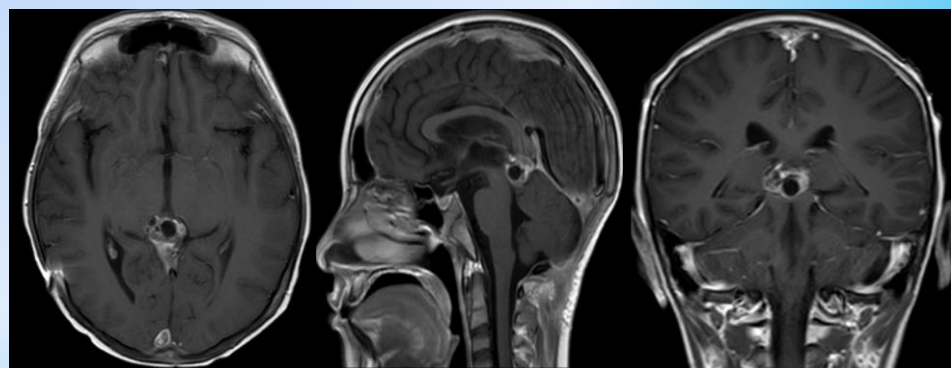


Figura 3. IRM cráneo 4 meses posteriores a Craneotomía y Quimioterapia: T1 Gd corte axial, T1 sagital, T1 Gd coronal.

CONCLUSIÓN: Se debe considerar a los Tumores Germinales como causa del SP, siendo un grupo poco frecuente de tumores en niños que pueden invadir la región dorsal del tallo cerebral.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Partap S, Monje M. Pediatric Brain Tumors. Continuum (Minneap Minn). 2020 Dec;26(6):1553-1583.
2. Prakash E, Kuht HJ, Harieaswar S, et al. Dorsal midbrain (Parinaud) syndrome Practical Neurology 2021;21:550-551.