

Anexo III

QUISTES DE GLÁNDULA PINEAL

La presencia de quistes a nivel de la glándula pineal suele descubrirse de forma casual al realizar una prueba de imagen (RM o TAC) por otro motivo. Tienen una frecuencia aproximada de 2 de cada 100 niños (se prevé que conforme mejore la resolución de las pruebas de imagen aumente su frecuencia, pues en autopsias se describen hasta en un 20 o 40% de los pacientes). En ocasiones asocian depósitos de calcio en sus paredes.

No se conoce claramente la causa de estos ni su evolución natural, si bien se sabe que es más frecuente su crecimiento durante los 6 primeros años de vida, con tendencia a permanecer estables a partir de los 13-14 años.

En raras ocasiones son responsables de patología, y cuando sucede suele ser debido a su tamaño (generalmente a partir de 2 cm, siendo muy raro en aquellos quistes de menos de 1 cm de tamaño).

Los síntomas son secundarios a la obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo, que ocasiona: cefalea crónica, síntomas visuales y vómitos; en lactantes, fontanela abombada o aumento del perímetro craneal.

Ocasionalmente pueden asociar trastornos del sueño.

Así mismo se pueden relacionar con alteraciones endocrínicas: pubertad precoz, enlentecimiento de crecimiento o diabetes insípida (beber mucho y orinar mucho).

Una complicación muy infrecuente, aunque potencialmente muy grave, es el sangrado intraquístico, que puede provocar una obstrucción brusca al paso del LCR.

Su relación con la cefalea aislada o la migraña no está claramente demostrada; no obstante, sí que parece que pueda existir una relación con la cefalea nocturna, pudiendo mejorar en este caso con tratamiento con melatonina.

En función del tamaño, características del quiste, edad del paciente y síntomas acompañantes, la actitud será diferente.

Ante un niño con un quiste asintomático (hallazgo incidental), se valora la morfología de este; en aquellos quistes simples se atenderá a su tamaño:

- En los menores de 1 cm se realizará un seguimiento clínico.
- Cuando el tamaño es entre 1 y 2 cm, se repetirá la RM cerebral en un año (o antes si presentara síntomas).
- En los mayores de 2 cm (dado que tienen alta probabilidad de dar síntomas por su tamaño), se realizará interconsulta con Neurocirugía y se repetirá la RM cerebral en 6 meses (o antes si presentara síntomas).

En quistes “complejos” se repetirá la RM cerebral en un plazo de 3-6 meses y se derivará a Neurocirugía.

El pediatra controlará el normal crecimiento y desarrollo puberal del niño. En caso de enlentecimiento del crecimiento o pubertad precoz, se le remitirá a consulta de Endocrinología.

Ante quistes posiblemente sintomáticos, se repetirá la RM cerebral en un plazo de 3-6 meses; en función de los síntomas (endocrinos, visuales o hidrocefalia), se derivará a Endocrinología, Oftalmología o Neurocirugía, respectivamente.

En el caso de cambios en la morfología de los quistes tras un control de imagen, puede ser necesaria la valoración por Onco-pediatría.