

Epidemiología

Los tumores del **tálamo** representan el 4% de todos los **tumores intracraneales**.

Tipos

Según su crecimiento

- 1.-El tumor surge en uno de los núcleos talámicos y permanece confinado a él con mayor o menor abombamiento de estructuras vecinas.
- 2.- Crecimiento exofítico debajo del epéndimo ventricular.
- 3.-Expansión lateral y hacia arriba en la materia blanca de una circunvolución contigua.

Anatomía patológica

Los gliomas astrocíticos son los tumores cerebrales más comunes en los niños y se subdividen en 2 grandes grupos:

- 1/ Tumores difusamente infiltrantes: los astrocitomas difusos (World Health Organization(WHO) grado II, los astrocitomas anaplásicos (WHO grado III), y los glioblastomas (WHO grado IV).
- 2/ Tumores de crecimiento más circunscrito: los astrocitomas pilocíticos (WHO grado I) y los xantoastrocitomas pleomórficos (WHO grado II).

Los astrocitomas pilocíticos y los Xantoastrocitomas pleomórficos son más frecuentes en niños que en adultos, crecen lentamente, con un limitado potencial de progresión hacia la malignidad, y se asocian normalmente con un pronóstico favorable después de la resección neuroquirúrgica completa. Por el contrario, los gliomas astrocíticos difusamente infiltrantes tienden a la recurrencia local, progresión hacia la malignidad y se asocian a peor pronóstico con las opciones terapéuticas actuales (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia).

El astrocitoma talámico bilateral es una rara variante del astrocitoma difuso, que se caracteriza en RM por áreas bien delimitadas de hiperintensidad de señal en T2 de forma simétrica. Su tratamiento es con irradiación y quimioterapia aunque con pobres resultados. Las manifestaciones clínicas de los tumores talámicos incluyen: regresión, ataxia, distonía, déficit sensitivo y cambios mentales.

Clínica

Las manifestaciones dependen del territorio afectado e incluyen cuantropia homónima contralateral, hemihipoestesia, además de déficit neuropsicológicos que incluyen defectos de la memoria y afasia transcortical.

Los signos inconsistentes comprenden hemiparesia contralateral y coreoatetosis.

Diagnóstico por imagen

Es importante el conocimiento de la ubicación del sistema piramidal antes de cualquier intervención sobre esta región. En este sentido las [Imágenes de RM con tensor de difusión](#), permiten la ubicación del sistema piramidal, de acuerdo con la localización del tumor (Hou y col., 2012).

Tratamiento

Históricamente, han sido considerados como inoperables debido a la compleja organización arquitectónica de los núcleos talámicos y la proximidad a las estructuras de importancia crítica, como la cápsula interna, subtálamo, y los ganglios basales.

Sin embargo, con la evolución de las técnicas microquirúrgicas y la mejor comprensión de la anatomía microquirúrgica, se ha demostrado mejores resultados con una resección quirúrgica, ya que la extirpación completa de los tumores benignos puede ser curativa, mientras que la resección de los tumores de alto grado confiere un aumento de la supervivencia.

Debido a la posibilidad de una morbilidad significativa, su tratamiento exige una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios antes de tomar la decisión de operar.

La vía de abordaje más popular es transventricular, debido a la íntima relación del tálamo con los ventrículos laterales. El acceso a los ventrículos y, posteriormente, al tálamo puede ser obtenida ya sea por rutas transcorticales o interhemisféricas.

Los abordajes interhemisféricos puede poner en peligro las venas puente corticales.

Los transcorticales requieren una incisión cortical potencialmente epileptógena.

El abordaje transparietal, transatrial puede afectar a las radiaciones ópticas. Además, en ausencia de ventriculomegalia, estos abordajes requieren penetrar una profundidad sustancial para alcanzar el objetivo.

Los abordajes extra-axiales transaracnoideas como el infratentorial, supracerebeloso e interhemisférico posterior, tiene por objetivo eludir las desventajas de los abordajes transventriculares.

El abordaje interhemisférico posterior tiene la ventaja de que las venas a este nivel son escasas.

El abordaje al atrio y el tálamo posterior requiere una pequeña incisión en el precuneo sin consecuencias.

Sin embargo, estos abordajes son aplicables principalmente a lesiones pulvinares y requieren un largo pasillo.

Por otra parte, las venas basales a menudo limitan el alcance lateral y por lo tanto no son preferibles para las lesiones en el tálamo lateral.

Los abordajes transcorticales a las lesiones en el tálamo ventrolateral requieren la vía temporal.

Además, de las desventajas generales de la incisión cortical, también se debe tener en cuenta el asa de Meyer y el área de Wernicke (en el hemisferio dominante).

En contraste, el abordaje posterior transsilviano-transinsular, ofrece un corredor natural y evita una incisión en la corteza elocuente. La crítica principal de este abordaje es que aparentemente atraviesa la porción retro-lenticular de la cápsula interna.

Este abordaje fue descrito inicialmente por Yasargil, y se ha intentado por otros.

Estos autores han afirmado la viabilidad de este abordaje en determinadas lesiones talámicas. Sin embargo, se debe recordar que la configuración de la lesión talámica adecuados para este enfoque se encuentra generalmente cuando la lesión surge del tálamo ventrolateral posterior, ya que esta parte del tálamo está más cerca de la materia retro-lenticular y la circunvolucion insular posterior.

El sitio de origen en el tálamo es difícil determinar cuando la lesión es considerable, lo cual es bastante frecuente. En estos casos, la extensión de la lesión hacia el córtex insular y posterior desplazamiento anterior del complejo lenticular hace que sea adecuado para el abordaje transinsular.

Bibliografía

Hou, Yuanzheng, Xiaolei Chen, and Bainan Xu. 2012. "Prediction of the Location of the Pyramidal Tract in Patients with Thalamic or Basal Ganglia Tumors." PloS One 7 (11): e48585. doi:10.1371/journal.pone.0048585. 5.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=tumor_talamico

Last update: **2025/03/10 15:20**

