



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

MEDULOBLASTOMA DE FOSA POSTERIOR DISFRAZADO DE PARÁLISIS DEL NERVI FACIAL EN PRE-ESCOLAR DE 2 AÑOS: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**POSTERIOR FOSSA MEDULLOBLASTOMA MASKED AS
FACIAL NERVE PALSY IN A 2-YEAR-OLD PRESCHOOLER:
CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Emanuel Alexis Troncoso Villadiego
Universidad de Magdalrna

Ricardo Andrés Sánchez Algarín
CACE Pediátrico

Diana Carolina Ruiz Montaña
Universidad Libre

Bonny Castro Meriño
Universidad Libre

César Augusto Guzmán Canabal
CACE Pediátrico

Meduloblastoma de fosa posterior disfrazado de parálisis del nervio facial en pre-escolar de 2 años: reporte de caso y revisión de la literatura

Emanuel Alexis Troncoso Villadiego¹

troncosovilladiegoemanuelalexi@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9887-3683>

Universidad de Magdalrna

Colombia

Ricardo Andrés Sánchez Algarín

md.ricardosanchez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2214-9933>

CACE Pediatrico

Colombia

Diana Carolina Ruiz Montaña

Dianaruiz922@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5447-1072>

Universidad Libre

Colombia

Bonny Castro Meriño

Bonny.ac.09@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3725-5090>

Universidad Libre

Colombia

César Augusto Guzmán Canabal

cesarstaff@yahoo.es

<https://orcid.org/0009-0001-3433-7512>

CACE Pediatrico

Colombia

RESUMEN

El meduloblastoma es el tumor cerebral maligno más frecuente en la población pediátrica, tanto a nivel mundial como en Colombia, sin embargo, continúa siendo un reto diagnóstico por la variabilidad de sus manifestaciones clínicas. Se presenta el caso de un paciente masculino de 2 años, previamente sano, quien debutó con una parálisis facial periférica aislada indistinguible de una parálisis de Bell, con neuroimagen inicial sin hallazgos patológicos. Dos meses después, ante progresión clínica con alteración visual y de la marcha, se documentó una masa extraaxial en el ángulo pontocerebeloso con hidrocefalia aguda, cuyo comportamiento radiológico orientó inicialmente hacia un schwannoma vestibular; el diagnóstico de meduloblastoma solo se confirmó mediante estudio histopatológico tras la resección quirúrgica, con evolución posquirúrgica favorable. Este caso ilustra una presentación atípica del meduloblastoma tanto por la edad del paciente, la localización extraaxial, el mimetismo radiológico y el retraso diagnóstico, que se aparta del patrón clásico descrito en la literatura. Se resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante manifestaciones neurológicas inespecíficas en la infancia, así como el papel decisivo de las ayudas diagnósticas avanzadas para evitar un desenlace fatal.

Palabras clave: Meduloblastoma; ángulo cerebelopontino; parálisis facial; schwannoma vestibular; pediatría

¹ Autor principal.

Correspondencia: troncosovilladiegoemanuelalexi@gmail.com

Posterior fossa medulloblastoma masked as facial nerve palsy in a 2-year-old preschooler: Case report and literature review

ABSTRACT

Medulloblastoma is the most common malignant brain tumor in the pediatric population, both worldwide and in Colombia; nevertheless, it remains a diagnostic challenge due to the variability of its clinical manifestations. We report the case of a previously healthy 2-year-old male who presented with isolated peripheral facial palsy indistinguishable from Bell's palsy, with an initially unremarkable neuroimaging study. Two months later, following clinical progression with visual impairment and gait disturbance, an extra-axial mass was documented in the cerebellopontine angle associated with acute hydrocephalus, whose radiological features initially suggested a vestibular schwannoma; the diagnosis of medulloblastoma was only confirmed by histopathological examination after surgical resection, with a favorable postoperative course. This case illustrates an atypical presentation of medulloblastoma, due to the patient's age, the extra-axial location, the radiological mimicry, and the diagnostic delay, that departs from the classic pattern described in the literature. It highlights the importance of maintaining a high index of clinical suspicion for nonspecific neurological manifestations in childhood, as well as the decisive role of advanced diagnostic aids in preventing a fatal outcome.

Keywords: Medulloblastoma; cerebellopontine angle; facial paralysis; vestibular schwannoma; pediatrics.

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

El meduloblastoma es, dentro de los tumores malignos del sistema nervioso central, el más frecuente en niños; se calcula que representa hasta una quinta parte de las neoplasias del SNC en este grupo de edad (1, 2). A nivel global, los tumores del sistema nervioso central ocupan el segundo lugar como causa de cáncer infantil, superados solo por las neoplasias hematológicas, aunque las cifras exactas de incidencia dependen bastante de la calidad del registro oncológico de cada región (1).

La situación en Colombia es menos clara, ya que los registros poblacionales disponibles son escasos: se reporta una incidencia de tumores del sistema nervioso central en población pediátrica de alrededor de 1.55 casos por 100 000 habitantes (3). En esas series, el meduloblastoma aparece de forma recurrente entre las variantes histológicas más comunes (en algunos centros de referencia llega a representar hasta una quinta parte de los casos) (4), y la sobrevida sigue siendo baja frente a la de países de altos ingresos, con cifras cercanas al 35% al año (5). Esa cifra por sí sola dice bastante sobre las barreras que aún existen para lograr un diagnóstico y un tratamiento oportunos.

El meduloblastoma, sin embargo, sigue siendo difícil de diagnosticar. Sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y cambian según la edad del paciente y la localización del tumor. Se ha descrito que buena parte de los niños con tumores del sistema nervioso central son valorados primero por servicios de atención básica o medicina general, y que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo puede ser considerable (6). Ese retraso no es un dato menor: cuando la sospecha clínica tarda en aparecer, el desenlace puede ser fatal. Justamente por eso se describe este caso, porque el meduloblastoma no siempre se presenta de la forma clásica que se documenta en los textos. Aquí el paciente no pertenecía al grupo etario que suele esperarse para esta localización tumoral, el diagnóstico no se alcanzó rápidamente, y el síntoma inicial (una parálisis facial periférica aislada) tampoco correspondió a la hipertensión endocraneana que habitualmente anuncia esta neoplasia.

Con este reporte buscamos aportar a esa evidencia local todavía escasa, describiendo un caso de meduloblastoma pediátrico con una presentación fuera de lo habitual, tanto por la edad del paciente como por la localización del tumor y el curso clínico previo al diagnóstico. La idea no es solo documentar una neoplasia poco frecuente en una localización atípica, sino también llamar la atención sobre las similitudes que pueden llevar a otras impresiones diagnósticas (la parálisis facial confundida



con una parálisis de Bell) que, aunque poco común, puede tener consecuencias graves si no se reconoce a tiempo.

CASO CLÍNICO

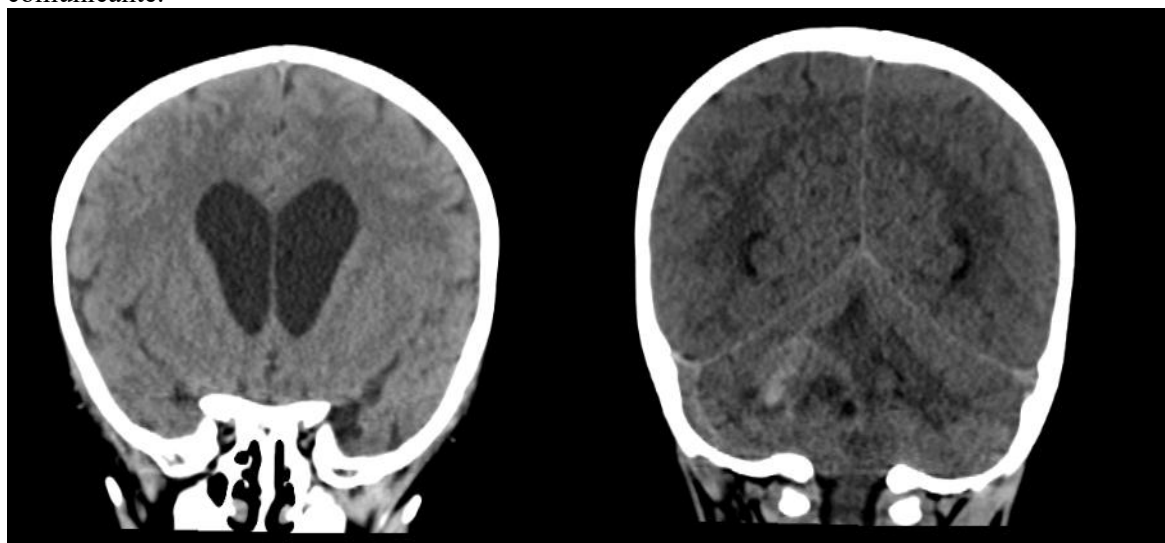
Paciente masculino de 2 años de edad, previamente sano, quien consultó por un cuadro clínico de tres semanas de evolución caracterizado por incapacidad para el cierre del ojo derecho, asociada a pérdida de los surcos nasofrontales ipsilaterales y desviación de la comisura labial hacia el lado contralateral, hallazgos compatibles clínicamente con parálisis de Bell. Como parte del enfoque diagnóstico inicial se realizaron hemograma, ionograma, pruebas de función renal, glucemia y tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, sin evidencia de alteraciones patológicas; los estudios de laboratorio se encontraban dentro de los rangos de normalidad (Tabla 1).

Con base en los hallazgos clínicos e imagenológicos, se estableció el diagnóstico presuntivo de parálisis facial periférica idiopática, por lo que se indicó manejo ambulatorio con prednisolona a dosis de 1 mg/kg/día durante 10 días, además de seguimiento por pediatría.

Dos meses después, el paciente reconsultó remitido por progresión del cuadro clínico, presentando visión borrosa y disminución de la agudeza visual del ojo derecho, con deterioro desde una agudeza visual inicial de 20/20 hasta 20/60, asociado a dificultad para la marcha. Ante la aparición de nuevos signos neurológicos, se realizó resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro simple y con contraste, la cual evidenció una lesión tumoral localizada en el ángulo pontocerebeloso derecho, con estigmas de hemorragia intratumoral, asociada a importante efecto de masa, desplazamiento del tronco encefálico, colapso del cuarto ventrículo e hidrocefalia supratentorial aguda (Imagen 1).



Imagen 1. TAC de cráneo simple, corte coronal: masa extraaxial en fosa posterior con hidrocefalia no comunicante.



Debido al deterioro clínico y a los hallazgos imagenológicos, se decidió su traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Al ingreso, el paciente se encontraba somnoliento, con tendencia al compromiso del estado de alerta y ptosis palpebral izquierda. Durante el segundo día de hospitalización, el servicio de neurocirugía realizó derivación ventrículo-peritoneal como medida para el manejo de la hidrocefalia obstructiva. Posteriormente, se efectuó resonancia magnética cerebral bajo sedación con protocolo de neuronavegación, espectroscopia y tractografía para una mejor caracterización de la lesión y planificación quirúrgica.

Durante su estancia en la UCIP recibió tratamiento con dexametasona 3 mg por vía intravenosa cada 6 horas y dipirona 200 mg por vía intravenosa cada 8 horas. Adicionalmente, se obtuvo muestra de líquido cefalorraquídeo para cultivo, el cual no evidenció crecimiento microbiano tras 72 horas de incubación.

Tabla 1. Se incluyen los paraclínicos obtenidos de manera ambulatoria previos al primer egreso, y los correspondientes al primer día de estancia en UCIP (ingreso), sexto día (previo a la resección quirúrgica) y octavo día (posquirúrgico).

Estudio	Ambulatorio (extrahospitalario)	Día 1 UCIP	Día 6 UCIP	Día 8 UCIP
Glicemia	119.0 mg/dl	90.3 mg/dl	-	-
Nitrógeno ureico en sangre	0.32 mg/dl	13.6 mg/dl	12.6 mg/dl	-
Urea	-	29.1 mg/dl	26.9 mg/dl	-
Creatinina	-	0.29 mg/dl	0.33 mg/dl	-
Sodio	137.00 mmol/L	138.00 mmol/L	138.00 mmol/L	133 mmol/L
Potasio	3.86 mmol/L	4.70 mmol/L	6.00 mmol/L	5.09 mmol/L
Cloro	102.9 mmol/L	100.8 mmol/L	101.9 mmol/L	100 mmol/L
Hemoglobina	12.90 g/dl	13.70 g/dl	12.70 g/dl	8.50 g/dl
Hematocrito	38.4 %	40.7 %	37.6 %	24.0 %
Plaquetas	427 x10 ³ /μL	614 x10 ³ /μL	536 x10 ³ /μL	365 x10 ³ /μL
Leucocitos	12.24 x10 ³ /mm ³	14.22 x10 ³ /mm ³	14.05 x10 ³ /mm ³	24.13 x10 ³ /mm ³
Neutrófilos	56.80 %	62.80 %	77.70 %	76.60 %
Linfocitos	32.40 %	26.70 %	16.30 %	10.40 %
Tiempo de protrombina (TP)	-	12.3 s	18.8 s	-
Tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa)	-	25.2 s	45.1 s	-
INR	-	1.05	1.66	-
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	-	10.0 mm/h	-	8.0 mm/h

La tomografía axial computarizada (tac) de cráneo realizada al tercer día de hospitalización demostró una masa extraaxial de densidad heterogénea en el ángulo pontocerebeloso derecho, con importante efecto de masa, desplazamiento del tronco encefálico y compresión del cuarto ventrículo. Al cuarto día, la resonancia magnética cerebral con protocolo avanzado confirmó la presencia de una lesión extraaxial localizada en la cisterna del ángulo pontocerebeloso derecho, con extensión al conducto auditivo interno,

sus características en las secuencias multiparamétricas y el análisis espectroscópico fueron altamente sugestivas de schwannoma vestibular. La lesión ocasionaba marcado efecto compresivo sobre las estructuras adyacentes, con desplazamiento del tronco encefálico y envolvimiento casi circunferencial de la arteria basilar y del segmento distal de la arteria vertebral derecha (Imagen 2, Imagen 3).

Imagen 2. RMN cerebral con protocolo de neuronavegación: masa extraaxial en la cisterna del ángulo pontocerebeloso con extensión intracanalicular.

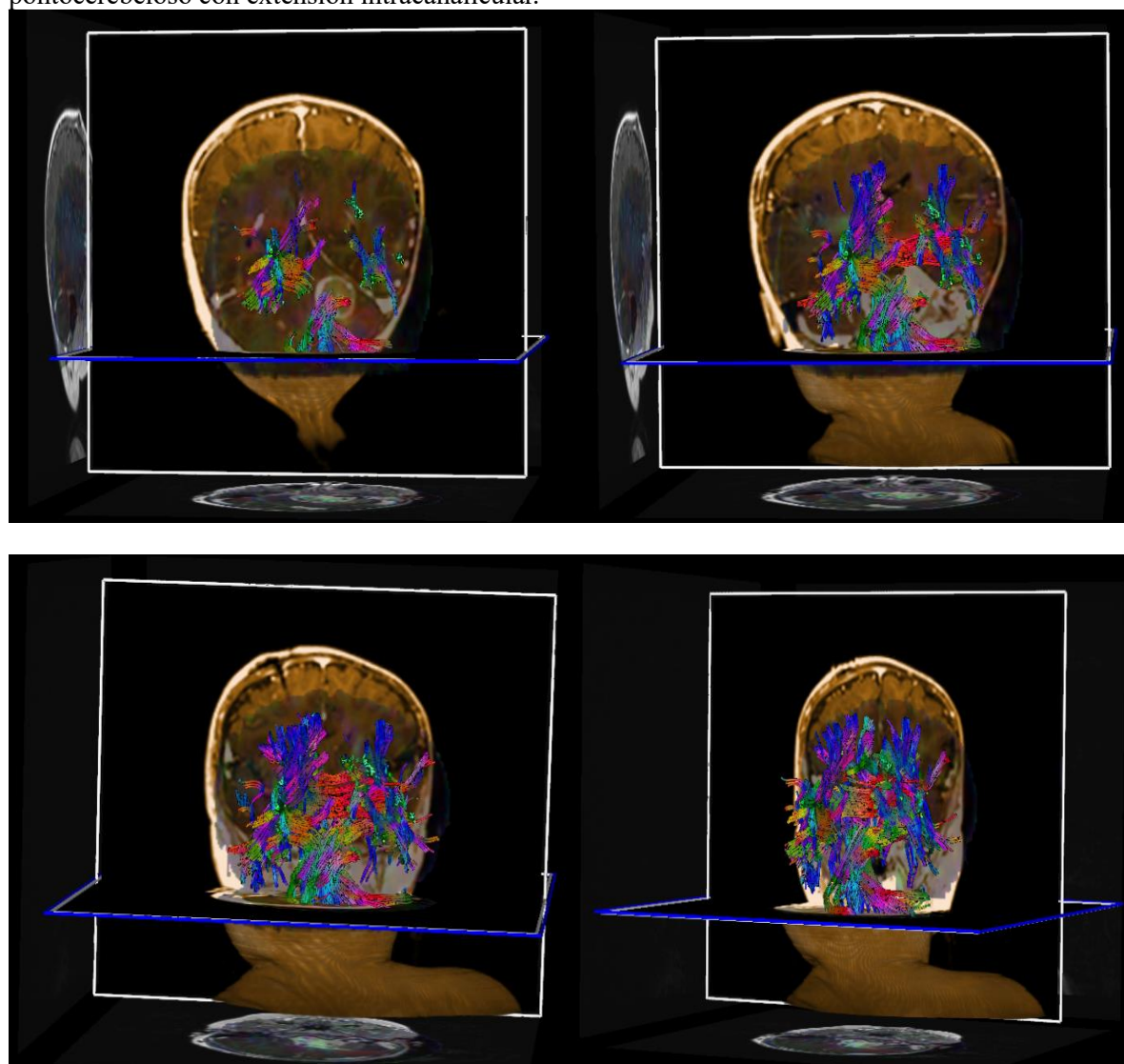
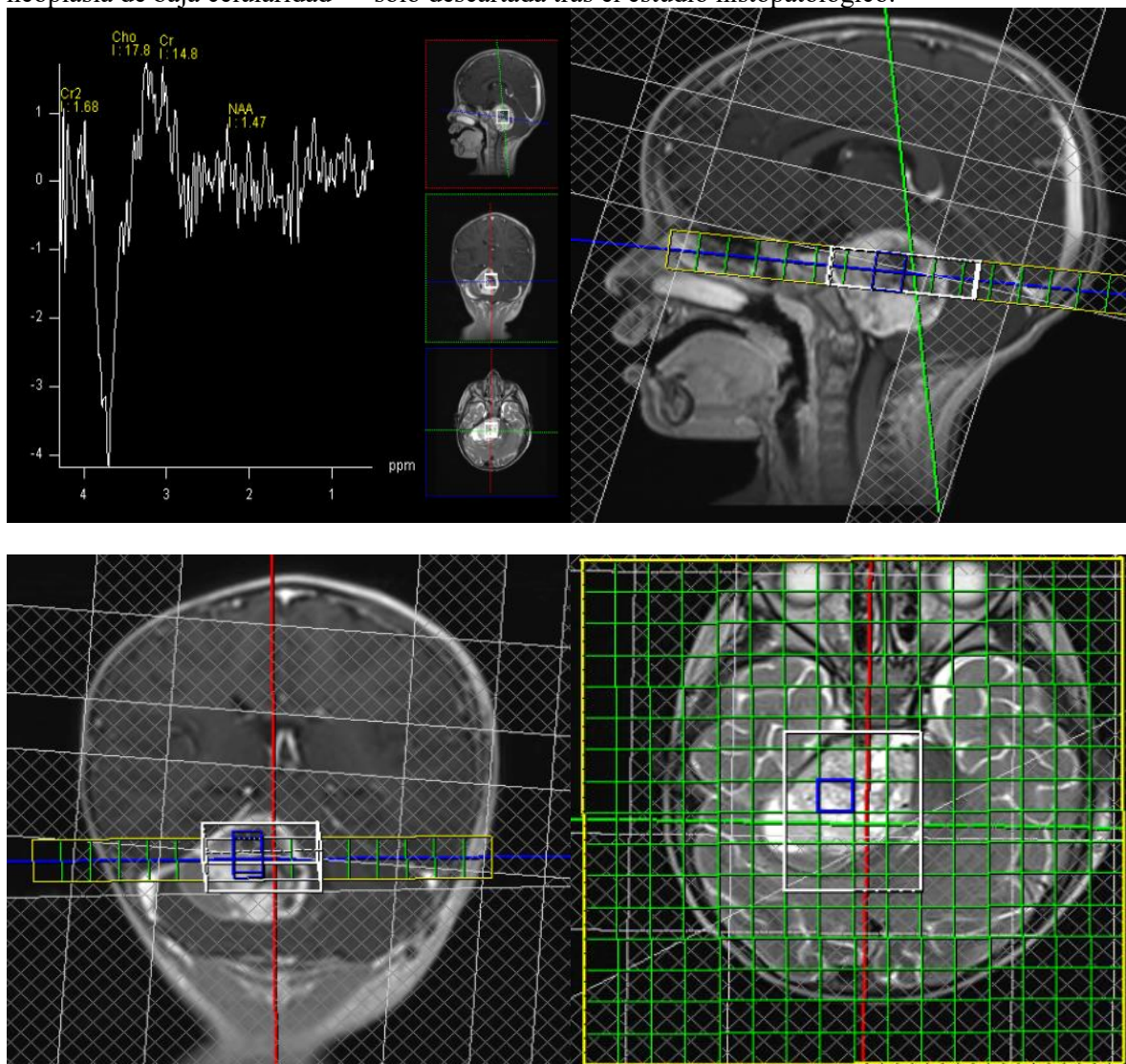
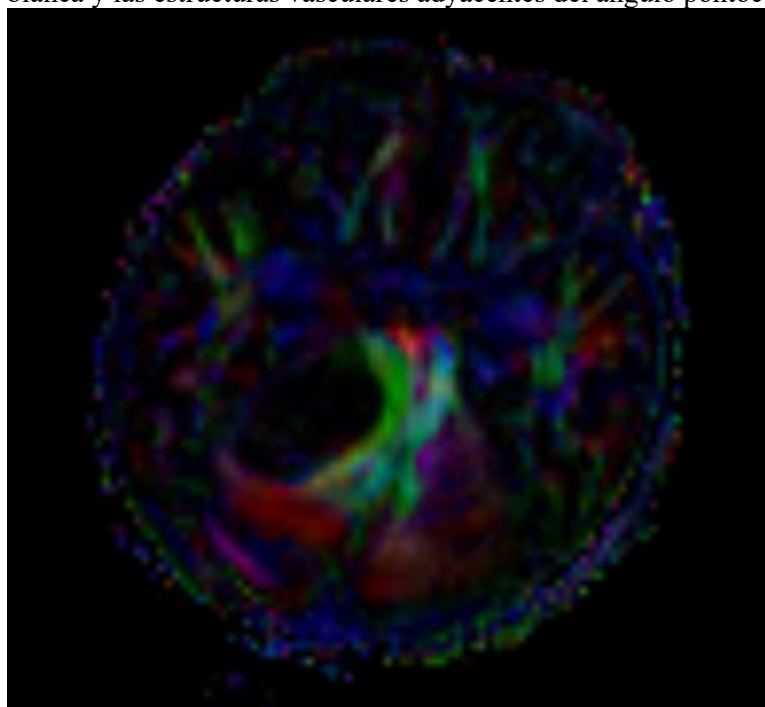


Imagen 3. RMN cerebral con espectroscopia: perfil espectral de la lesión, cuyo patrón aportó adicionalmente a la impresión diagnóstica inicial de schwannoma vestibular, al ser compatible con una neoplasia de baja celularidad — solo descartada tras el estudio histopatológico.



Con base en los hallazgos clínicos e imagenológicos, el caso fue discutido en junta neuroquirúrgica, donde se consideró al paciente candidato a resección quirúrgica de la lesión infratentorial mediante craneotomía, con el objetivo de lograr la máxima resección tumoral segura. Como parte de la planeación preoperatoria, se solicitó resonancia magnética de columna cervical, torácica y lumbosacra, simple y con contraste, con el fin de descartar diseminación leptomeníngea (Imagen 4).

Imagen 4. RMN cerebral con tractografía: caracteriza la relación de la lesión con los tractos de sustancia blanca y las estructuras vasculares adyacentes del ángulo pontocerebeloso.

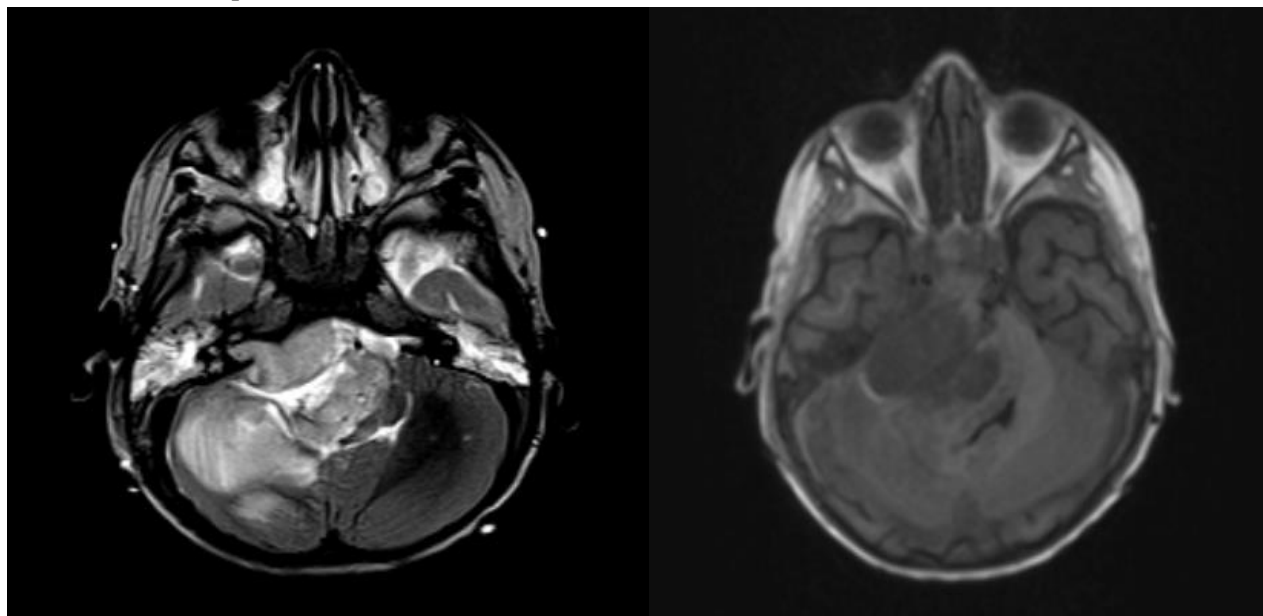


La resección quirúrgica de la lesión se realizó sin complicaciones intraoperatorias, en el posoperatorio inmediato, el paciente reingresó a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) consciente, alerta y hemodinámicamente estable, los exámenes de laboratorio posquirúrgicos evidenciaron leucocitosis con leve neutrofilia, por lo que se continuó el manejo con dexametasona y dipirona, asociando cefalotina como profilaxis antibiótica posquirúrgica.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de meduloblastoma, la tomografía axial computarizada de cráneo de control demostró resección subtotal de la lesión, asociada a pequeño sangrado posquirúrgico esperado, sin evidencia de nuevas complicaciones, asimismo, la resonancia magnética de neuroeje no evidenció lesiones compatibles con diseminación leptomeníngea ni compromiso de la columna vertebral (Imagen 5).

Ante la favorable evolución clínica se indica traslado a piso, donde se disminuye progresivamente la terapia con Dexametasona, el paciente se mantiene en estancia hospitalaria durante 2 días adicionales y posteriormente se da egreso hospitalario con desenlace favorable.

Imagen 5. TAC de cráneo de control posquirúrgico: resección considerable de la lesión, con material hiperdenso y burbujas aéreas asociadas en el lecho quirúrgico del ángulo pontocerebeloso, sin poder descartarse un componente hemostático.



DISCUSIÓN

Marco general del meduloblastoma

El meduloblastoma es un tumor embrionario sólido y maligno del sistema nervioso central, clasificado como neuroectodérmico primitivo. Se origina en la fosa posterior, principalmente en el cerebelo y el IV ventrículo, y la OMS lo ubica en el grado IV (el más alto de su escala) por su intensa actividad mitótica (2). Histológicamente se reconocen los subtipos clásicos, desmoplásico/nodular, con nodularidad extensa y de células grandes/anaplásico; a esto se suma la clasificación molecular en cuatro subgrupos: WNT, SHH, Grupo 3 y Grupo 4 (7).

En el 75% de los casos pediátricos el tumor se origina en el vermis cerebeloso y el techo del IV ventrículo, lo que explica la tríada clásica de hipertensión endocraneana (cefalea y vómito) junto con ataxia troncal, secundaria a la obstrucción temprana de la salida del líquido cefalorraquídeo (8, 9). El caso presentado se aleja de ese patrón clásico en al menos cuatro aspectos a la vez, y es justamente esa combinación, más que cualquiera de los elementos por separado, la que lo vuelve inusual.

Localización extraaxial en el ángulo pontocerebeloso

En este paciente, el tumor no era intraaxial ni estaba en el vermis, sino que se trataba de una masa extraaxial centrada en la cisterna del ángulo pontocerebeloso (APC), con extensión al conducto auditivo interno: un patrón anatómico descrito en la literatura, pero poco común dentro del espectro del meduloblastoma. Las series publicadas apenas reúnen entre 30 y 50 casos de meduloblastoma verdaderamente extraaxial en el APC en todo el mundo, la mayoría en adultos y adolescentes (8, 9, 10). Una revisión sistemática reciente sobre meduloblastoma de APC en adultos, que agrupó 42 pacientes de 27 estudios distintos, encontró una edad mediana de 32 años (10); las series pediátricas de esta misma localización, por su parte, describen una edad promedio cercana a los 10 años (rango de 3 a 17). Nuestro paciente, con solo 2 años, queda por debajo incluso de ese rango ya atípico, lo que hace todavía menos probable pensar en este diagnóstico frente a la localización de línea media habitual en la primera infancia.

Debut como parálisis facial periférica aislada, con neuroimagen inicial negativa

El primer contacto médico no fue por signos de hipertensión endocraneana ni por ataxia, sino por una parálisis facial periférica aislada, clínicamente indistinguible de una parálisis de Bell, con una TAC de cráneo simple inicial que no mostró hallazgos patológicos. Este punto es clínicamente delicado: al no demostrarse una lesión ocupante de espacio en la primera evaluación, se reforzó la idea de un cuadro benigno y se indicó manejo esteroideo ambulatorio, lo que retrasó el reconocimiento de la naturaleza neoplásica del cuadro.

La literatura ya había advertido sobre este escenario: los tumores del ángulo pontocerebeloso están entre las causas más graves, aunque poco frecuentes, de parálisis facial periférica en la infancia (11). De hecho, existe un caso pediátrico publicado en el que ese mismo error de anclaje diagnóstico retrasó la RMN, y el paciente falleció seis semanas después del debut facial sin haber recibido tratamiento oncológico (11). En nuestro caso ocurrió el mismo mecanismo de error diagnóstico inicial, pero con un desenlace distinto: la reconsulta por síntomas nuevos, visuales y de la marcha, obligó a ampliar el estudio antes de que se cerrara la ventana terapéutica.

Velocidad de progresión radiológica

Entre una TAC de cráneo estrictamente normal y una RMN que documentó una masa con efecto compresivo severo, hidrocefalia aguda y signos de sangrado, pasaron cerca de dos meses. Ese intervalo no es, en sí mismo, inusual: la mediana reportada en cohortes poblacionales de meduloblastoma pediátrico es de 65 días (rango intercuartílico de 31 a 121) (12). Lo que sí llama la atención es el contraste entre una neuroimagen inicial completamente negativa y la aparición, poco después, de una lesión ya voluminosa y con efecto de masa establecido.

Este patrón, de pasar de una imagen negativa a una masa sintomática, se ha descrito puntualmente en la literatura, con tiempos de duplicación tumoral de apenas 2 a 6.5 días en el caso de progresión más rápida documentado hasta ahora, muy por debajo del promedio reportado para la cinética del meduloblastoma (alrededor de 54 días) (13). Todo esto sugiere que el tumor de nuestro paciente era biológicamente muy agresivo, y que su «invisibilidad» inicial en la TAC probablemente reflejaba una fase muy temprana de un crecimiento que después se volvió explosivo.

Mimetismo radiológico con schwannoma vestibular

El estudio de RMN con espectroscopia y tractografía, por el comportamiento magnético y espectral de la lesión, orientó hacia un schwannoma vestibular; solo el estudio histopatológico permitió descartar ese diagnóstico. Este fenómeno es conocido dentro de la poca casuística de meduloblastoma extraaxial de APC: al no estar en su localización intraaxial habitual, el tumor pierde buena parte de las claves radiológicas que normalmente lo delatan (alta celularidad, con marcada restricción a la difusión y ADC bajo) y termina pareciéndose, tanto en aspecto como en localización, a las neoplasias que sí suelen ocupar esa cisterna: en primer lugar el schwannoma vestibular (70-80% de las masas del APC), seguido del meningioma.

Hay reportes de casos con la misma lógica diagnóstica, tanto en niños como en adultos, operados bajo sospecha de schwannoma y en quienes el meduloblastoma solo se confirmó con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica de la pieza quirúrgica (14, 15). En teoría, la secuencia de difusión (DWI/ADC) es la herramienta más útil para diferenciar estas entidades: el schwannoma vestibular suele mostrar ADC elevado, coherente con su menor celularidad (patrón Antoni B), mientras que el meduloblastoma intraaxial muestra restricción marcada (16, 17). Pero esa capacidad discriminativa se ha validado sobre



todo en meduloblastoma de localización típica, y en presentaciones extraaxiales del APC la superposición de patrones con schwannoma y meningioma sigue siendo una limitación conocida. Esto probablemente explica por qué, tanto en nuestro caso como en los ya publicados, el diagnóstico definitivo terminó dependiendo de la histopatología y no de la resonancia.

Semejanzas con la literatura descrita

Con todo, el caso comparte varios elementos con la casuística publicada de meduloblastoma de ángulo pontocerebeloso: predominio en varones jóvenes, necesidad de derivación de LCR por la hidrocefalia obstructiva secundaria al efecto de masa, resección quirúrgica como primera línea de manejo, estudio completo del neuroeje para descartar diseminación leptomeníngea según la clasificación de Chang, y una evolución posquirúrgica favorable cuando la resección es adecuada y no hay enfermedad metastásica al momento del diagnóstico (8, 9, 10). También coincide con lo reportado en que acertar con el diagnóstico antes de operar es la excepción, no la regla, en esta localización (14, 15).

Tras el diagnóstico histopatológico es obligado estratificar el grado de diseminación, algo que se hace con el sistema de clasificación de Chang (Tabla 2), que va de M0 a M4. En este paciente, la resonancia de neuroeje completo (columna cervical, torácica y lumbosacra) no mostró depósitos metastásicos, por lo que quedó estadificado como M0, un hallazgo que concuerda con el desenlace clínico favorable que tuvo tras la resección.



Tabla 2. Sistema de clasificación de Chang (grado de diseminación)

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
M0	Sin evidencia de metástasis en resonancia magnética (RMN) ni en citología del líquido cefalorraquídeo (LCR).
M1	Células tumorales microscópicas identificadas en la citología del LCR.
M2	Depósitos metastásicos intracraneales más allá del espacio subaracnoideo cerebral/cerebeloso, tercer ventrículo o ventrículo lateral.
M3	Depósitos metastásicos en el espacio subaracnoideo espinal.
M4	Metástasis fuera del eje neuroespinal.

(Adaptado de, 18)

Relevancia clínica

Este caso deja un mensaje práctico para quien atiende niños en la consulta: una parálisis facial periférica aislada en un lactante o preescolar, con una neuroimagen inicial normal, no debería cerrar del todo la posibilidad de una lesión estructural en la fosa posterior, sobre todo si el curso clínico no sigue lo que se espera de una parálisis de Bell (resolución en días o pocas semanas). En este caso fue la reevaluación clínica activa y el umbral bajo para repetir la neuroimagen (idealmente con RMN) ante la persistencia o aparición de nuevos signos neurológicos lo que permitió llegar al diagnóstico antes de que la enfermedad avanzara a un punto de manejo inviable (6, 11).

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante manifestaciones neurológicas atípicas en la población pediátrica, evitando cerrar de manera prematura el diagnóstico con impresiones clínicas incorrectas como ocurrió inicialmente en este paciente, manejado como una parálisis facial periférica idiopática, dado que un desenlace fatal es posible cuando el reconocimiento del meduloblastoma se retrasa (6, 11). Las ayudas diagnósticas, en especial la resonancia magnética cerebral con protocolos avanzados (espectroscopia, tractografía y neuronavegación) junto con el estudio histopatológico definitivo, son herramientas indispensables para confirmar o descartar esta neoplasia cuando la presentación clínica y radiológica inicial resulta ambigua o simula otras entidades, como ocurrió en este caso al pensar en schwannoma vestibular (16, 17).



La disponibilidad oportuna y la correcta interpretación de estos estudios pueden marcar la diferencia entre un diagnóstico temprano con opción quirúrgica curativa y un desenlace fatal. Más allá del caso puntual, este reporte pretende sensibilizar al personal de salud que atiende niños sobre la posibilidad de presentaciones atípicas del meduloblastoma, y sobre la importancia de un manejo multidisciplinario oportuno entre pediatría, neurocirugía y oncología. Documentar casos como este, aunque sean aislados, ayuda a ampliar la evidencia disponible en nuestro medio y puede facilitar que futuros pacientes con cuadros similares sean identificados y tratados a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ostrom, Q. T., Gittleman, H., Truitt, G., Boscia, A., Kruchko, C., & Barnholtz-Sloan, J. S. (2018). CBTRUS statistical report: Primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2011-2015. *Neuro-Oncology*, 20(suppl_4), iv1-iv86. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noy131>
- Northcott, P. A., Robinson, G. W., Kratz, C. P., Mabbott, D. J., Pomeroy, S. L., Clifford, S. C., et al. (2019). Medulloblastoma. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), Artículo 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0063-6>
- Gómez-Vega, J. C., Ocampo-Navia, M. I., De Vries, E., & Feo-Lee, O. H. (2020a). Epidemiología de los tumores cerebrales en Colombia, un periodo de 10 años. *Neurociencias Journal*, 25(3), 7-21. <https://doi.org/10.51437/nj.v25i3.84>
- Cabrera, E., Martínez, C., Aponte, N., & García, J. (2022). Caracterización de pacientes pediátricos con meduloblastoma tratados en un centro de referencia en Bogotá en el periodo 2011 a 2018. *Revista Colombiana de Hematología y Oncología*, 9(1), 10-18. <https://doi.org/10.51643/22562915.392>
- Gómez-Vega, J. C., Ocampo-Navia, M. I., de Vries, E., & Feo-Lee, O. H. (2020b). Sobrevida de los tumores cerebrales primarios en Colombia. *Universitas Medica*, 61(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-3.sobr>
- Suárez Mattos, A., Castellanos, M., Simbaqueba, A., & Gamboa, Ó. (2011). Aspectos clínicos y demora para el diagnóstico en niños con tumores del sistema nervioso central en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 15(3), 127-134.



- Taylor, M. D., Northcott, P. A., Korshunov, A., Remke, M., Cho, Y.-J., Clifford, S. C., et al. (2012). Molecular subgroups of medulloblastoma: the current consensus. *Acta Neuropathologica*, 123(4), 465-472. <https://doi.org/10.1007/s00401-011-0922-z>
- Pant, I., Chaturvedi, S., Gautam, V. K., Pandey, P., & Kumari, R. (2016). Extra-axial medulloblastoma in the cerebellopontine angle: Report of a rare entity with review of literature. *Journal of Pediatric Neurosciences*, 11(4), 331-334. <https://doi.org/10.4103/1817-1745.199477>
- Pant, I., Chaturvedi, S., Gautam, V. K. S., Sarma, P., & Satti, D. K. (2022). Extra-axial adult cerebellopontine angle medulloblastoma: Revisiting a rare entity. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 18(3), 770-773. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_675_20
- Balasubramanian, K., Kharbat, A. F., Call-Orellana, F., Tavakol, S. A., Fassina, G. R., Janssen, C., et al. (2024). Adult cerebellopontine angle medulloblastoma: A systematic review of clinical features, management approaches, and patient outcomes. *Cancers*, 16(24), Artículo 4242. <https://doi.org/10.3390/cancers16244242>
- Ismail, M. T., Rahman, R. A., & Idris, N. S. (2021). When paediatric facial nerve paralysis is not a Bell's palsy: A case of cerebellopontine angle tumour. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 17(1), 141-145. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.08.008>
- Brasme, J. F., Chalumeau, M., Doz, F., Lacour, B., Valteau-Couanet, D., Gaillard, S., et al. (2012). Long time to diagnosis of medulloblastoma in children is not associated with decreased survival or with worse neurological outcome. *PLoS One*, 7(4), Artículo e33415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033415>
- Odeibat, Y. M., Hiasat, M. Y., Alhazaimeh, M. H. M., Marji, A., Al-Omary, A. S., Obeidat, A., & Alomari, A. A. (2025). Radiological progression of medulloblastoma from non-existence to symptomatic mass in 42 days: Case report, kinetic analysis, and literature review. *Brain Spine*. <https://doi.org/10.1016/j.bas.2025.104188>
- Aqel, W., Salman, A., Aldarawish, A., & Bakri, I. (2022). Medulloblastoma at the cerebello-pontine angle resembling vestibular schwannoma: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 99, Artículo 107695. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107695>



- Le, T. D., & Nguyen, M. D. (2021). Medulloblastoma in the cerebellopontine angle mimicking a schwannoma. *Clinical Case Reports*, 9(3). <https://doi.org/10.1002/ccr3.3912>
- Romano, A., Palizzi, S., Romano, A., Moltoni, G., Di Napoli, A., Maccioni, F., & Bozzao, A. (2023). Diffusion weighted imaging in neuro-oncology: Diagnosis, post-treatment changes, and advanced sequences—An updated review. *Cancers*, 15(3), Artículo 618. <https://doi.org/10.3390/cancers15030618>
- Rumboldt, Z., Camacho, D. L., Lake, D., Welsh, C. T., & Castillo, M. (2006). Apparent diffusion coefficients for differentiation of cerebellar tumors in children. *AJNR American Journal of Neuroradiology*, 27(6), 1362-1369.
- Chang, C. H., Housepian, E. M., & Herbert, C., Jr. (1969). An operative staging system and a megavoltage radiotherapeutic technic for cerebellar medulloblastomas. *Radiology*, 93(6), 1351-1359. <https://doi.org/10.1148/93.6.1351>

