Neurocirugia. 2017;28(Espec Congr):235

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

C0065 - XANTOASTROCITOMA PLEOMÓRFICO ANAPLÁSICO INFRATENTORIAL EN PACIENTE ADULTO

S. Santiño Gómez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Discutir el diagnóstico diferencial y manejo terapéutico de lesiones primarias infratentoriales e inicialmente benignas, en paciente adulto, susceptibles de presentar malignización secundaria, tratando así de optimizar protocolos de tratamiento y esquemas de seguimiento posterior.

Métodos: Mujer de 52 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por cuadro de 2 meses de evolución de inestabilidad de la marcha, mareos y pérdida de peso. El estudio radiológico evidenció proceso expansivo intraparenquimatoso cerebeloso izquierdo asociado a herniación amigdalina y transtentorial ascendente asociado a hidrocefalia obstructiva. Se realiza extirpación quirúrgica parcial. Citología negativa para células tumorales malignas. Diagnóstico anatomopatológico definitivo concordante con xantoastrocitoma pleomórfico (grado II de la OMS), con presencia de metilación en el promotor de MGMT. Controles radiológicos posteriores mostraron mejoría radiológica. Mantiene inestabilidad de la marcha. Pseudomeningocele postquirúrgico que resuelve días después. Remitida a consulta de Oncología Radioterápica para valoración.

Resultados: La resonancia de control y planificación realizada 2 meses más tarde evidenció persistencia tumoral en región profunda de cavidad malácica. Se decide nueva intervención quirúrgica tras infusión endovenosa de fluoresceína sódica, resección completa. El estudio histológico del resto tumoral confirmó transformación maligna de la lesión, xantoastrocitoma pleomórfico anaplásico (grado III de la OMS). El estudio del raquis descartó otras lesiones. Inicia tratamiento combinado de radioterapia y quimioterapia.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial en un paciente adulto que debuta con lesión primaria en fosa posterior debe incluir entidades tales como XAP dado que presentan una tasa de malignización de entre el 15-20%. Es necesario realizar seguimiento exhaustivo, tanto clínico como radiológico, sobre todo en aquellos casos en los que no haya sido posible realizar resección completa. Es preciso realizar más estudios clínicos que permitan aumentar la eficacia del tratamiento adyuvante, tratando así de evitar posibles transformaciones anaplásicas.

See front matter © 2017 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados