



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P0316 - OLIGODENDROGLIOMA ANAPLÁSICO CEREBELOSO: A PROPÓSITO DE 1 CASO

A. Brownrigg-Gleeson Martínez¹, A.D. Miranda Zambrano¹, D.Á. Arandia Guzmán¹, A. García Martín¹, J.C. Roa Montes de Oca², L. Torres Carretero¹ y M. Jaramillo Pimienta¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ²Policlinica Nuestra Señora del Rosario, Baleares, España.

Resumen

Objetivos: Presentamos 1 caso de oligodendroglioma anaplásico en el cerebelo y revisión de la literatura.

Métodos: Mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, que siendo estudiada por cefaleas y cervicobraquialgias, e inestabilidad para la marcha, se realiza RMN cerebral que muestra una lesión intraaxial quística captante de contraste y con edema periférico, con desplazamiento del IV ventrículo, entre el hemisferio cerebeloso izquierdo y el vermis.

Resultados: Se realiza colocación de DVE, y craneotomía suboccipital más exéresis microscópica total guiada por neuronavegador. El análisis histopatológico reportó un oligodendroglioma anaplásico con delección 1p19q, IDH1 negativa, ATRX(++/+++) y MIB-1 inferior al 1%. 1 mes tras la intervención, la lesión tumoral recurre, siendo extirpada nuevamente, y posteriormente inicia con radioterapia local y quimioterapia concomitante. El análisis de LCR resultó negativo para células tumorales. Actualmente presenta dismetría y disidiadococinesias residuales.

Conclusiones: Los oligodendrogliomas anaplásicos representan menos del 2% de los tumores cerebrales y tienen una incidencia menor de 4/1.000.000 personas/año, siendo extremadamente raros en la fosa posterior. La evolución clínica suele ser relativamente indolente, de larga evolución. En el cerebelo, suelen ser lesiones ubicadas principalmente en los hemisferios en comparación con el vermis. En la RMN son hipointensos en T1-WI e hiperintensos en T2-WI, bien demarcados y con diversos grados de edema peritumoral. La captación de contraste puede ser parcheada a nodular. La textura cuantitativa en secuencias T2 predice la codelección 1p-19q con alta especificidad y sensibilidad. El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica seguida de radioterapia local y quimioterapia con PCV o TMZ. Se recomienda realizar el análisis del LCR para determinar la necesidad de irradiación del neuroeje. El pronóstico es favorable en comparación con otras lesiones gliales de alto grado. Con tratamiento, la supervivencia global suele estar en torno a 2 a 6 años. Las recurrencias suelen ocurrir en los 12 a 34 meses siguientes.