Neurocirugia. 2022;33(Espec Congr):313

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-151 - DISEMINACIÓN EXTRACRANEAL EN EL GLIOBLASTOMA MULTIFORME. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Guzmán Moscoso, F.J. Dorado Capote, J.E. Martín Colom, A. García Iglesias y J. Solivera Vela

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción: El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario más común y maligno en adultos, el cual tiene una mediana de supervivencia de un año desde el diagnóstico. Suelen presentar diseminación leptomeníngea, así como por el LCR o a través de los catéteres de derivación. Rara vez existe diseminación linfática o hematógena a órganos distantes.

Caso clínico: Mujer de 66 años que tuvo un cáncer de mama en 2016, encontrándose libre de enfermedad en el momento del diagnóstico, y un hematoma subdural subagudo derecho intervenida en junio 2019. Durante el seguimiento en consultas, se solicitó RM craneal por referir fallos de memoria diarios, observándose una lesión compatible con un glioma de bajo grado en el lóbulo temporal izquierdo con un foco de degeneración anterior y superficial. Se realizó una lobectomía temporal izquierda completa en junio 2020, cuya anatomía patológica fue de astrocitoma de bajo grado (grado 2). Recibió tratamiento radioterápico. A los 9 meses de la intervención, en la RM craneal se observa progresión tumoral parenquimatosa y meníngea con destrucción ósea a nivel temporal izquierdo y del ala mayor del esfenoides izquierdo. Se realiza exéresis de la lesión, incluyendo el hueso afectado. La anatomía patológica informa de astrocitoma grado IV. Posteriormente, a pesar de recibir tratamiento con temozolamida, se observó progresión tumoral, tanto a nivel intracraneal como extracraneal, falleciendo a los 5 meses de la última intervención.

Discusión: Concluimos que, aunque la diseminación tanto intraparenquimatosa como a través del líquido cefalorraquídeo está bien documentada, la invasión extracraneal es extremadamente rara. Esta invasión extracraneal podría estar presente en el momento del diagnóstico o ser progresión tras la intervención, como lo es en nuestro caso. Se podrían promover estrategias quirúrgicas para minimizar esta siembra yatrogénica.

1130-1473/© 2022 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.