

GLIOSARCOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Hernández, E. Echeverría, O. Fournes, J. Vogel, P. Ghilini
y M. Vicente

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Interzonal de Agudos "General San Martín",
La Plata, Pcia de Buenos Aires.*

ABSTRACT

We report a case of a 57 year femal with a gliosarcoma. She had left hemiparesis, visual disturbances and, mental changes. MRI revealed an heterogeneous lesion in the right parietotemporal region with an hyperintense signal on the T1-weighted image. A right temporal craniotomy was performed. The tumor was attached to the inner dural surface and was removed. Histological examination revealed gliosarcoma. These rare malignant tumors that have a poor prognosis. They represent 8% of all glioblastomas

Key words:

Palabras clave: gliosarcoma, glioma, sarcoma

INTRODUCCIÓN

Dentro de las variantes malignas de los tumores gliales encefálicos se encuentra el gliosarcoma, caracterizado por componerse de elementos glioblastomatosos y sarcomatosos². Constituye el 8% de frecuencia de los tumores gliales malignos. El origen probablemente resulte de la proliferación de estructuras del tejido conectivo pertenecientes a la vascularización tumoral, pudiendo invadir la duramadre, hueso y tejidos blandos adyacentes generando frecuentemente metástasis extracraneales.

Desde el punto de vista clínico, en forma habitual evolucionan con deterioro rápido de las funciones neurológicas y las imágenes de tomografía computada y resonancia magnética evidencian lesiones heterogéneas con compromiso frecuente de las estructuras extra axiales.

El pronóstico de estos tumores es generalmente malo, pese a los intentos terapéuticos quirúrgicos y oncológicos.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 57 años de edad, que ingresa a nuestro Servicio proveniente del interior de la Provincia de Buenos Aires, presentando en forma subaguda un cuadro clínico caracterizado por confusión mental, hemiparesia izquierda y trastornos visuales. No tenía antecedentes personales de trascendencia.

En la admisión se realiza una TAC encefálica que muestra dos imágenes parietooccipitales derechas con forma redondeada, espontáneamente hiperdensas que realzan con la administración de contraste endovenoso, siendo una de ellas de naturaleza quística y que ocasiona un importante efecto de masa con desplazamiento de las estructuras adyacentes.

La IRM encefálica muestra las lesiones descritas en TAC, siendo hipoisointensas en T1 e hiperintensas en T2 con gran edema perilesional, fundamentalmente en la lesión tumoral anterior (Fig. 1).

Se realizó tratamiento médico con esteroides y tratamiento neuroquirúrgico, con diagnóstico presuntivo de tumor glial.

El abordaje temporal se realizó mediante craneotomía osteoplástica, constátandose una masa

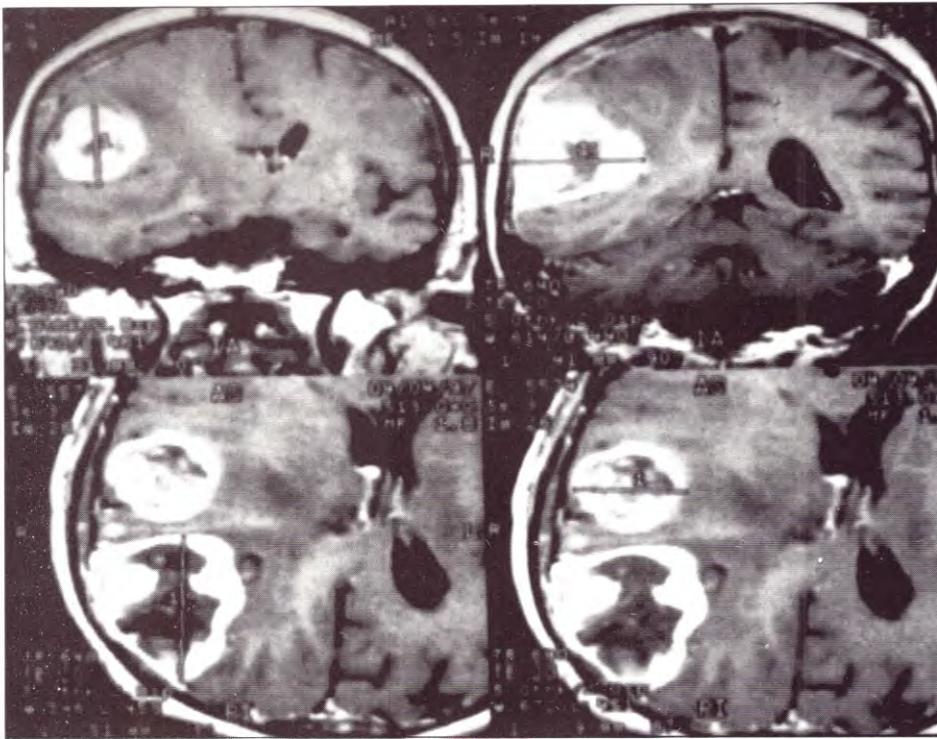


Figura 1.

tumoral en íntimo contacto con la duramadre, de color rojo vinoso y buen plano de clivaje en la lesión anterior homogénea, siendo quística la posterior efectuándose exéresis de ambas.

El informe de anatomía patológica es gliosarcoma (Figs. 2 y 3).

La evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria, quedando como secuela un déficit

motor contralateral leve. Se indicó radioterapia convencional externa como complemento terapéutico.

A los dos meses, reingresó por síndrome de hipertensión endocraneal, hallándose en la TAC una recidiva tumoral, siendo reintervenida con buen resultado clínico inmediato para luego continuar con tratamiento radiante.

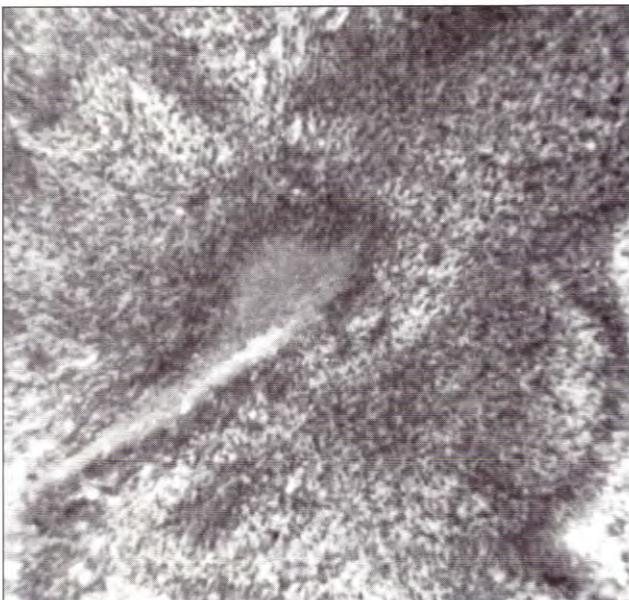


Fig. 2.

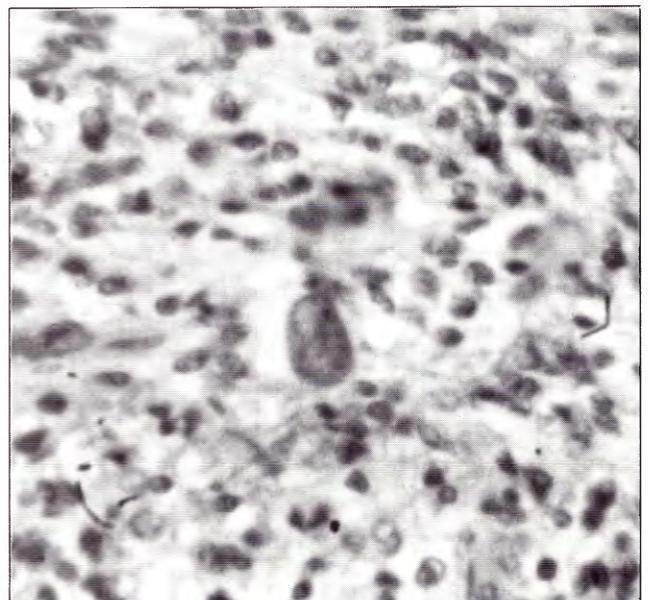


Fig. 3.

DISCUSIÓN

El gliosarcoma, también denominado Tumor de Feigin, representa el 8% de todos los glioblastomas. Habitualmente se localiza en la región temporal, presentándose clínicamente en forma similar a la de los glioblastomas, pero con una incidencia elevada de metástasis extracraneales.

El origen se debería a la transformación neoplásica del componente vasculoendotelial de los glioblastomas¹ aunque se ha descrito también un precursor pluripotencial diferenciado⁴. Por otra parte, se ha comunicado la transformación del glioblastoma en gliosarcoma luego del tratamiento radiante¹.

Las imágenes de IRM muestran realces homogéneos múltiples con bordes irregulares, con adherencias durales que podrían corresponder a elementos gliomatosos y sarcomatosos del tumor³. Los tumores son intraaxiales, aunque pueden comprometer estructuras extraaxiales, siendo difusamente infiltrativos tanto radiológica como quirúrgicamente; su diagnóstico diferencial es incierto por la inespecificidad de las características del tumor.

Histopatológicamente son tumores dismórficos con elementos gliales malignos y con elementos de fibrosarcoma, caracterizados por un aspecto marmóreo con islotes celulares intercalados de los diferentes componentes¹.

La evolución clínica del gliosarcoma es similar al glioblastoma multiforme, con una supervivencia media de 25 semanas que puede extenderse a 46 semanas con radioterapia adjunta.

Bibliografía

1. Cerda-Nicolas M, Kepes J: Gliofibromas (including malignant forms), and gliosarcomas: a comparative study and review of the literature. **Acta Neuropathol** 85: 349-361, 1993
2. Fuller G, Burger PC: Classification and Biology of Brain Tumors. En Youmans J (Editor); Neurological Surgery. Saunders. 1996.vol 4, Cap. 113: 2495-2520.
3. Nitta H; Hayase H; Moriyama Y; Yamashita T; Yamashita J: Gliosarcoma of the posterior cranial fossa: MRI findings. **Neuroradiology** 35: 279-80, 1993.
4. Perry J; Ang LC; Bilbao J, Muller P: Clinicopathologic features of primary and postirradiation cerebral gliosarcoma. **Cancer** 75: 2910-8, 1995.