

GLIOBLASTOMA MULTIFORME MULTICÉNTRICO. REPORTE DE UN CASO

Pablo Jalón, Pablo Ajler, Juan Cruz Dobarro, Claudio Yampolsky

Servicio de Neurocirugía, Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

ABSTRACT

Objective: To report a case of multicentric glioblastoma multiforme (MGM) with four supratentorial lesions.

Description: A 71 years old female was admitted to our institution after having seizures and a right crural paresis. An MRI showed 4 supratentorial lesions. Oncological screening was negative.

Intervention: MGM was diagnosed by stereotactic biopsy.

Conclusion: Histopathologic diagnosis by biopsy or surgery must be performed in all patients to differentiate MGM from other multiple cerebral lesions.

Key words: multicentric glioblastoma multiforme, multiple glioma, multiple cerebral lesions.

Palabras clave: glioblastoma multiforme multicéntrico, glioma múltiple, lesiones cerebrales múltiples.

INTRODUCCIÓN

Los glioblastomas multiformes (GBM) son los tumores cerebrales primitivos más frecuentes y de peor pronóstico en adultos. Una forma de presentación inusual es la multicentricidad, planteando la necesidad de diferenciarlo de otras patologías encefálicas con lesiones múltiples.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de GBM multicéntrico describiendo el proceso diagnóstico y las características imagenológicas de esta patología tan infrecuente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una paciente de 71 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, ingresó a nuestra institución por un episodio comicial y una paresia crural derecha. Se realizaron imágenes por resonancia magnética (IRM) de cerebro donde se observaron cuatro lesiones: talámica derecha, insular izquierda, frontal izquierda y parietal derecha. Espontáneamente hipointensas, heterogéneas, con escaso refuerzo a la inyección de gadolinio e importante edema perilesional.

Con diagnóstico presuntivo de secundarismo se programó una biopsia estereotáctica. Se realizó screening oncológico incluyendo tomografía de tórax, abdomen y pelvis, ecografía abdominal, y centellograma óseo corporal total, sin resultados positivos.

Se abordó por estereotaxia la lesión frontal izquierda, obteniéndose material para biopsia que se informó como glioblastoma multiforme, indicándose tratamiento radiante.

DISCUSIÓN

La incidencia de los gliomas múltiples varía según las series, entre el 7¹ y el 13,1%². La epidemiología no varía respecto a la de las lesiones únicas¹.

Se describen a los gliomas múltiples como multifocales o como multicéntricos¹. Se definen como multicéntricos cuando: 1- no hay evidencia de continuidad entre las diferentes lesiones, ni micro ni macroscópicamente, 2- cuando no pueden ser consideradas como lesiones satélite de un tumor primario; y 3- cuando no se puede determinar una vía de diseminación, parenquimatosa, líquido cefalorraquídeo u otros. Cuando alguno de estos criterios no es cumplido, se lo considera multifocal.

Está descrita la diseminación de las células

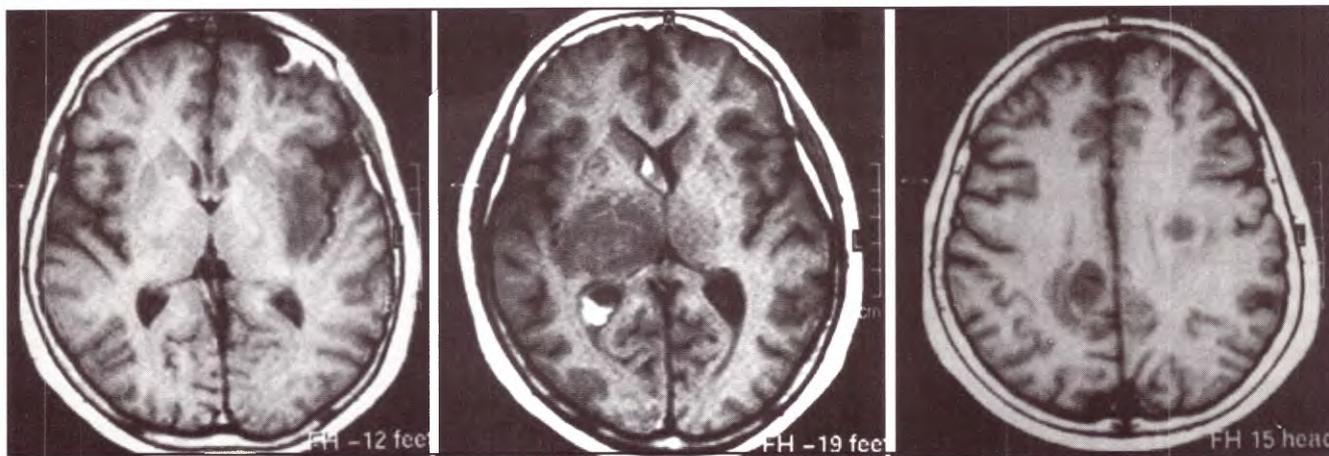


Fig. 1. IRM: cortes axiales ponderados en T1. A. Insular izquierda. B. Talámica derecha. C. Parietal derecha y frontal izquierda.

gliomas en el propio sistema nervioso central¹. Las vías descriptas son los espacios perivasculares de Virchow-Robin, leptomeninges y cuerpo calloso. La diseminación por la vía hemática se cree altamente improbable por las características de la barrera hematoencefálica.

La localización más frecuente de los gliomas múltiples es la supratentorial, sin predilección hemisférica, y a predominio de los lóbulos frontales y parietales, seguidos por los temporales y en forma aislada los occipitales. Infrecuente es la presentación bilateral y más aún los supratentoriales-infratentoriales o cerebelosos bilaterales. La mayoría de los pacientes presentan 2 o 3 lesiones, habiéndose descrito hasta 15².

En los casos de GBM multicéntricos es frecuente la convivencia de lesiones de distinto tipo histológico: GBM (grado IV de la OMS) y astrocitoma anaplásico (grado III de la OMS) y hasta se han reportado gliomas de bajo grado³.

Entre los diagnósticos de lesiones encefálicas múltiples, generalmente el primero es el de metástasis. Tassel y colaboradores⁴ describieron características como localización profunda o fuera de la unión córtico-subcortical, nódulo sólido con ausencia de necrosis central y la forma irregular, como poco sugestivo de metástasis, favoreciendo el diagnóstico de gliomas múltiples.

Especialmente desde la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el diagnóstico diferencial con lesiones de origen infeccioso-inflamatorio, es mandatorio. Incluyendo toxoplasmosis, abscesos, granulomas tuberculosos y hongos.

No existe una definición precisa del mejor tratamiento para los gliomas múltiples. Hochberg y Pruitt² describieron riesgos y beneficios comparando irradiación holocraneana con localizada en

pacientes con gliomas multicéntricos. Recalcan la necesidad del diagnóstico histopatológico por requerir dosis más elevadas de radioterapia para los gliomas que para las metástasis encefálicas.

Están en estudio nuevos quimioterápicos para ser utilizados como adyuvante en GBM y astrocitoma anaplásico.

El pronóstico de los pacientes con GBM multicéntricos es sombrío, con una supervivencia que va desde los 6 a los 8 meses.

CONCLUSIÓN

Realizar el diagnóstico histológico en casos de lesiones cerebrales múltiples es fundamental para poder optimizar el tratamiento. En este caso se realizó una biopsia estereotáctica, siendo suficiente para obtener un diagnóstico y definir el tratamiento a seguir.

Bibliografía

1. Ribero Franco CM, Fleury Malheiros SM, Gomes Nogueira R. Gliomas Múltiplos. Casos ilustrativos de cuatro formas de presentación. **Arq Neuropsiquiatr** 2000; 58: 150-6.
2. Kyritsis AP, Yung WK, Leeds NE, Bruner J, Gleason MJ, Levin VA. Multifocal cerebral gliomas associated with secondary malignancies. **Lancet** 1992; 339: 1229-30.
3. Kotwica Z, Papierz W. Cerebral and cerebellar glial tumors in the same individual. **Neurosurgery** 1992; 30: 439-41.
4. Tassel PV, Lee Y-Y, Bruner JM. Synchronous and metachronous malignant gliomas: **CT findings**. **AJNR** 1988; 9: 725-32.
5. Hochberg FH, Pruitt A. Assumptions in the radiotherapy of glioblastoma. **Neurology** 198; 30: 907-11.