

“¿LOBO CON PIEL DE CORDERO? ASTROCITOMA GEMISTOCÍTICO. CARACTERÍSTICAS DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.”

Autores: Hudema, Adriana Vanesa; Luqui Osvaldo Mauricio Joel.

e- mail: hudemavanesa@gmail.com

Hospital Escuela de Agudos Ramón Madariaga.

Posadas, Misiones, Argentina.

2022.

INTRODUCCION:

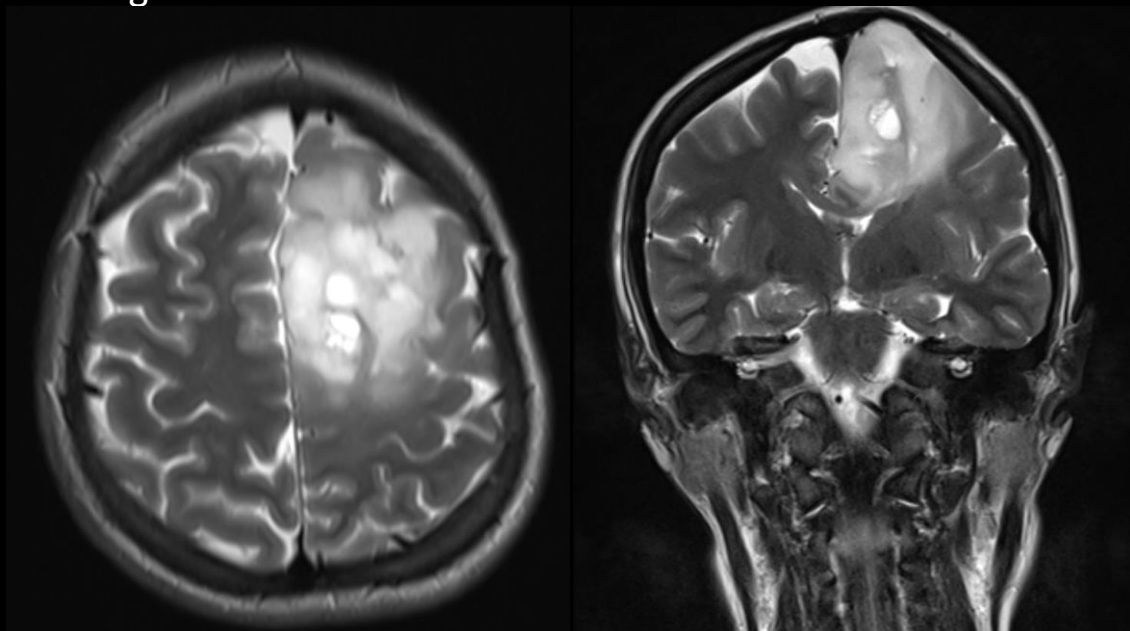
Los astrocitomas gemistocíticos se consideraban un tipo específico de tumores astrocito difuso, caracterizado por un componente prominente de gemistocitos en la histología, mientras que ahora la diferenciación gemistocítica es simplemente un patrón reconocido que se observa en los tumores astrocíticos. En cualquier caso estos tumores tienen un peor pronóstico de grado 2 de la OMS compatibles. La actual clasificación de la OMS define al gemA como una variante de los astrocitomas difusos, caracterizada por la presencia de al menos 20 % de astrocitos gemistocitos neoplásicos. Esta variante de astrocitoma con diferenciación gemistocítica representa de 9 %-19%. Se reportan la presencia de esta en poblaciones con edades de 38 a 42 años. Pese a ser considerados como astrocitomas grado 2, estos tumores presentan una alta propensión a una transformación maligna. La diferenciación gemistocítica es una característica que se puede observar tanto en los tumores astrocíticos mutantes IDH como en los de tipo salvaje. Sin embargo se observan con frecuencia gemistocitos ocasionales y, por lo tanto, se recomienda un corte arbitrario del 20% de la población de gemistocitos antes de utilizar el término “patrón de tejido gemistocitario”.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Paciente mujer de 30 años quien cursa 35 semanas de gestación, con antecedentes de crisis convulsivas y trastornos del estado de conciencia. Es derivada del interior de la provincia por falta de respuesta a tratamiento farmacológico.

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES:

RM de cráneo con contraste: Lesión mixta, expansiva, infiltrativa en región frontal izquierda de márgenes pocos definidos, las porciones solidas poseen señal iso-hipointensa en T1 y FLAIR, hiperintensa en T2, con áreas de refuerzo irregular y heterogéneo post-gadolinio y áreas quísticas intralesionales con señal similar al LCR en todas las secuencias. Sin signos de restricción molecular acuosa en difusión. En asociación hiperintensidad difusa de la sustancia blanca adyacente en probable relación a edema vasogénico.



CONCLUSIÓN:

La evidencia existente ha permitido clarificar algunos aspectos sobre el astrocitoma con diferenciación gemistocítica, aun así algunas preguntas como el mecanismo por el cual se induce la formación de gemistocitos y si ésta morfología es un factor independiente de pobre pronostico siguen sin recibir respuesta. Es necesario ampliar la información al respecto y tener un enfoque claro anatomo-patológico de éstas neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA:

Coons SW, Johnson PC, Scheithauer BW, et al. Improving diagnostic accuracy and interobserver concordance in the classification and grading of primary gliomas. Cancer 1997;79:1381–93 doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19970401)79:7<1381::AID-CNCR16>3.0.CO%3B2-W pmid:9083161

Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. Acta Neuropathol 2016;131:803–20 doi:10.1007/s00401-016-1545-1 pmid:27157931