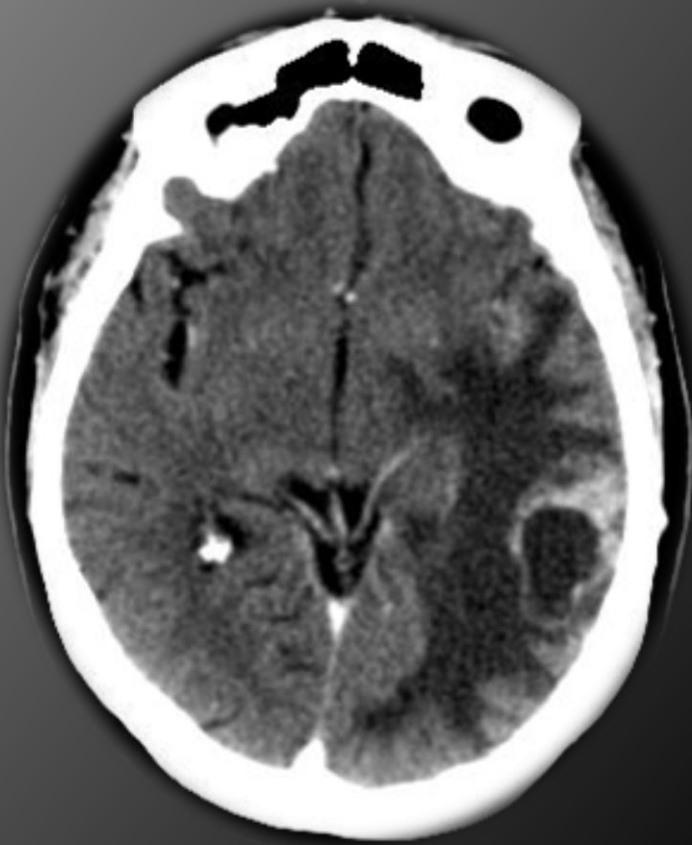


**Oligodendroglioma
anaplásico, hallazgos en
tomografía y resonancia.
Acerca de un caso.**



Chirveches Maria Alejandra
Cifuentes Cardozo Eduardo
Szusterman Ludmila Daniela
Orozco Lizeth Lorena
Vivas Andres Felipe
Rivadeneira Luis Felipe

Oligodendroglioma anaplasico

Los oligodendrogliomas son neoplasias que tienen origen en las células gliales.

El tipo anaplásico es un glioma infiltrante difuso grado III (WHO), histológicamente presenta anaplasia y marcadores moleculares (co-delección 1p19q y mutación IDH)

Constituyen el 20-50% de todos los oligodendrogliomas.

Cuando el estado molecular no está disponible → el diagnóstico depende de la histología y se le asigna la designación de oligodendroglioma anaplásico NOS

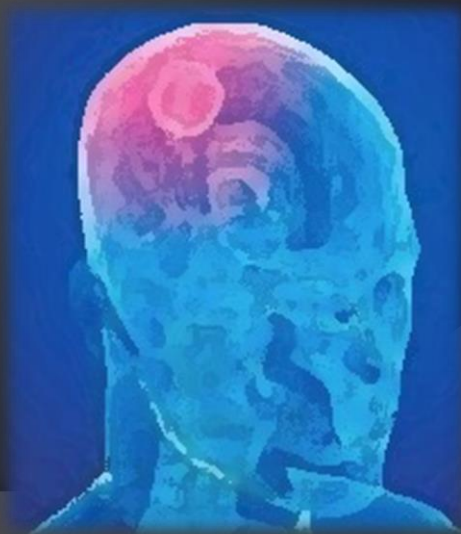
Típicamente se presenta más en hombres entre la 6ª a 7ª década de la vida.

Las convulsiones son el síntoma más común de presentación.

Claves imagenológicas : neoplasias gliales intra-axiales que se localizan predominantemente en los lóbulos frontales y temporales.

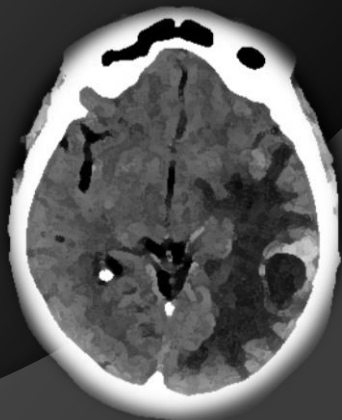
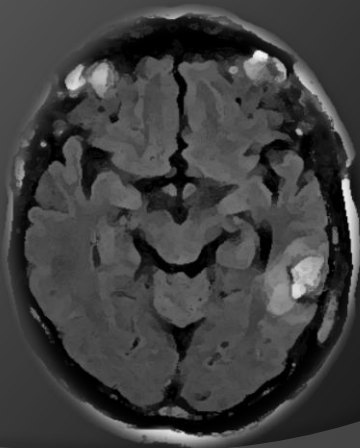
Presentan poco realce después de la administración de contraste endovenoso.

Pueden presentarse con degeneración quística, hemorragias y calcificaciones (hasta un 90% de las lesiones presentan calcificaciones)



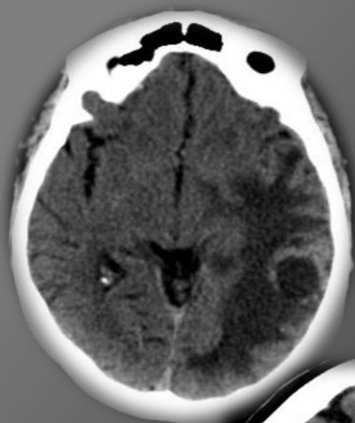
CASO CLINICO

- Paciente masculino de 48 años.
- Tres semanas de evolución de cefaleas intensas globales, opresivas, con leve mejoría al manejo analgésico.
- Afasia de Wernicke y un episodio convulsivo (alucinaciones olfativas y visuales)

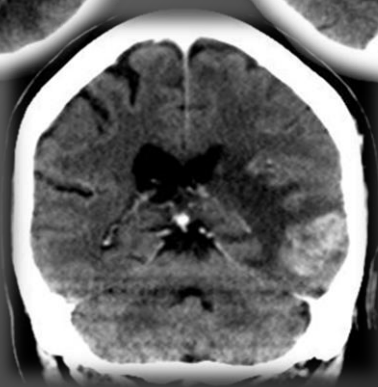
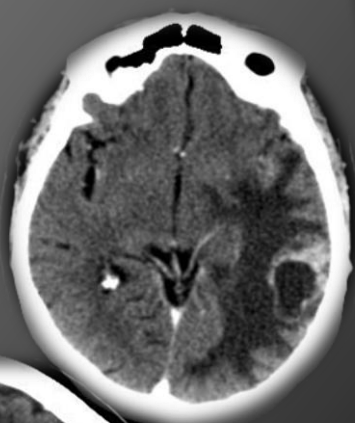


Hallazgos imagenológicos

Sin contraste



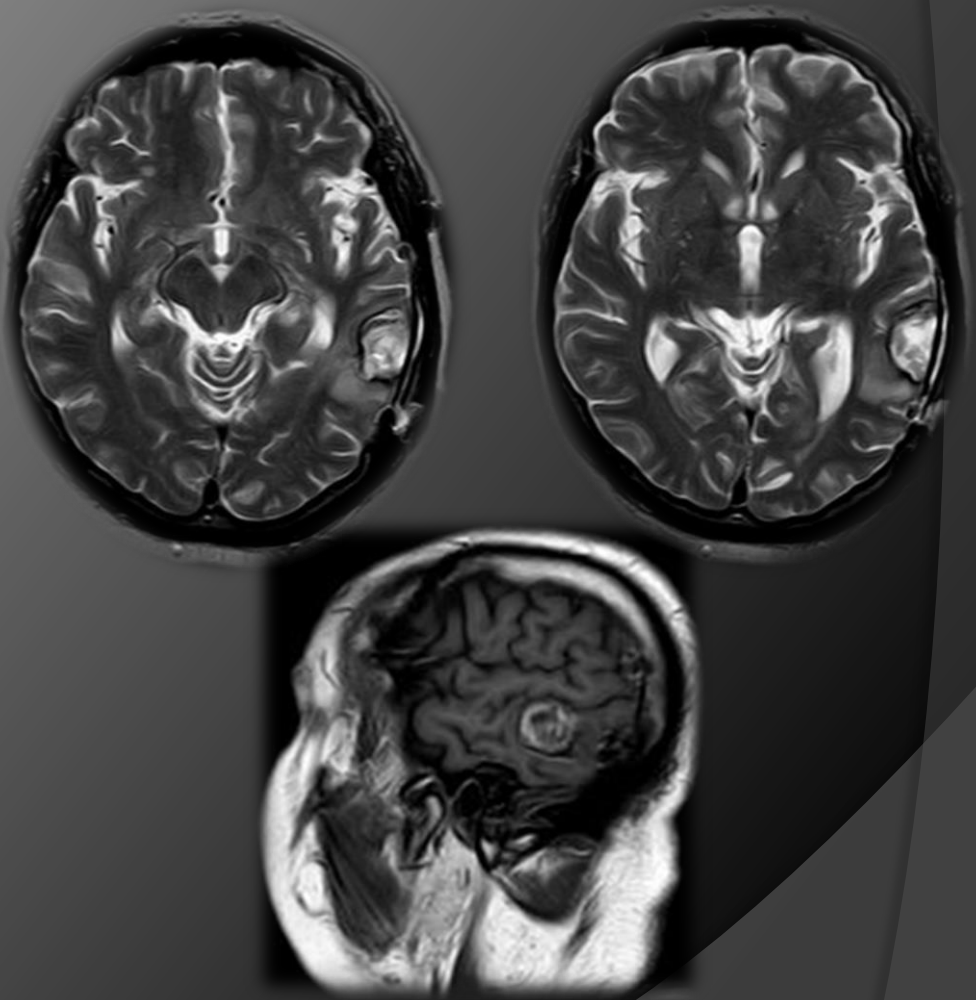
Con contraste



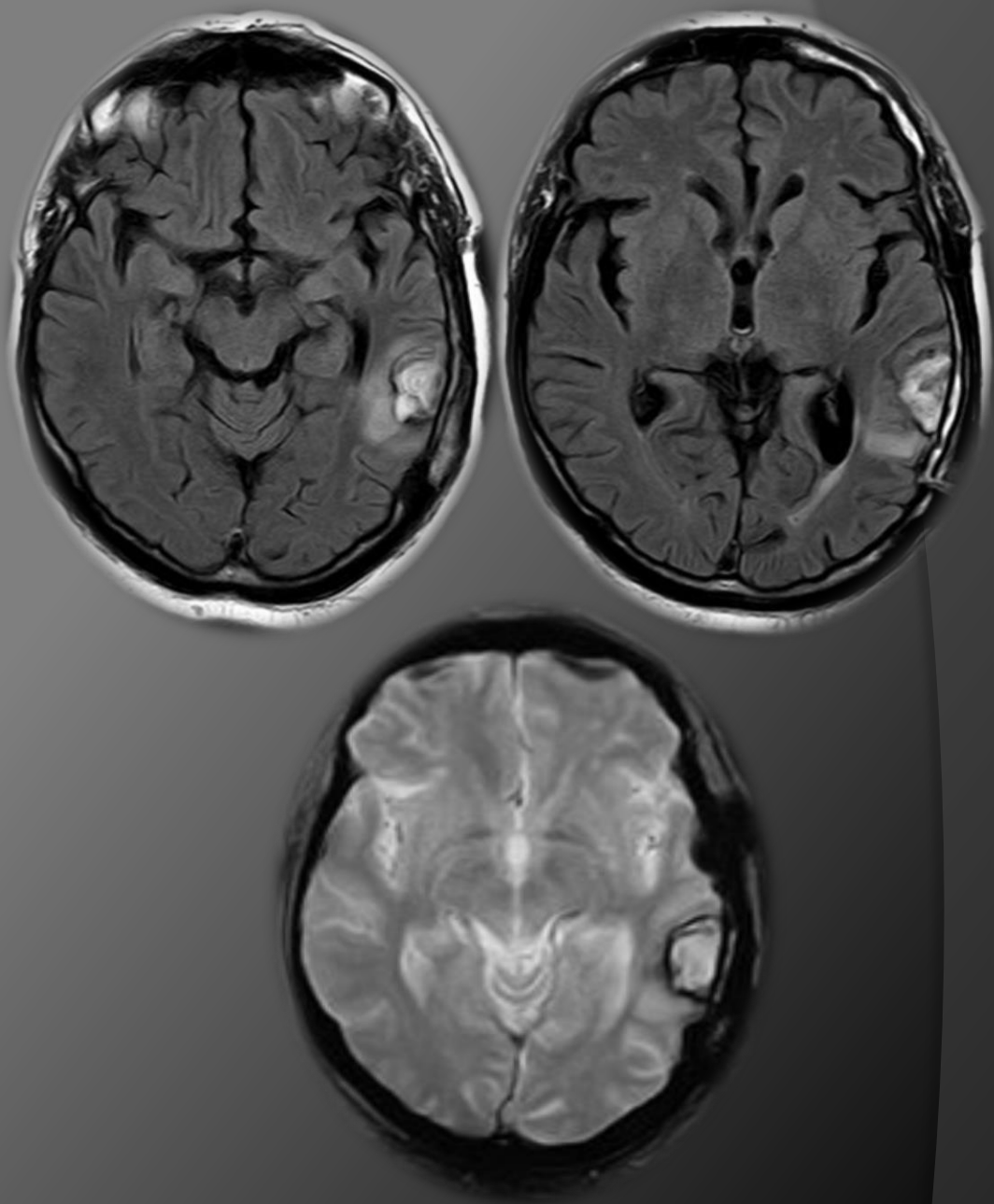
Con contraste

Se observa una formación sólido-quística de aspecto polilobulado en la región córtico-subcortical del lóbulo temporal izquierdo, presenta áreas espontáneamente densas vinculables a restos hemáticos y discreto realce periférico luego de la administración del contraste endovenoso. Se asocia a extenso edema perilesional que se extiende a nivel parieto-temporooccipital izquierdo, generando colapso parcial del ventrículo lateral homolateral y leve desviación de la línea media hacia la derecha en 3 mm.

- Con los hallazgos tomográficos, el paciente es llevado a cirugía para resección de la lesión.
- El paciente presenta mejoría en su sintomatología, resolución de la cefalea, la afasia y las alucinaciones.
- Solicitan RM de control a los 4 meses del postoperatorio.



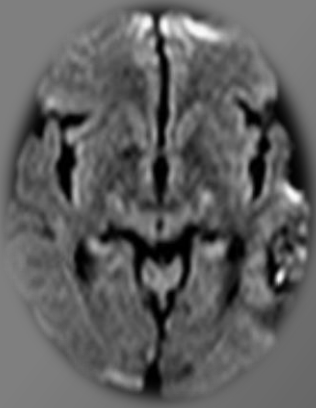
Cambios post-quirúrgicos en la región temporal lateral izquierda.



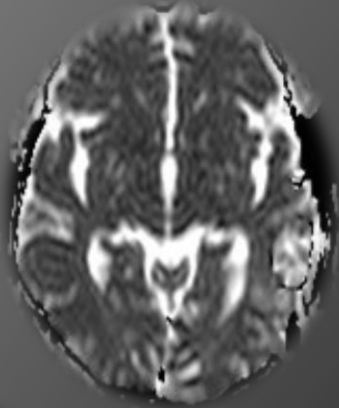
En el lecho quirúrgico se observa una zona con contenido hemático cortico-subcortical y borde con hemosiderina. Escaso edema vasogénico adyacente.

Secuencia de difusión sin signos de hiper celularidad.

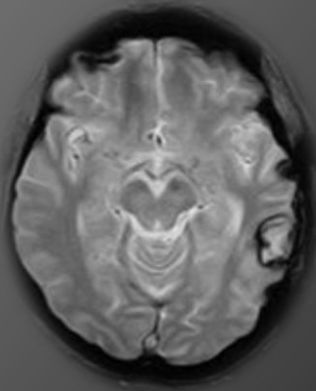
DWI b1000



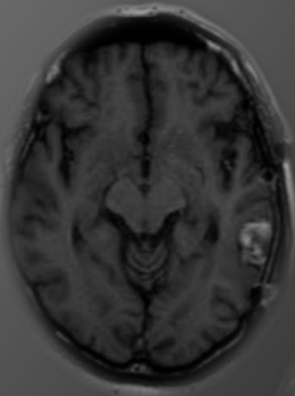
ADC MAP



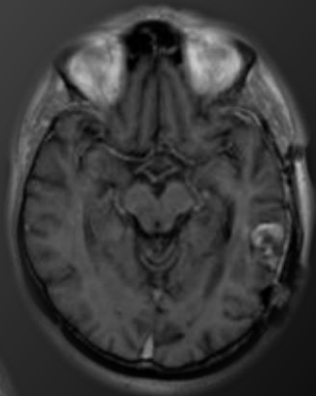
GRE



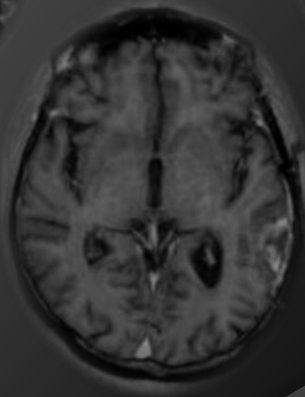
Sin
contraste



Con
contraste



Con
contraste



Resultado anatómo-patológico:
oligodendroglioma anaplásico

Discusión

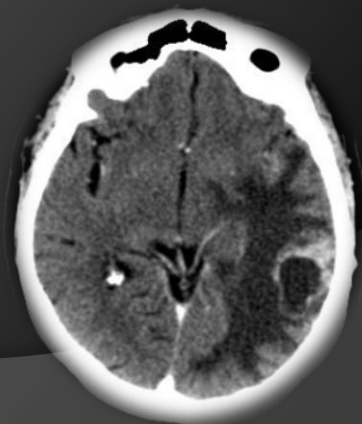
En adultos entre la 6^a y 7^a década de la vida, quienes debutan con estados convulsivos de novo, la sospecha de una lesión ocupante de espacio de origen neoplásico debe estar entre los posibles diagnósticos.

Las imágenes brindan un mejor enfoque diagnóstico en estos pacientes. Los oligodendrogliomas comúnmente se presentan como masas que comprometen la corteza y la sustancia blanca, presentan baja atenuación tomográfica y tienden a ser hipointensas en comparación a la sustancia gris en secuencias T1. Son hiperintensas comparadas con la sustancia gris en secuencias T2, la señal puede ser heterogénea dependiendo del componente quístico, la presencia de hemorragias y la degeneración quística asociada.

Recientemente la radiogenómica aporta más información sobre el pronóstico y respuesta al tratamiento de estos pacientes, la asociación entre los hallazgos radiológicos y los hallazgos en técnicas moleculares e inmunohistoquímica encaminan a un manejo más personalizado de este grupo de pacientes.

Conclusión

- Este grupo de gliomas presentan una mayor densidad celular, aumento de la actividad mitótica, proliferación microvascular y necrosis, asociándose a una mayor agresividad, con altos niveles de mortalidad y sobrevida menor de 5 años.
- Los métodos imagenológicos juegan un rol de alta importancia en el diagnóstico, planeación quirúrgica, seguimiento y pronóstico.
- En la actualidad la radiogenómica es de vital importancia para el pronóstico y manejo personalizado de cada paciente (estudio molecular e inmunohistoquímica de la lesión.)



Bibliografía

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK "Clasificación de la OMS de tumores del sistema nervioso central. 2016 4ª edición.
2. KOMORI, Takashi. The 2016 WHO classification of tumours of the central nervous system: The major points of revision. *Neurologia medico-chirurgica*, 2017, vol. 57, no 7, p. 301-311.
3. Ellingson B.M, Lai A, Harris JM. Probabilistic Radiographic Atlas Of Glioblastoma Phenotypes; 2013. *AJNR Am J Neuroradiol* 34;533-40.
4. Persaud-Sharma, Dharam, et al. "Disparities in brain cancer in the United States: a literature review of gliomas." *Medical Sciences* 5.3 (2017): 16.