

# EL HUEVO FRITO: CAUSA DE CONVULSIONES

Autores:

- Manasseri Víctor
- Rodríguez Cintia
- Nallino María Belen
- Villavicencio Roberto



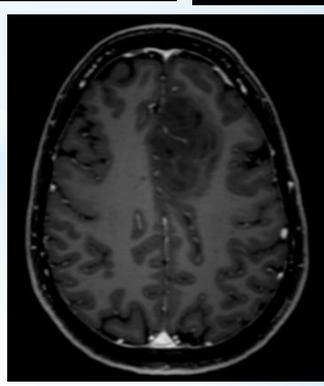
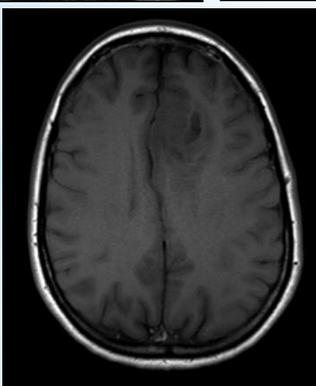
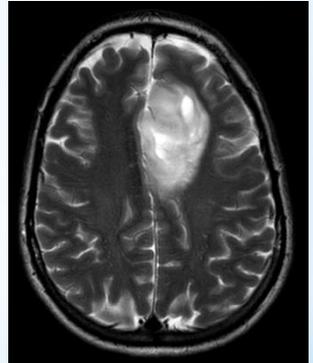
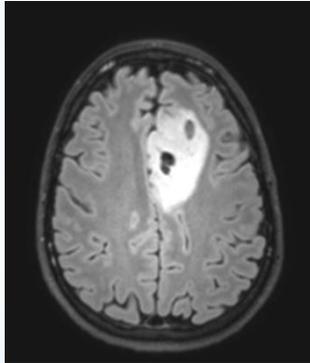
# OLIGODENDROGLIOMA

- Son tumores cerebrales primarios raros que afectan a las células llamadas oligodendrocitos, que cubren y protegen a la neuronas.
- Su pico de incidencia es entre los 35 y 55 años.
- Sus síntomas de presentación no son diferentes a los de otros tumores como cefalea, convulsiones o cambios de conducta.
- Las crisis epilépticas son más frecuentes que en otros tumores del SNC.
- Se pueden localizar en cualquier punto del neuroeje, aunque la localización medular es excepcional y supone menos del 4 % de los tumores medulares.
- Se diagnóstica por TAC o RMI.
- Su confirmación diagnóstica es por la anatomía patológica a través de las llamadas “células en huevo frito” (debido a la forma que tienen).
- La nueva clasificación de la OMS (2016) incorpora patrones genéticos y moleculares.

# CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS

Existen características que se destacan en este tumor:

- Calcificaciones intratumorales.
- Predilección por el lóbulo frontal.
- Relación entre la captación de contraste con una mayor agresividad tumoral ( los anaplásicos a nivel frontal, parietal y occipital presentan mayor captación frente a los localizados a nivel temporal, ínsula y diencefalo, en los cuales es más frecuente la captación en anillo)



Diferentes secuencias de RMI de un paciente con diagnóstico de Oligodendroglioma en la región frontal.

# CLASIFICACIÓN

Fue C. L. Nutt quien relacionó las características clínicas y radiológicas con sus alteraciones moleculares, dividiéndolos según el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

Establece dos grandes grupos:

- Con delección 1p/19q : presentan localización frontal, parietal u occipital con crecimiento bilateral, radiológicamente presentan una captación difusa del contraste con bordes indefinidos en T1 y metabolismo elevado.
- Sin delección: se localizan preferentemente a nivel temporal, insular y diencefalo con patrón de crecimiento unilateral, captación del contraste en anillo y bordes bien definidos en T1.

El grupo de oligodendrogliomas anaplásicos que no presentan la delección se dividen en aquellos tumores con mutación TP53 y los que no presentan esta mutación aunque frecuentemente si presentan otras alteraciones genéticas.

Según la nueva clasificación de la OMS (2016):

Oligodendroglioma de Bajo Grado:

- IDH mutado y 1p 19q codelectado (Grado 2)
- No específico (Grado 2)

Oligodendroglioma de Alto Grado (Anaplásico)

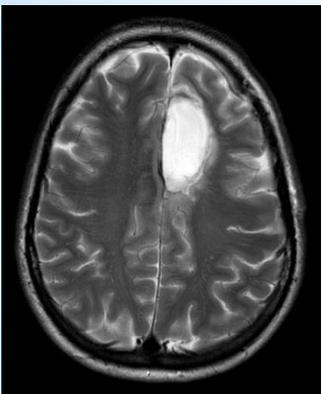
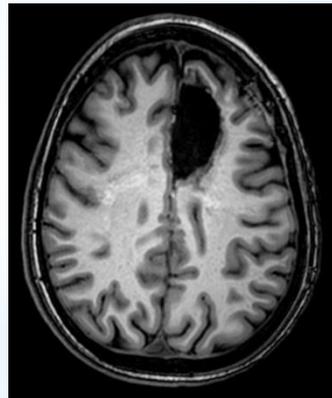
- IDH mutado y 1p 19q codelectado (Grado 3)
- No específico (Grado 3)

# FACTORES PRONÓSTICOS

- **Edad:** menores de 20 años tienen mejor supervivencia.
- **Clínica:** la ausencia de focos neurológicos y cefaleas se relacionan con mejor pronóstico.
- **Localización:** aquellos localizados en el lóbulo parietal están asociados con una mayor progresión tumoral.
- **Histología:** la presencia de necrosis, alta actividad mitótica, aumento de celularidad, pleomorfismo y proliferación microvascular, se relacionan con un mal pronóstico.
- **Genética molecular:** La pérdida combinada de 1p y 19q se asocia a una menor tasa de recidiva tumoral y una mayor supervivencia.

# TRATAMIENTO

- Cirugía : tiene como objetivo eliminar el tumor y si no es posible extirparlo, se hace solo una biopsia. Después de una cirugía o biopsia, se puede usar radioterapia con o sin quimioterapia.
- Radioterapia: tiene como objetivo destruir las células cancerosas o detener su crecimiento y se usa junto con otros procedimientos o en lugar de ellos, dependiendo de la ubicación y la gravedad del tumor.
- Quimioterapia: utiliza medicamentos para destruir las células del cáncer o impedir que crezcan. La quimio puede ser endovenosa u oral.



Diferentes secuencias de RM1 de un pop a los 2 meses de realizada la cirugía

# CONCLUSIÓN

En el año 2016 la OMS modificó su clasificación incluyéndolo dentro de los tumores gliales difusos con mutación IDH y codeleción 1p 19p, lo cual permitió la unificación de criterios diagnósticos y lograr mejores decisiones terapéuticas.

Estudios han demostrado que los Oligodendrogliomas de grado 2 y 3 IDH mutado y codelectado tienen mejores respuestas a tratamientos combinados de radioterapia y quimioterapia.

El método de elección sigue siendo la RMI, sin embargo la confirmación diagnóstica se realiza a través de la anatomía patológica, donde al microscopio se observan las llamadas “celulas en huevo frito”, que son patognomónicas de este tumor.