

Astrocitoma intramedular

El [astrocitoma](#) medular ocupa el 3% de los astrocitomas.

Un tercio de estos es un [astrocitoma pilocítico medular](#).

El [astrocitoma](#) intramedular, es un [tumor intramedular](#) que puede afectar a la región cervical y dorsal. Casi todos se extienden en sentido longitudinal por lo que afecta varios segmentos y a veces puede comprometer a la totalidad de la médula.

Todos los astrocitomas medulares son infiltrantes y de crecimiento lento con bajo grado de malignidad, comparado con el [astrocitoma intracraneal](#).

Los límites son mal definidos y de naturaleza progresiva, por lo que en la mayoría no suele ser posible su extirpación completa y curativa. Alrededor del 15% de los astrocitomas medulares son malignos y pueden producir metástasis. Es frecuente la formación de quistes intratumorales y a menudo se observa una siringomielia asociada.

Estos tumores intramedulares son más frecuentes en niños, la edad promedio es de 21 años; no hay predilección por el sexo.

El dolor es el síntoma inicial frecuente, de carácter local en los segmentos óseos que comprometen el tumor, un dolor recidivante puede ser el síntoma de un tumor.

Diagnóstico

La radiografía simple suele ser normal, en pocos casos se puede observar un aumento de la distancia interpedicular.

La mielografía muestra un ensanchamiento medular inespecífico y multisegmentario.

La resonancia magnética es actualmente el procedimiento para la evaluación de tumores espinales. Los astrocitomas son iso a ligeramente hipointensos en T1 e hiperintensos de T2; con el contraste todos realzan las imágenes.

El tratamiento quirúrgico consiste en una laminectomía descompresiva; exéresis para posteriormente plantear el tratamiento radioterápico.

Los que se extienden más de 3 segmentos presentaron un empeoramiento postoperatorio significativo ¹⁾

Epidemiología

Estos tumores intramedulares son más frecuentes en niños, la edad promedio es de 21 años; no hay predilección por el sexo .

Son menos frecuentes que el ependimoma.

Pueden afectar cualquier localización con predilección en la región cervical y dorsal. Casi todos se

extienden en sentido longitudinal por lo que afecta varios segmentos y a veces puede comprometer a la totalidad de la médula.

La mayoría son de bajo grado de malignidad. Alrededor del 15% de los astrocitomas medulares son malignos y pueden producir metástasis. Es frecuente la formación de quistes intratumorales y a menudo se observa una siringomielia asociada.

Los límites son mal definidos y de naturaleza progresiva, por lo que en la mayoría no suele ser posible su extirpación completa y curativa.

Clínica

El dolor es el síntoma inicial frecuente, de carácter local en los segmentos óseos que comprometen el tumor, un dolor recidivante puede ser el síntoma de un tumor.

Diagnóstico

La resonancia magnética es el procedimiento para la evaluación de tumores espinales. Los astrocitomas son iso a ligeramente hipointensos en T1 e hiperintensos de T2; con el contraste todos realzan las imágenes.

El tratamiento quirúrgico consiste en una laminectomía descompresiva; exeresis limitada del tumor para posteriormente plantear el tratamiento radioterápico.

El tratamiento de los astrocitomas malignos sigue siendo controvertido. Aunque la radioterapia se ha convertido en el estándar, la relación entre el grado de resección y la supervivencia sigue siendo incierta. En una serie de 35 casos tras la resección agresiva de estos tumores. Veintisiete (77%) y ocho (23%) pacientes fueron sometidos a resección del Glioblastoma y anaplásico respectivamente.

La edad media fué de 29 + / -16 años (rango, 2-61 años). Para el AA, la resección radical se logró en 12 (44%) pacientes y la resección subtotal (residual postoperatorio tras resonancia magnética) se logró en 15 (56%). Ninguno del grupo de GBM fueron sometidos a resección radical (media estimada de resección, el 70%). Después de la cirugía, dos pacientes (6%) mejoraron neurológicamente. 19 (54%) se mantuvo estable, y 14 (40%) disminuyó. La mediana de supervivencia de pacientes con AA es de 72 meses (85% a 1 año, 59% a 5 años). La mediana de supervivencia de GBM pacientes fue de 9 meses (31% a 1 año; 0% a 5 años). Subtotal versus resección radical de AA se asoció con una disminución de la supervivencia global (38 frente a 78% en 4 años, $P = 0,028$). Una tendencia al aumento de la supervivencia se observó con resección radical ($P = 0,023$). Concluyen que la función neurológica puede ser preservada con la resección agresiva de tumores intramedulares malignos, sin embargo, la disminución de la fuerza puede observarse en muchos casos. La resección radical de AA se asoció con una tendencia al aumento de la supervivencia global en casos no dideminados. La cirugía radical y la radioterapia de GBM se asoció con una supervivencia, similar a controles históricos de diagnóstico de la biopsia y la radioterapia. La supervivencia es menor en los casos en que el AA difunde a lo largo del neuraxis.

Bibliografía

McGirt, M. J., I. M. Goldstein, et al. (2008). "Extent of surgical resection of malignant astrocytomas of the spinal cord: outcome analysis of 35 patients." *Neurosurgery* 63(1): 55-60; discussion 60-1.

El pico de mayor incidencia es entre la 3ª - 5ª década de la vida.

Relación hombre:mujer 1,5:1

La relación bajo:alto grado 3:1.

Puede presentarse a cualquier nivel aunque el torácico es el más frecuente seguido del cervical.

El 38% son quísticos y el contenido del quiste suele ser alto en proteínas.

Tratamiento

La resección, en la actualidad se considera como primera línea de tratamiento.

El impacto de la radioterapia postoperatoria sigue siendo objeto de debate.

La braquiterapia intersticial con Renio intracavitario en astrocitomas quísticos recurrentes ha presentado excelentes resultados con menores efectos secundarios y mejora drástica de los déficit neurológicos.

Pronóstico

Depende del grado histológico pero la resección quirúrgica se asocia con buen pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

Colnat-Coulbois, Sophie, Olivier Klein, Marc Braun, Pierre Thouvenot, y Jean-Claude Marchal. 2010. Management of intramedullary cystic pilocytic astrocytoma with rhenium-186 intracavitary irradiation: case report. Neurosurgery 66, no. 5 (Mayo): E1023-1024; discussion E1024. doi:10.1227/01.NEU.0000367800.59074.C2.

1)

Ardeschiri A, Chen B, Hütter BO, Oezkan N, Wanke I, Sure U, Sandalcioğlu IE. Intramedullary spinal cord astrocytomas: the influence of localization and tumor extension on resectability and functional outcome. Acta Neurochir (Wien). 2013 Jul;155(7):1203-7. doi: 10.1007/s00701-013-1762-5. Epub 2013 May 23. PubMed PMID: 23700256.

From:

<http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=astrocitoma_intramedular

Last update: 2025/05/03 23:56

