

# Q12369

**Diagnóstico Inicial:** Tumor cerebral a estudio (posiblemente astrocitoma o oligodendroglioma).

**Antecedentes Médicos:** Historia de rinitis alérgica y queratoacantoma en el hombro izquierdo. Medicación habitual: Ebastel (Ebastina) forte 20 mg.

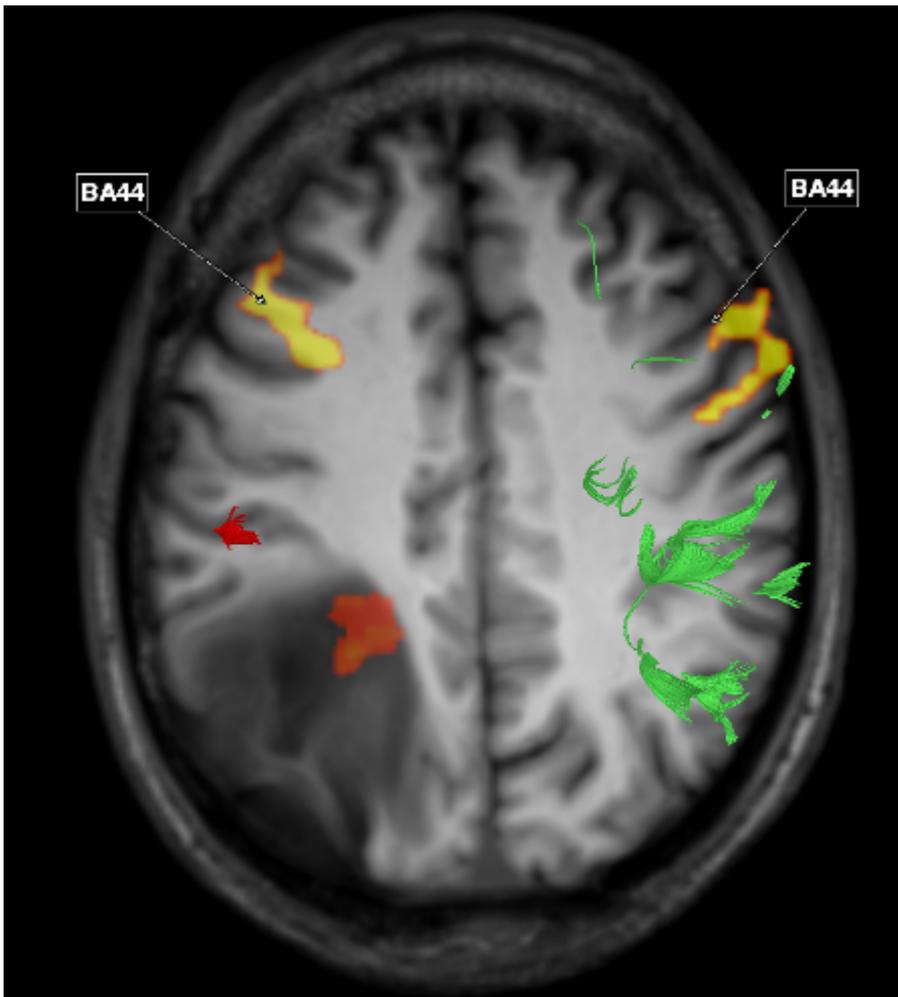
## Enfermedad Actual:

- El paciente presenta **crisis focal epiléptica** (episodios de **desconexión** y **automatismos**, con frecuencia de 1-2 episodios diarios, desencadenados por **estrés**).

- **Exploración neurológica** sin alteraciones significativas, aunque se observa una leve **hipersensibilidad** en la pierna derecha.

## Estudios Complementarios:

- **RM cerebral:** Lesión mal delimitada en la región frontoparietotemporooccipital izquierda, con características compatibles con un tumor de bajo grado (posiblemente astrocitoma o oligodendroglioma).



Funciones del lenguaje:

Bilateralidad funcional con activación bilateral en BA22 y BA44. BA22 izquierda desplazada hacia una

posición más anterior, próxima al margen anterior de la LOE. Alteraciones de la sustancia blanca:

Íntimo contacto de la LOE con los fascículos arcuato, inferior fronto-occipital, longitudinal inferior y radiaciones ópticas izquierdas. Adelgazamiento y pérdida de fibras en las estructuras mencionadas. Tracto corticoespinal izquierdo íntegro, aunque cercano a la LOE. Reconstrucciones visualizadas en PACs:

Fascículos representados con códigos de color en neuronavegación sin contraste: Tracto corticoespinal: amarillo. Fascículo arcuato: rojo. Inferior fronto-occipital: azul. Longitudinal inferior: verde. Radiaciones ópticas: rosa.

- **TAC torácico y abdominal:** Nódulos quísticos en el hígado y abdomen, sin metástasis claras.

## Intervención quirúrgica

Craneotomía y exéresis parcial de tumor. Tras la cirugía, se observan signos típicos de encefalomalacia y gliosis, con restos tumorales residuales.

Detalles del Procedimiento Preparación y Posicionamiento:

Posición del paciente: Decúbito lateral derecho con ligera rotación de cabeza hacia la derecha. Guía: Neuronavegación magnética para localización precisa de la lesión. Incisión y Acceso:

Incisión: Amplia en forma de interrogante en región temporoparietooccipital. Craneotomía: Subyacente al área de exposición, confirmando la ubicación de la LOE en el centro del campo quirúrgico. Exploración y Monitorización:

Electrocorticografía (ECoG): Detecta actividad epileptiforme (puntas de onda) en electrodos más mediales. Monitorización transcraneal y cortical: Áreas involucradas: Corteza visual de asociación (V2) y corteza somatosensorial. Estimulación subcortical: Localización de radiaciones ópticas en pared lateral del atrio a 5mA. Exéresis Tumoral:

Guía: Realizada mediante ecografía y siguiendo los surcos anatómicos. Hallazgos: Radiaciones ópticas identificadas mediante estimulación subcortical, respetadas cuidadosamente. Complicaciones intraoperatorias: Caídas fluctuantes en uno de los polos durante la exéresis; resto de monitorización sin alteraciones significativas. Hemostasia y Cierre:

Hemostasia: Meticulosa, utilizando Espongostan sobre el lecho tumoral y la corteza expuesta. Cierre: Dural: Pexias central y periféricas. Reposición ósea: Con miniplacas de PRIM. Cierre por planos: Piel cerrada con grapas. Incidencias: Ninguna significativa.

### Posibilidades de Resultado Histológico:

### 1. **Astrocitoma de Bajo Grado (Grado II de la OMS):**

1. Este es el diagnóstico más probable, dado que la imagen muestra características típicas de un tumor de bajo grado. El astrocitoma de grado II es una opción diagnóstica común en lesiones cerebrales de baja celularidad, y suele asociarse con un curso más lento de la enfermedad.
2. **Decisión:** Si se confirma este diagnóstico, el tratamiento sería seguimiento estrecho con resonancia magnética, evaluación periódica de posibles restos tumorales y la posibilidad de radioterapia o quimioterapia en caso de recidiva. La probabilidad de recurrencia es baja pero

debe ser monitorizada de cerca. El manejo también incluiría la prevención de crisis epilépticas, dada la localización del tumor.

## 2. Oligodendroglioma de Bajo Grado (Grado II de la OMS):

1. Esta opción también es plausible, ya que los oligodendrogliomas de bajo grado tienen características clínicas e imagenológicas similares a las de un astrocitoma. Los oligodendrogliomas tienden a ser más sensibles a la quimioterapia y la radioterapia que los astrocitomas.
2. **Decisión:** Si el diagnóstico es oligodendroglioma, el comité de neurooncología podría considerar la administración de quimioterapia adyuvante, además de radioterapia, dependiendo de la extensión de la resección tumoral. El seguimiento continuo con imágenes sería crucial para detectar recurrencias.

## 3. Glioblastoma Multiforme (GBM) o Tumor de Alto Grado (Grado IV de la OMS):

1. Aunque menos probable debido a la imagenología de baja celularidad y el comportamiento menos agresivo observado en las primeras etapas, el glioblastoma sigue siendo una posibilidad. El GBM es altamente maligno y suele presentar un crecimiento rápido con áreas de necrosis y alta celularidad.
2. **Decisión:** Si se confirma como un glioblastoma multiforme, se iniciaría un tratamiento agresivo que incluiría radioterapia y temozolomida (quimioterapia). Además, dado el pronóstico desfavorable de los glioblastomas, se discutiría la opción de tratamientos paliativos si la enfermedad no es completamente reseçada.

### Decisión del Comité de Neurooncología: - **Confirmación Histológica:** El comité debe proceder con el análisis histológico de los restos tumorales obtenidos en la resección parcial. Si es necesario, se podría realizar una segunda biopsia para confirmar la naturaleza y el grado exacto del tumor.

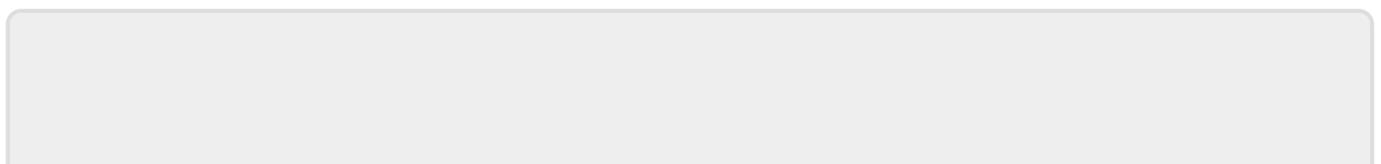
### - Tratamiento Adyuvante:

1. En caso de astrocitoma o oligodendroglioma de bajo grado, el tratamiento adyuvante dependerá de la resección, con una vigilancia estrecha mediante resonancias magnéticas periódicas.
2. En caso de glioblastoma, el tratamiento incluiría radioterapia y temozolomida, además de un seguimiento intensivo para detectar posibles recidivas tempranas.

- **Control y Seguimiento:** Se realizará un control continuo con imágenes de resonancia magnética y evaluaciones clínicas para detectar cualquier signo de recurrencia o progresión tumoral.

- **Apoyo Psicológico:** Dado el impacto emocional del diagnóstico, se recomendaría apoyo psicológico o psiquiátrico para el paciente para ayudar a manejar el estrés asociado con la incertidumbre del diagnóstico y tratamiento.

En conclusión, el comité de neurooncología tomará decisiones basadas en el resultado histológico final, con un enfoque integral para el manejo del paciente y el seguimiento de la enfermedad.



From:

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

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=q12369>

Last update: **2025/05/03 23:59**

