www.medigraphic.org.mx

Glioblastoma multiforme supratentorial con metástasis leptomeníngea espinal

José Luis Alcocer-Maldonado,* Luis Gerardo Domínguez-Carrillo‡

El glioblastoma multiforme es el tumor cerebral primario más frecuente en adultos; su frecuencia es de 12 a 15% de todas las neoplasias intracraneales. Representa 50-60% de todos los tumores astrocíticos; su incidencia es de dos o tres nuevos casos/100,000/año; la incidencia de metástasis varía de dos a 20% en autopsias. Las metástasis espinales fueron descritas por primera vez en 1931.[1] En un estudio de 600 pacientes con glioblastoma supratentorial, sólo el 2% presentó metástasis.[2] El glioblastoma habitualmente no invade el espacio subaracnoideo, por lo que raramente metastatiza vía líquido cefalorraquídeo; la diseminación hematógena extraneural es muy rara en pacientes que no han sido intervenidos quirúrgicamente[3] y su penetración en la duramadre, senos venosos y hueso es excepcional.[4] La alteración genética más frecuentemente observada (60-90% de los casos) es la pérdida de heterocigocidad en el brazo largo del cromosoma 10. El cuadro clínico es insidioso y su diagnóstico, tardío.[5] La resonancia magnética con gadolinio es la prueba diagnóstica para demostrar las metástasis espinales. El tratamiento es quirúrgico. El pronóstico de los pacientes con glioblastoma y metástasis espinales es grave a corto tiempo, con una supervivencia de tres meses.[6] Reportamos el primer caso de esta índole en el Hospital Ángeles León.

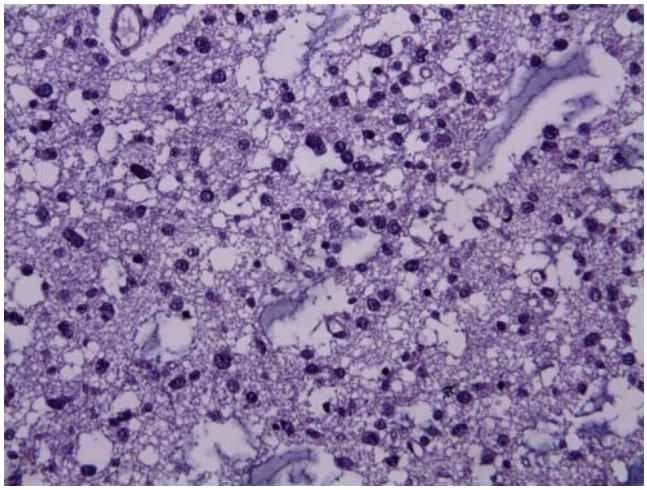

Figura 1. Imagen histopatológica de lesión cerebral reportada como astrocitoma microquístico grado II de la OMS.
Imagen en color en:
www.medigraphic.com/actamedica

Caso clínico: Femenina de 33 años; inició su padecimiento en abril del 2008 con crisis convulsivas focales de hemicuerpo derecho y síndrome de hipertensión intracraneal. Se practicó el diagnóstico de astrocitoma parietal izquierdo con invasión al ventrículo lateral; fue interveni-

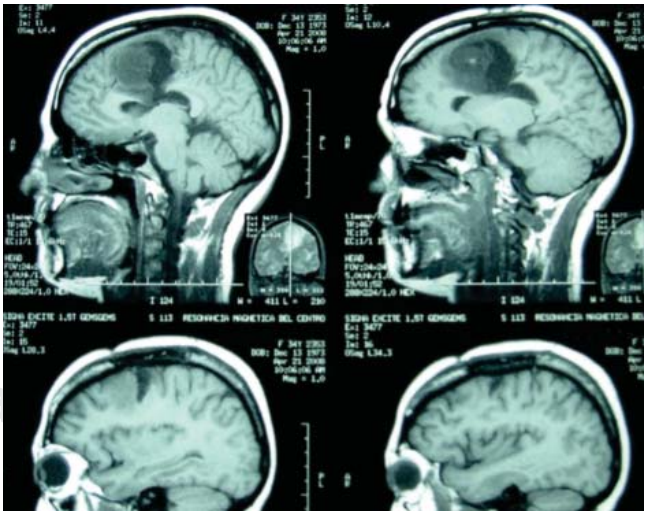

Figura 2. Imagen de resonancia magnética en corte sagital, que muestra recidiva tumoral; fue sometida a resección, que se reportó histopatológicamente como glioblastoma multiforme grado IV de la OMS.

* Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital General Regional de León, Guanajuato. México.
‡ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor del módulo de musculoesquelético de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Correspondencia:
Dr. José Luis Alcocer-Maldonado
Correo electrónico: alcocermjl@hotmail.com

Aceptado: 01-04-2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en http://www.medigraphic.com/actamedica

Figura 3. Imagen de resonancia magnética en corte sagital de columna torácica, ponderada en T1, la cual muestra masa ocupativa intraespinal, extramedular, que origina compresión medular del 60% a nivel de D8-D9.

da quirúrgicamente con resección total de la lesión, con reporte de astrocitoma microquístico grado II *(Figura 1)*. Un año después, reingresó al hospital con hipertensión intracraneal; la resonancia magnética de control mostró recidiva tumoral *(Figura 2)*. Fue reintervenida, con un reporte histopatológico de glioblastoma multiforme de células pequeñas grado IV. Recibió tratamiento con radioterapia 6100 cGy en lecho tumoral y temozolamida en seis ciclos. Permaneció asintomática por siete meses. Reingresó ocho meses después con incapacidad para la marcha, pérdida de control de esfínteres y nivel sensitivo D10. Se practicó una resonancia magnética, encontrándose lesión intraespinal, extramedular, metastásica en D8-D9 de 3 cm *(Figura 3)*. Se intervino quirúrgicamente, diagnosticando por histopatología glioblastoma multiforme grado IV *(Figura 4)*. Se aplicó radioterapia espinal. La paciente falleció cuatro meses después, en abril de 2010.

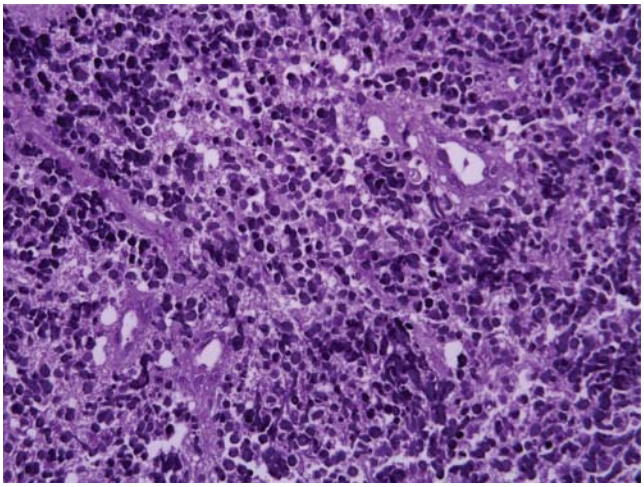

Figura 4. Corte histológico de lesión intraespinal extramedular reportada como glioblastoma multiforme de células pequeñas grado IV de la OMS.
Imagen en color en:
www.medigraphic.com/actamedica

REFERENCIAS

1. Cairns H, Russell DS. Intracranial and spinal metastases in gliomas of the brain. *Brain*. 1931; 54: 377-420.
2. Vertosick FT Jr, Selker RG. Brain stem and spinal metastases of supratentorial glioblastoma multiforme: a clinical series. *Neurosurgery*. 1990; 27: 516-522.
3. Khan MB, Riaz M, Bari ME. Is surgical spinal decompression for supratentorial GBM symptomatic drop down metastasis warranted? A case report and review of literature. *Surg Neurol Int*. 2014; 5: 40-42.
4. Shah A, Redhu R, Nadkarni T, Goel A. Supratentorial glioblastoma multiforme with spinal metastases. *J Craniovertebr Junction Spine*. 2010; 1: 126-129.
5. Scoccianti S, Detti B, Meattini I, Iannalfi A, Sardaro A, Leonulli BG et al. Symptomatic leptomeningeal and intramedullary metastases from intracranial glioblastoma multiforme: a case report. *Tumori*. 2008; 94: 877-881.
6. Basmaci M, Hasturk AE, Yilmaz ER, Kertmen H, Gurer B. Unusual massive spinal metastases from a recurrent intracranial glioblastoma multiforme. *Indian J Surg Oncol*. 2013; 4: 280-283.

www.medigraphic.org.mx