

Oligodendroglioma

Juan Eugenio Cosme,* Roberto Corona Cedillo,** Manuel Martínez López,* Ingrid Vivas,* María Teresa Facha García,* Jorge Vázquez Lamadrid*

Paciente femenino de 44 años con historia de 6 meses de evolución con debilidad del hemicuerpo dere-

cho. Se presenta al servicio de urgencias por pérdida del estado de alerta.

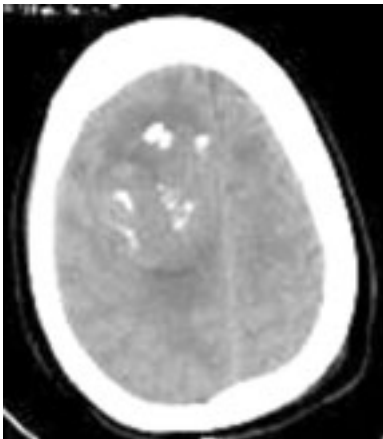


Figura 1. Corte tomográfico en fase simple, hacia la convexidad se identifica masa frontal derecha con calcificaciones gruesas dispersas y áreas de menor densidad por edema y necrosis, la masa desplaza la línea media sin atravesarla.

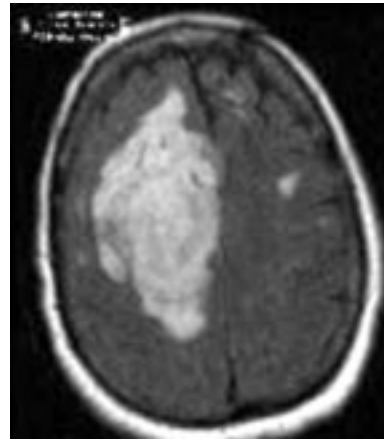


Figura 2. Secuencia FLAIR donde se observa hiperintensidad de señal en la lesión.

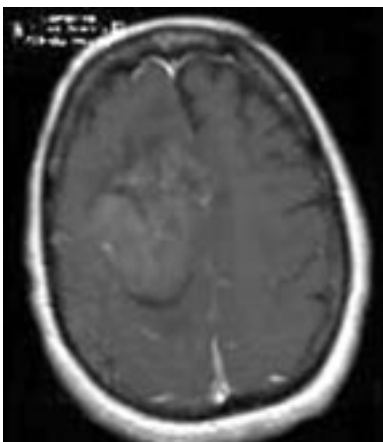


Figura 3. Secuencia T1 con contraste que muestra escaso realce de la lesión.

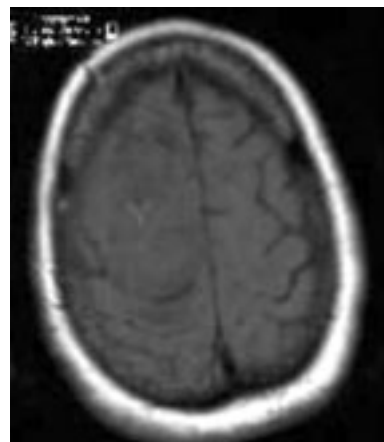


Figura 4. Secuencia T1 en fase simple en donde se evidencian zonas tenues de hiperintensidad mezcladas con otras de menor densidad sugestiva de hemorragia aguda y calcificación.

* Unidad de Resonancia Magnética Hospital Médica Sur.
** Unidad de Tomografía Computada Hospital Médica Sur.

Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

Resultado: **Oligodendroglioma**

Estos tumores, derivados de los oligodendrocitos, son raros y se caracterizan por ser generalmente benignos (Grados I-II) y presentar calcificaciones en su interior (el 70%), y en el 10% se puede presentar hemorragia.

Un tercio tienen un componente mixto de células astrocitarias o ependimarias.

Incidencia

Es un tumor de presentación infrecuente (4% de los gliomas). Es más frecuente en hombres de edad media de 40 años.

Localización

En el 90% de los casos son supratentoriales y más frecuentes en el lóbulo frontal.

Clínica

Historia larga de 7-8 años de evolución, siendo en un 50% la epilepsia el síntoma inicial. Aparece posteriormente cefalea y edema de papila, por el gran tamaño que adquiere el tumor. El déficit neurológico se presenta en un 30% de los pacientes. Una vez establecido el cuadro el 90% de los pacientes tienen epilepsia.

Diagnóstico

Rx de cráneo: Es posible visualizar las calcificaciones en un 40-50% de los casos. Aunque, si en un

paciente con epilepsia y de edad media hacemos una Rx y encontramos calcificaciones, lo más posible es que se trate de un astrocitoma más que de un oligodendroglioma, dada la mayor frecuencia del astrocitoma sobre el oligodendroglioma, aunque la frecuencia de presencia de calcificaciones sea menor en el astrocitoma.

En la TAC, más sensible para el calcio, en el 90% de los casos se ven imágenes características de su presencia.

Tanto en la TAC como en la RM la lesión tumoral aparece relativamente circunscrita, de importante tamaño, produciendo desviación de línea media, de apariencia relativamente homogénea, sin edema circundante y que capta contraste ligeramente, todo ello en concordancia con su poca agresividad.

Tratamiento

Es quirúrgico, intentando realizar la extirpación lo más completa posible. Dependiendo de su agresividad histológica, se completa el tratamiento con radioterapia.

Referencias

1. Shaw EG, Scheithauer BW, Fallon J, et al. Oligodendrogliomas: The Mayo Clinic Experience. *J Neurosurgery* 1992; 76:428-434.
2. Celli P, Nofronc I, Palma L y cols. Cerebral oligodendroglioma: prognostic factors and life history. *Neurosurgery* 1994; 35: 1018-1035.

Correspondencia:
Dr. Roberto Corona Cedillo
Departamento de Radiología e Imagen
Fundación Clínica Médica Sur
Puente de Piedra Núm. 150
México, D.F. México
rococorona@hotmail.com

