

## Glioblastoma y embarazo: Caso clínico

**Dra. Nora Priscila González Carbajal,\* Dr. Leonardo Ramírez Arreola,† Dr. Sergio García Barrios,‡ Dr. Juan Torres Juárez,§ Dr. José Meneses Calderón,|| Acad. Dr. Manuel Díaz de León Ponce,\* Acad. Dr. Jesús Carlos Briones Garduño\***

En 1950 Rand y Andler describen tres mujeres con astrocitomas asociados a embarazo y muerte fetal temprana; posteriormente, la publicación de Barnes y Abbott en 1959, publicaron una serie de 170 casos en un periodo de diez años, en la cual destacaron tres pacientes con tumor intracraneal, resaltando lo importante del diagnóstico puntual y las alternativas quirúrgico-terapéuticas, desde aquella época, donde el tratamiento médico se basaba en una rutina que incluía hipotermia e hipotensión con el tratamiento neuroquirúrgico.<sup>1</sup>

Las lesiones intracraneales comprenden neoplasias tanto benignas como malignas, pueden ocurrir a cualquier edad y la asociación con el embarazo es de baja prevalencia, pero generalmente devastador. El glioblastoma multiforme constituye entre 10 y 15 por ciento de los tumores intracerebrales; asociado a la gestación es menos frecuente y la literatura médica al respecto es escasa, por lo tanto, no conocemos la influencia que el estado grávido tenga sobre las células gliales malignas.<sup>2</sup>

### REPORTE DE CASO

Se trata de femenino de 23 años de edad, que ingresa al Servicio proveniente de admisión, el día 17/10/08; cuenta con los siguientes antecedentes: carga genética para diabetes, es originaria y residente

del Estado de México, casada, católica, habita en casa prestada, construida a base de adobe, piso de tierra, realizan defecación y micción al aire libre, no cuentan con servicios básicos de urbanidad, niega toxicomanías, grupo y Rh «O positivo»: operada en septiembre de 2007, de resección de astrocitoma, posteriormente continúa con sesiones de radioterapia, las cuales suspende al perder la derechohabiencia al IMSS. Ginecoobstétricos: menarca 13 años, ciclo 28-30 x 4, Gestación III Para II.

Inicia su padecimiento aproximadamente tres meses previos a su ingreso, con disminución de la fuerza muscular de lado derecho, acompañándose de dislalia y disgracia, marcha alterada, un mes después acude con facultativo quien solicita resonancia magnética nuclear (RMN) ante la sospecha de recidiva de la lesión tumoral cerebral, se realiza la RMN 48 h previas a su ingreso, la cual muestra una gran tumoración izquierda que desplaza la línea media y que invade a través del cuerpo calloso hacia el hemisferio cerebral contralateral, compatible con glioblastoma multiforme (*figuras 1, 2 y 3*), se cataloga como inoperable y se ofrece tratamiento paliativo, mas cursa con embarazo, motivo por el cual se decide su envío a esta unidad hospitalaria.

Valoración neurológica: Glasgow de 12 (O4/V2/M6) pupilas de 3 mm isocóricas, paresia de VI par craneal, simetría facial, con paresia de extremidades derechas, fuerza 2/5, extremidades izquierdas con fuerza 5/5, marcha no valorable, no hay nistagmus. RMN con imagen de lesión frontoparietal gigante heterogénea con edema perilesional compatible con astrocitoma anaplásico vs glioblastoma multiforme. Se concluye focalización de extremidades derechas, con lesión hemisférica izquierda, probable astrocitoma grado IV, con embarazo de 20

\* Unidad de Investigación en Medicina Crítica en Obstetricia.

† Médico Residente Medicina Crítica en Obstetricia.

‡ Neurocirujano adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos.

§ Jefe de Imagenología del Hospital Materno Perinatal del Estado de México- ISEM.

|| Director General.

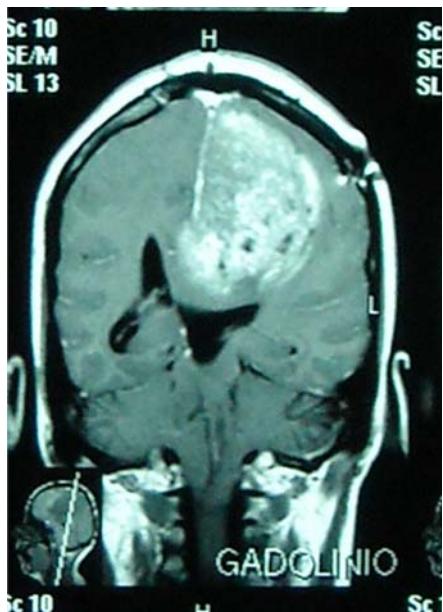


Figura 1.



Figura 3.

**Figuras 1, 2 y 3.** Resonancia magnética nuclear contrastada con gadolinio, donde se muestra una gran tumoración compatible con un glioblastoma.



Figura 2.

semanas de gestación, sin datos de cráneo hipertensivo, sugieren tratamiento conservador y sólo en caso de hipertensión intracraneal, se realizará craneotomía descompresiva y exéresis parcial de la neoplasia, se considera con alto riesgo y letalidad. Se egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos, el día 22/Oct/2008 para continuar tratamiento paliativo indicado.

El día 21/Oct/2008 se reporta en ultrasonido obstétrico: útero aumentado de tamaño, con feto único, vivo, intrauterino, bien conformado, en presentación cefálica, con FCF 147 latidos por minuto, se calcula edad gestacional por fetometría correspondiente a 22.1 semanas, con placenta normoinserta corporal anterior grado I de maduración, con líquido amniótico normal.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de tumor cerebral durante un embarazo constituye un doble reto para el equipo multidisciplinario, pues por un lado establece el momento de decidir la intervención neuroquirúrgica y el tipo de abordaje a realizar y por otro lado, se confronta la situación del feto que como en este caso, no sólo es pretérmino, sino inmaduro y requiere un seguimiento puntual para llevarlo a la viabilidad, es importante señalar que en la actualidad el tratamiento complementario con radioterapia es esencial para mejorar el pronóstico de estas mujeres y que el criterio de tratamiento debe incluir a especialistas en medicina materno fetal, para mejorar el pronóstico del binomio.<sup>3-5</sup>

El caso presentado, es una situación muy infeliz, pues la paciente fue diagnosticada y recibió tratamiento quirúrgico institucional incompleto, no se previó mediante una consejería intencional la po-

sibilidad de una gestación, la cual se diagnostica con la presencia de un tumor intracerebral recidivante, considerado fuera de tratamiento quirúrgico, se establece soporte con apoyo paliativo tanto por el Servicio de Neurocirugía como por el Servicio de Medicina Crítica y se mantiene bajo vigilancia prenatal a través de la Unidad de Medicina Materno Fetal hasta la resolución obstétrica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sujata TK, Cappuccini F, Asrat T, Flamm BL, Carpenter SE, DiSaia PJ, Quilligan EJ. Obstetric emergencies precipitated by malignant brain tumors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 182(5): 1215–21.
2. Barnes JL, Abbot KH. Cerebral complications incurred during pregnancy and puerperium. *California Medicine* 1959; 91(5): 237–244.
3. Morán AF, Cruz GO, Monteron GTJ, Pérez RL. Tumor intracraneal en una embarazada. *Rev Cubana Med Milit* 2000; 29(3): 206–212.
4. Mackenzie AP, Levine G, Carry D, Figueroa R. Glioblastoma multiforme in pregnancy. *Journal of Matern - Fetal & Neonatal Medicine* Press 2005 Source.
5. Haas JF, Jäniš W, Staneczek W. Newly diagnosed primary intracranial neoplasms in pregnant women: a population – based assessment. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1986; 49: 874–880.

#### Correspondencia:

Dra. Nora Priscila González Carbajal  
Director Paseo Tollocan esquina Matamoros  
sin número.  
Colonia Universidad. 50130  
Teléfono: 722 219 53 65 y Fax: 722 219 53 71  
Correo electrónico: drcarlosbriones@hotmail.com