



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0253 - ASTROCITOMA GEMISTOCÍTICO ANAPLÁSICO (IDH1 MUTADO) EN UNA MUJER EMBARAZADA

V. Casitas Hernando, O. Mateo Sierra, S. Larriva Martínez, E. Sola Vendrell, V. Ortega Abad, C. Hernández Martín, P. Fernández García, A. Montalvo Afonso, M. Valera Melé y R. García Leal

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: El diagnóstico de un tumor glial de bajo grado en el primer trimestre de la gestación, supone un gran reto terapéutico y de manejo con pruebas de imagen en relación con la administración de contrastes. Exponemos caso clínico, a propósito del tema, con revisión de la literatura.

Métodos: Presentamos una mujer de 32 años, que en su quinta semana de gestación, sufre un primer episodio de crisis epiléptica focal. En la RM se objetiva una lesión frontal derecha premotora sugestiva de glioma de bajo grado. De forma consensuada tanto con paciente como con equipo médico multidisciplinar, se decide mantener vigilancia estrecha fetal, materna y clínico-radiológica, prosiguiendo con la gestación, con revaloración repetida de alternativas terapéuticas.

Resultados: Las crisis fueron controladas con levetiracetam y la lesión permaneció estable en RM mensuales. No hubo incidencias durante el embarazo. En los controles ecográficos se constató un adecuado crecimiento y desarrollo fetal, sin malformaciones orgánicas ni alteraciones de líquido amniótico y/o placenta. En la semana 28, ingresa por crisis de repetición. La RM craneal evidencia un aumento del tamaño y sospecha de progresión tumoral. En la semana 31, en un tiempo, se programa cesárea y craneotomía. Nace una mujer sana de 1.700 g que posteriormente no presentó alteraciones neonatales. Tras cesárea, se realiza craneotomía con monitorización y resección de la lesión. La recuperación es satisfactoria, sin nueva focalidad. El diagnóstico anatomopatológico es de astrocitoma gemistocítico anaplásico, IDH1-mutado, ATRX negativo, grado III de la OMS. Se presenta en Comité de Neurooncología y se decide tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Tras 6 meses de seguimiento la evolución es favorable.

Conclusiones: Existe escasa evidencia sobre el correcto manejo de gliomas de bajo grado diagnosticados durante el embarazo. Decidimos actitud expectante y los cambios de tratamiento se plantearon ante alteraciones en la gestación o cambios de la clínica neurológica y/o en la imagen.