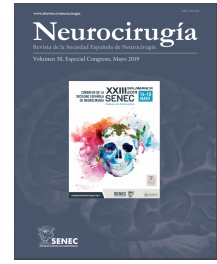




Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0428 - TUMOR DE COLISIÓN: CUANDO LA LESIÓN CEREBRAL CLÍNICA Y LA PRONÓSTICA NO COINCIDEN

C. Sánchez Fernández, P. Jiménez Arribas, M. Dueñas Carretero, E. Utiel Monsálvez, D. Jiménez Zapata y C. Alberto Rodríguez Arias

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Resumen

Objetivos: La aparición de neoplasias de estirpes histológicas diferentes en un mismo tejido se denomina tumor de colisión. A nivel intracraneal es una entidad infrecuente que comprende de manera usual tumores de estirpe glial y meníngea.

Métodos: Mujer de 62 años sin antecedentes oncológicos de interés valorada por mareo de tipo inestabilidad y parafasias semánticas. Una resonancia magnética (RM) cerebral evidenció una lesión extraaxial parietal izquierda que realizaba de manera homogénea tras la administración de contraste compatible con meningioma, determinando además áreas hiperintensas en secuencia T2 Flair subcortical parietal izquierda y en polo temporal, valoradas como encefalitis. Se realizó exéresis de la lesión con diagnóstico de meningioma de tipo fibroso (grado I OMS) y se aplicó tratamiento antiviral empírico. Al mes de evolución presentó afasia sensitiva y una RM mostró crecimiento de la lesión temporal así como captación de contraste en el área córtico-subcortical parietal izquierda, adyacente al lecho quirúrgico del meningioma. La biopsia de este proceso diagnosticó un glioblastoma (grado IV OMS), que a pesar de radioterapia y quimioterapia adyuvantes progresó tras seis meses de evolución.

Resultados: El tumor de colisión representa la coexistencia de diferentes estirpes celulares adyacentes en una misma lesión tumoral, confluyendo sin presentar zonas de transición entre ambas. En la literatura se recogen aproximadamente 53 casos intracraneales, implicando la mayor parte procesos gliales malignos y meningiomas. El comportamiento biológico de estos tumores es incierto planteando un desafío terapéutico con impacto sobre la supervivencia. La singularidad de nuestro caso reside en la definición nítida de los bordes tumorales de las lesiones adyacentes y en el análisis radiológico de la evolución del proceso glial.

Conclusiones: La presencia de lesiones intracraneales únicas o múltiples no debe descartar orígenes histológicos variados, precisando de un diagnóstico anatomopatológico definido y un seguimiento clínico-radiológico adecuado que permita descartar la presencia de tumores de colisión.