



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0053 - GLIOMA CORDOIDE EN LÓBULO OCCIPITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.A. Arcadi, B. Bejarano y M.Á. Idoate Gastearena

Neurocirugía, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España. Anatomía patológica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de glioma cordoide de III ventrículo en lóbulo occipital.

Métodos: Varón de 64 años, que acude con diagnóstico de proceso expansivo cerebral incidental en lóbulo occipital izquierdo, siendo irregular de bordes mal definidos, hipointenso en T1 y no captante de contraste. Es seguido con resonancias semestrales hasta octubre de 2008, cuando presenta hemianopsia homónima derecha, detectándose signos hemorrágicos en la lesión, por lo que es intervenido para evacuación de hematoma y resección de lesión, siendo el diagnóstico fue de astrocitoma grado II. A los pocos meses se demuestra crecimiento de área captante de contraste en techo del ventrículo lateral izquierdo a nivel del asta occipital, por lo que es reintervenido consiguiendo una resección parcial; en este caso el diagnóstico definitivo fue glioma cordoide del tercer ventrículo. En una segunda opinión se le ofrece nueva validación anatomopatológica de la pieza, así como resección total de la lesión.

Resultados: Se analiza pieza evidenciándose tumoración atípica, densamente celular, de carácter epitelioides sobre estroma mucinoso, células tumorales con citoplasma vacuolado y mucina ácida sin evidenciarse necrosis. El estudio inmunohistoquímico mostró inmunorreactividad frente a GFAP y S-100. Ki-67 fue del 60%. Se confirmó el diagnóstico de glioma cordoide.

Conclusiones: El glioma cordoide del tercer ventrículo es un tumor raro, que se caracteriza por una histomorfología característica y uniforme, su asociación con la parte anterior del III ventrículo. Sus características clínicas y radiológicas son muy variadas, suelen tener captación ávida de contraste, a diferencia de este caso. A pesar de ser un tumor de bajo grado (grado II), su pronóstico ha sido relativamente pobre, debido a su presentación cambiante y a la dificultad para conseguir una resección quirúrgica completa. Sin embargo, se continúa defendiendo la idea de que el tratamiento óptimo de esta lesión es la resección completa, quedando aún por determinar la necesidad de tratamiento complementario.