

# Recurrencia de oligodendroglioma luego de cirugía, quimioterapia y radioterapia

## Recurrence of oligodendroglioma after surgery, chemotherapy and radiotherapy

Ricardo Martín Rojas-Dueñas<sup>1,a</sup>, Cristian Eugenio Salazar-Campos<sup>1,b</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** Los gliomas conforman la mayoría de los tumores primarios que surgen del parénquima cerebral. **Reporte de caso:** varón de 39 años, con antecedente de hace 08 años de oligodendroglioma grado II sometido a cirugía para exéresis completa, más quimioterapia y radioterapia; que se presentó con 6 semanas de enfermedad caracterizada por crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, adormecimiento y disminución de fuerza de hemicuerpo derecho. El examen clínico reveló hemiparesia derecha a predominio braquial 2/5, Glasgow 15 puntos. En la resonancia cerebral se encontró extenso realce nodular de 4.8 cm localizado en región fronto-parietal izquierda, con abundante edema vasogénico ejerciendo efecto de masa. Se realiza segunda cirugía encontrando en anatomía patológica un glioma de IV grado OMS. **Conclusión:** Los oligodendrogliomas son tumores de crecimiento lento, cuyo tratamiento es conjunto, cirugía, quimioterapia y radioterapia. La recurrencia generalmente se da con un grado más elevado, disminuye la esperanza de vida del paciente.

**Palabras clave:** Adulto; oligodendroglioma; recurrencia; cirugía (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Introduction:** Gliomas make up the majority of primary tumors that arise from the cerebral parenchyma. **Case report:** a 39-year-old man, with a history of 8 years of grade II oligodendroglioma in surgery for complete excision, plus chemotherapy and radiotherapy; It has been presented with 6 weeks of disease characterized by generalized clonic tonic seizures, numbness and decreased right-sided strength. Clinical examination revealed right hemiparesis predominant brachial 2/5, Glasgow 15 points. The brain resonance revealed a 4.8 cm real nodular mass located in the left fronto-parietal region, with abundant vasogenic edema exerting a mass effect. A second surgery in pathological anatomy is performed in a WHO grade IV glioma. **Conclusion:** Oligodendrogliomas are slow growing tumors, whose treatment is joint, surgery, chemotherapy and radiotherapy. Recurrence usually occurs with a higher degree, decreases the life expectancy of the patient.

**Keywords:** Adult; oligodendroglioma; recurrence; surgery (Source: DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

Los gliomas conforman la mayoría de los tumores primarios que surgen del parénquima cerebral. El término “glioma” se refiere a los tumores con características histológicas similares a las células gliales (astrocitos, oligodendrocitos y células ependimales). Cada neoplasia abarca un amplio espectro de agresividad biológica y molecular<sup>(1)</sup>.

En la clasificación de la OMS del 2016, los gliomas se clasifican por su aspecto histopatológico y parámetro molecular. Los tumores astrocíticos y oligodendrogliales, ahora se agrupan como gliomas difusos, de acuerdo a su patrón de crecimiento, comportamiento y estado genético del isocitrato deshidrogenasa (IDH)<sup>(2)</sup>.

Los oligodendrogliomas (OD) son tumores raros, de infiltración difusa, comprenden entre el 2 al 5% de los tumores intracraneales y el 5 a 20% de todos los tumores gliales, siendo diagnosticados entre la 4ta o 5ta década de la vida<sup>(3,4)</sup>. Los factores pronósticos favorables son la pérdida combinada de bajo grado de 1p/19q, edad más joven, buen karnofsky y localización frontal.

Los OD de bajo grado se presenta con convulsiones,

1. Complejo Hospitalario Luis Nicanor Saenz de la Policía Nacional del Perú, Lima, Perú.  
a. Médico Neurocirujano.  
b. Médico Residente de neurocirugía.

mientras que los tumores de alto grado a menudo presentan déficits focales, hipertensión endocraneana o déficit cognitivo. El tratamiento quirúrgico está indicado para lograr una resección completa en lo posible, además de radioterapia post operatoria indicada en tumores no resecables o resecables de manera incompleta; y quimioterapia adyuvante para aumentar la supervivencia libre de progresión, pero no cuando es recidiva<sup>(5)</sup>.

## REPORTE DE CASO

Varón de 39 años, con un tiempo de enfermedad de 8 años. Acude por al hospital por presenta disminución de fuerza de hemisfero derecho y convulsiones tónico-clónicas parciales en el mismo lado, sin pérdida de conciencia; la cual se controla con fenitoína 100 miligramos cada 8 horas. Se le diagnostica PEIC fronto-parietal izquierdo. En el hospital se realiza la extirpación quirúrgica del tumor cuyo diagnóstico anatómico patológico fue oligodendroglioma grado OMS II. Posteriormente el paciente recibió tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Al año es dado de alta con

tratamiento anticonvulsivante: fenitoína y ácido valproico, paciente sigue tratamiento por 4 años; abandonando luego de este periodo. En su control al año (figura N°1), dos años (figura N°2) y tres años (figura N°3) no se encontró signo de recurrencia por resonancia cerebral.

A los 8 años acude a nuevo control, donde manifiesta que desde hace 06 semanas presenta de inicio insidioso y curso progresivo, crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas con pérdida de conciencia, adormecimiento y disminución de fuerza de hemisfero derecho. Se realiza una nueva resonancia cerebral con contraste más tractografía (figura N°4, 5), donde se evidencia extenso realce nodular de 4.8 cm localizado en la región fronto parietal izquierda, con abundante edema vasogénico y efecto de masa. Se indica una segunda extirpación quirúrgica del tumor fronto parietal izquierda cuyo resultado anatómico patológico fue de glioma grado OMS IV. Actualmente el paciente fue dado de alta con hemiplejia derecha, Glasgow 15 puntos; con control posterior por consultorio externo.

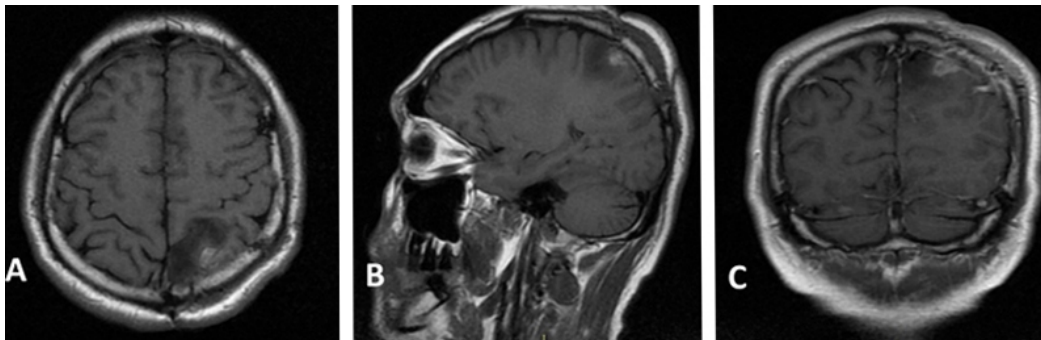


Figura N°1. RMN cerebral sin contraste. A: corte axial, muestra hipointensidad en región fronto parietal izquierda. B: corte sagital. C: corte coronal

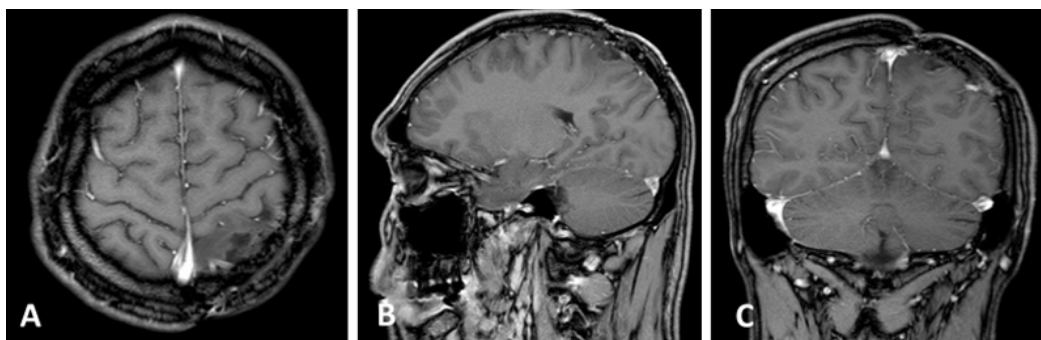


Figura N°2. RMN cerebral con contraste. A: corte axial, muestra hipointensidad en región fronto parietal izquierda. B: corte sagital. C: corte coronal

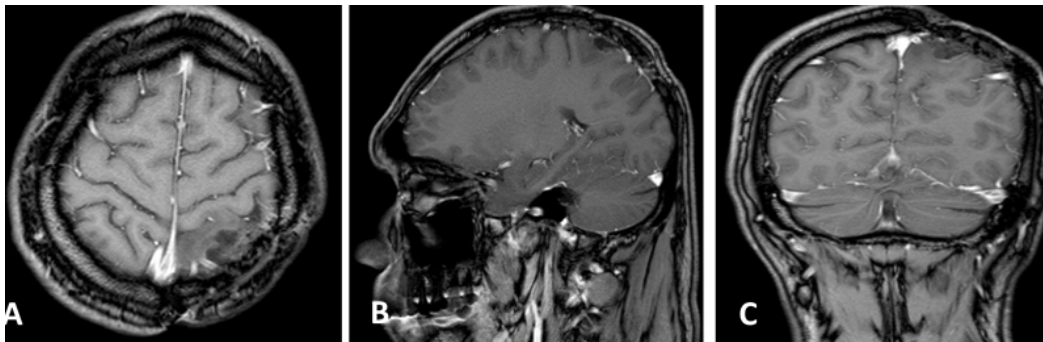


Figura N°3. RMN cerebral con contraste. A: corte axial, muestra hipointensidad en región fronto parietal izquierda. B: corte sagital. C: corte coronal

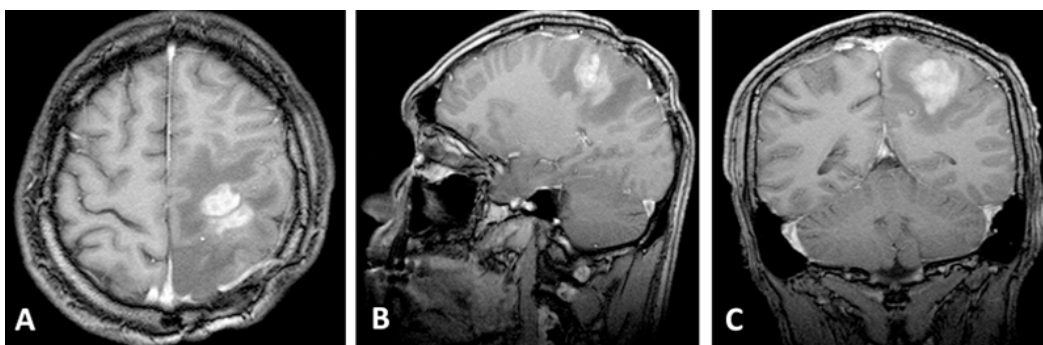


Figura N°4. RMN cerebral con contraste. A: corte axial, muestra hiperintensidad en región fronto parietal izquierda. B: corte sagital. C: corte coronal

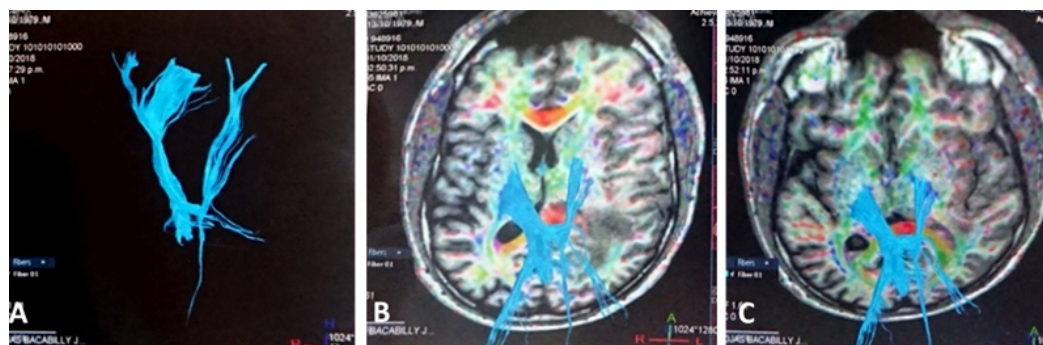


Figura N°5. Tractografía. A: corte axial, muestra contacto y destrucción de gran parte de las fibras corticoespinales izquierdas. B: corte axial. C: corte axial

## DISCUSIÓN

Los tumores denominados gliomas, abarca a los oligodendrogliomas y oligoastrocitomas. Estos tumores se originan de las células gliales, o llamadas de “sostén”. La causa es desconocida, generalmente se desarrolla a partir de una célula con material genético anormal, deleciones o ausencia del cromosoma 1p y 19q. Estas alteraciones podrían ser un predictor para el

pronóstico y respuesta al tratamiento<sup>(2)</sup>.

Los oligodendrogliomas se caracterizan por ser tumores blandos, de color rosa grisáceo, con frecuencia tienen depósitos de calcio. Además, puede tener pequeños sacos de sangre o quistes. Estos tumores representan aproximadamente el 10% de los gliomas. Los lugares de mayor frecuencia se ubican en el lóbulo frontal y temporal<sup>(1)</sup>.

El diagnóstico se realiza mediante examen neurológico e imagenológico. La resonancia magnética cerebral, nos informa sobre los tejidos blandos y vasos sanguíneos, mientras que la tomografía cerebral evidencia mejor las estructuras del cráneo, sobre todo las calcificaciones y sangre dentro del tumor<sup>(3,4)</sup>.

El diagnóstico exacto se confirma por medio de anatomopatología, esto nos lleva a dar un tratamiento adecuado. Por ello es importante la cirugía o biopsia para obtener tejido tumoral<sup>(2)</sup>.

En este caso la recidiva se presentó a pesar de una exéresis completa más quimioterapia y radioterapia. Los tumores vuelven aparecer con un grado más alto. El tratamiento para un tumor recidivante podría ser una nueva cirugía, más radioterapia si es que el tumor no fue irradiado antes.

Los oligodendrogliomas tienen un crecimiento lento y pueden estar presente años antes de ser diagnósticos. A pesar de un tratamiento agresivo mediante cirugía más quimioterapia y radioterapia, pueden recurrir. La recurrencia se da con un grado más elevado de malignidad, y la expectativa de vida del paciente disminuye a pesar de instaurar el tratamiento quirúrgico más radioterapia.

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louis D. Classification and pathologic diagnosis of gliomas. Uptodate. 2018. Página web: <https://www.uptodate.com/contents/classification-and-pathologic-diagnosis-of-gliomas>
2. Ohgaki H. Clasificación de la OMS de los tumores del sistema nervioso central, 4ª edición 2016.
3. Moreno-Jiménez Sergio. Oligodendrogliomas en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía: comportamiento biológico en una población definida. Arch. Neurocienc. (Mex., D.F.) 2005; 10(3):140-145.
4. Van den Doblado. Oligodendroglioma. Criti Rev Oncol Hematol. Jun 2008; 66 (3). 262-272
5. Van Den Doblado JM. Anaplastic Oligodendroglioma and oligoastrocytoma. NeurolClin. 2007. 25(4). 1089-109. IX-X.
6. Naveed MA. Grading of oligodendroglial tumors of the brain with apparent diffusion coefficient, magnetic resonance spectroscopy, and dynamic susceptibility contrast imaging. Neuroradiol J. 2018. 31(4).379-385.
7. Smits, M. "Imaging of oligodendroglioma" British journal of radiology .2016. vol. 89, 1060.

### Correspondencia

Dr. Cristian Eugenio Salazar Campos  
Dirección: Simoni 201, San Borja, Lima, Perú.  
Teléfono: 51 986025027  
Correo: [cristiansc92@gmail.com](mailto:cristiansc92@gmail.com)

### Revisión de pares

Recibido: 27/01/2018  
Aceptado: 25/02/2018