

Glioblastoma con componente neuronal primitivo Glioblastoma with primitive neuronal component

Eugene Velásquez,⁽¹⁾ Marisol Gramajo.⁽²⁾

1) Departamento de Patología, Hospital General San Juan De Dios, Guatemala, Guatemala.

2) Departamento de Patología, Hospital General de Enfermedades. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dra. Marisol Gramajo mgrsol@hotmail.es

Recibido: 20/03/2020

Aceptado: 14/04/2020

Resumen

Los glioblastomas representan la neoplasia maligna del sistema nervioso central más común en adultos. Estos pueden presentar diversos patrones histológicos, siendo el glioblastoma con componente neuronal primitivo (GCNP), uno de los más infrecuentes. La siguiente presentación de caso, corresponde a una mujer de 49 años, con antecedente de adenocarcinoma mucinoso en cérvix, tratada con quimioterapia 2 años antes, y referida por una masa en cerebro. Al estudio microscópico, el diagnóstico fue glioblastoma con componente neuronal primitivo. Palabras clave: Glioblastoma. Neuronal primitivo.

Abstract.

Glioblastomas represent the most common central nervous system malignant tumor in adults. These may present various histological patterns, in which glioblastoma with primitive neuronal component (GPBC) is one of the rarest. The following case presentation corresponds to a 49-year-old woman, with a history of cervical mucinous adenocarcinoma, treated with chemotherapy 2 years previously, who was referred of a brain mass. Upon microscopic, the diagnosis corresponded to glioblastoma with primitive neuronal component. Keywords: Glioblastoma. Neuronal primitive.

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v159i1.176>

Introducción

El glioblastoma es el tumor primario maligno del sistema nervioso central más frecuente en adultos, ocurriendo a cualquier edad, con un pico de incidencia entre los 55 a 85 años. El GCNP fue añadido en el año 2016 a la clasificación de tumores del sistema nervioso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un patrón del glioblastoma.

Este patrón está compuesto por un glioma difuso clásico y por uno o más nódulos sólidos de células primitivas, con diferenciación neuronal. [1] Podría tener pronóstico favorable en comparación con el glioblastoma convencional. [2] En la literatura han sido reportados pocos casos a nivel mundial y en nuestra búsqueda no se han informado casos en Guatemala.

Presentación de caso

Mujer de 49 años, quien consultó por cefalea de 4 días de evolución a hospital departamental. Antecedente de adenocarcinoma mucinoso de cérvix, diagnosticado y tratado 2 años antes. Tomografía axial computarizada reveló imagen hipodensa, quística en el lóbulo frontal izquierdo (Fig.1A).

Fue referida para resección de masa. Se reciben 3cc de fragmentos de tejido café, blando e irregular. Al estudio microscópico, se observó neoplasia astrocítica, hiper celular, con marcada atipia (Fig.1B), proliferación microvascular y zonas de necrosis (Fig.1C), áreas con células con pérdida de la relación núcleo citoplasma, con alto grado nuclear (Fig.1D). y formando rosetas de Homer Wright (Fig.1E).

La presencia de estructuras secundarias de Scherer descartó la posibilidad de metástasis (Fig.1F). Con estos hallazgos, se realizó diagnóstico de glioblastoma con componente neuronal primitivo. La paciente fue dada de alta y posteriormente referida a instituto de cancerología local para tratamiento.

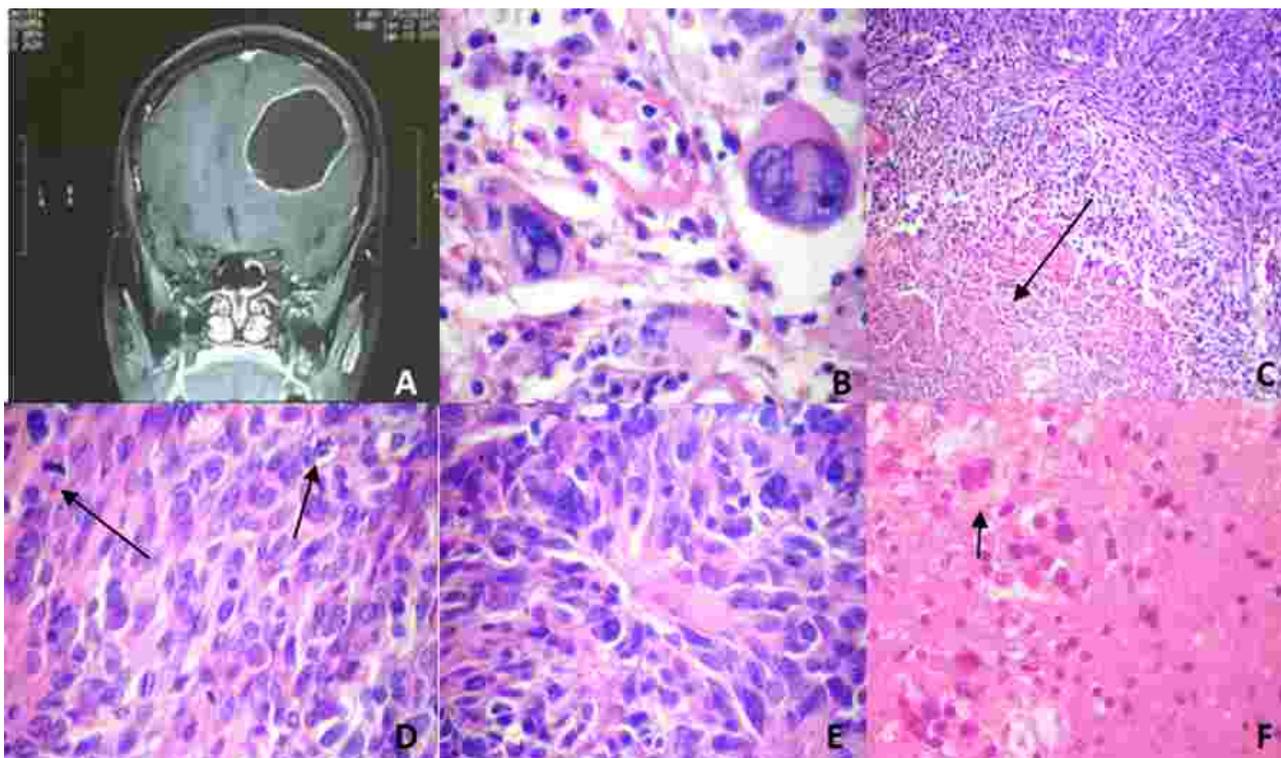


Fig. 1: Paciente con glioblastoma con componente neuronal primitivo. **A:** TAC con presencia de lesión quística en lóbulo frontal izquierdo. **B:** Células neoplásicas con marcada atipia. **C:** Zonas de necrosis (Flecha) con áreas de proliferación microvascular. **D:** Mitosis atípicas (Flechas). **E:** Rosetas de Homer-Wright. **GF:** Estructuras secundarias de Scherer, (Flecha).

Discusión

El GCNP es un patrón de glioblastoma. En este caso se observó una neoplasia glial de alto grado con proliferación microvascular y necrosis, acompañados de nódulos de células primitivas formando rosetas, como es descrito en la literatura.[1] Debido al antecedente de adenocarcinoma mucinoso en cérvix, fue importante descartar la posibilidad de metástasis; la morfología de la neoplasia cerebral y la presencia de estructuras secundarias de Scherer en el tejido fueron las características que confirmaron el diagnóstico, ya que estas son útiles para reconocer tumores como gliomas difusos.[3]

De 8 a 10% de los glioblastomas muestran un patrón quístico significativo.[4] y nuestro caso se presentó como una lesión quística supratentorial. Además el tumor cerebral fue la segunda neoplasia primaria de la paciente, siendo sitio infrecuente de segunda malignidad después de una neoplasia en cérvix.[5] Las características atípicas de presentación de la paciente, menor de 50 años, neoplasia quística, segundo primario y el patrón histológico del tumor, lo hacen un caso excepcional en la neuropatología. Debe sospecharse un síndrome familiar de neoplasia múltiple, aunque no se pudo encajar en los más frecuentes.

Referencias References

1. Louis, D., Ohgaki, H., Wiestler, O. and Otmar, D. (2016). *WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. 4th ed. Lyon: Fred Bosman, pp.28-33.*
2. Song X, Allen RA, Dunn ST, Fung K, Farmer P, Gandhi S, et al. *Glioblastoma with PNET-like components has a higher frequency of isocitrate dehydrogenase 1 (IDH1) mutation and likely a better prognosis than primary glioblastoma. 2011;4(7):651-60*
3. Wesseling P. *The pathological diagnosis of diffuse gliomas : towards a smart synthesis of microscopic*

and molecular information in a multidisciplinary context. 2011;486-94

4. Afra D, Norman D, Levin VA. *Cysts in malignant gliomas. Identification by computerized tomography. J Neurosurg. 1980;53(6):821-825*

5. Lim MC. *Second Primary Cancer after Diagnosis and Treatment of Cervical Cancer. Cancer Res Treat. 2016;48(2):641-9.*