

Glioblastoma multiforme – um diagnóstico histológico

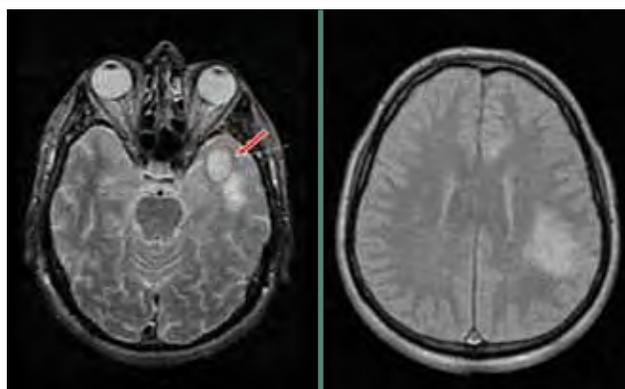
Glioblastoma multiforme – a histological diagnosis

Alexandra Vaz, Andreia Correia, Borges Martins, Pedro Henriques

Doente do sexo masculino, caucasiano, 58 anos, internado por quadro com dois meses de evolução de cefaleias, tonturas, alterações do comportamento, episódios de amnésia e disnomia. Um mês antes teve convulsão generalizada. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA, enfarte do miocárdio. Sem hábitos etílicos ou tabágicos. Operário numa empresa petrolífera em Angola. Exame objectivo sem alterações de destaque. Realizou TAC CE que revelou duas lesões intra-axiais no hemisfério esquerdo, em localização temporal e parietal com edema vasogénico, sugestivas de metástases. A RMN cerebral manteve esta hipótese (Fig.1). O estudo complementar para excluir as neoplasias que mais frequentemente metastizam para o tecido encefálico (pulmão, melanoma, tracto digestivo, tiróide e testículo) foi negativo. Assim, optou-se pela realização de biópsia estereotáxica das lesões. O exame histológico revelou tratar-se de um astrocitoma grau IV (Fig.2) Foi submetido a exérese cirúrgica e encaminhado para quimioterapia e radioterapia, tendo falecido cinco meses após diagnóstico.

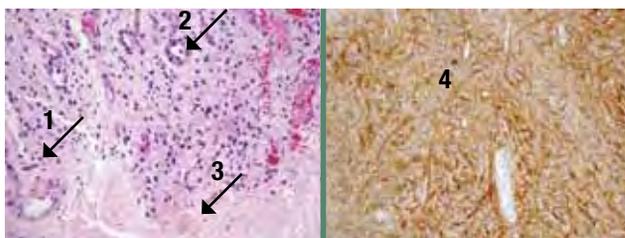
Embora os tumores primários cerebrais sejam pouco frequentes (2% da totalidade de neoplasias), a sua incidência tem aumentado nos últimos 50 anos,¹ ao contrário da sobrevida que pouco se alterou apesar dos progressos médicos. O glioblastoma multiforme (astrocitoma grau IV) é responsável por 50% dos casos, sendo mais frequente no sexo masculino e após os 50 anos.² Apesar de factores genéticos e diversos carcinogénios ambientais (contacto com materiais eléctricos e derivados de petróleo, como no nosso caso) terem sido descritos como predisponentes ao aparecimento de gliomas, apenas a radiação ionizante está inequivocamente associada a um maior risco.³ A forma de apresentação é variável, estando relacionada com a localização, tamanho e edema; inclui sintomas neurológicos focais ou generalizados.

Imagiológicamente caracteriza-se por lesão irregular central com região anelar periférica com ou sem edema



Imagens da RMN CE

FIG. 1



Células com atipia nuclear (1), proliferação vascular (2) e necrose (3) (hematoxilina/eosina). Imunopositividade para proteína fibrilar glial ácida (GFAP-4).

FIG. 2

cerebral (Fig. 1), constituindo a ressonância magnética o método de eleição.⁴ Tal como neste caso, o diagnóstico definitivo apenas pode ser afirmado histologicamente: pseudopaliçada, necrose, celularidade aumentada, pleomorfismo, mitoses e proliferação vascular³ (Fig.2). ■

Bibliografia

1. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al. SEER Cancer Statistics Review. National Cancer Institute 1975-2001.
2. Radhakrishnan, K, Mokri, B, Parisi, JE, et al. The trends in incidence of primary brain tumors in the population of Rochester, Minnesota. *Ann Neurol* 1995;37:67.
3. Grossman SA, Batara JE. Current management of Glioblastoma Multiforme. *Seminars in Oncology*. Elsevier 2004;635-641.
4. Ricci, PE, Dungan, DH. Imaging of low- and intermediate-grade gliomas. *Semin Radiat Oncol* 2001;11:103.

Serviço de Medicina I, Hospital S. Teotónio, Viseu.

Recebido para publicação a 04.11.09

Aceite para publicação a 27.12.10