

MANEJO DE LOS TUMORES CEREBRALES ASTROCÍTICOS Y OLIGODENDROGLIALES

ASTROCYTIC AND OLIGODENDROGLIAL BRAIN TUMORS MANAGEMENT

DR. ENRIQUE CONCHA (1), DR. PELAYO BESA (2), DR. JORGE GUTIÉRREZ (3)

(1) Departamento de Neurocirugía, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Radioterapia. Centro Clínico del Cáncer. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(3) Departamento de Hemato-Oncología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: enriqueconchajulio@clc.cl

RESUMEN

Los tumores primarios del cerebro requieren un manejo multidisciplinario. En este artículo se presenta un modelo de tratamiento de los tumores más frecuentes del adulto, siendo el objetivo primordial alcanzar el equilibrio entre sobrevida y calidad de vida. Para este efecto, son agrupados según su clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se analizan cirugía, radioterapia y quimioterapia según corresponda. Se discute el tratamiento de cada una de estas lesiones considerando el estado clínico del paciente, la localización y tamaño de la lesión y el riesgo de daño funcional del sistema nervioso. En especial, se considera la utilidad de diferentes técnicas que permiten proteger al cerebro durante el tratamiento.

Palabras clave: Tumor Cerebral, tratamiento, neurocirugía, radioterapia, quimioterapia.

SUMMARY

Primary brain tumors require a multidisciplinary management. This article presents a therapy paradigm for the most frequent adult brain tumors, which goal

is focused on the balance between survival and quality of life. Surgery, radiotherapy and chemotherapy are analyzed, using World Health Organization (WHO) classification grades. Clinical status, location, size and functional risk are considered in the treatment discussion. Techniques to protect the brain during treatment are specially considered.

Key words: Brain Tumor, therapy, neurosurgery, radiotherapy, chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores astrocíticos y oligodendrogliales del cerebro son lesiones que se originan en el mismo tejido cerebral y toman su nombre de los astrocitos, células gliales del sistema nervioso central. Deben diferenciarse de los tumores ependimarios, de plexos coroideos, neuronales, de la región pineal, embrionarios, meningiomas, mesenquimáticos, linfomas, histiocíticos, de la región selar, germinomas y de las lesiones secundarias o metástasis, que pueden alojarse en el cerebro y provienen de un tumor localizado en otro órgano.

Las lesiones primarias del sistema nervioso central fueron clasificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la versión más reciente la de 2016. Esta clasificación de importancia pronóstica, gradúa las lesiones en 4 grupos. Se analizará el tratamiento de los tumores astrocíticos y oligodendrogliales del cerebro, seleccionando aquellos que son más frecuentes. Los tumores menos frecuentes y aquellos que serán tratados como problemas especiales como los relacionados a epilepsia, serán presentados en un artículo separado.

TUMORES DE BAJO GRADO

CIRUGÍA

Tumores Astrocíticos Grado I OMS

Astrocitoma pilocítico. Son frecuentes en edad pediátrica aunque pueden encontrarse en adultos jóvenes. Tienden a ser sólido-quísticos y se localizan preferentemente en el cerebelo, pero también pueden estar presentes en el tercer ventrículo y en los nervios ópticos.

Cuando pueden ser extirpados en forma segura y sin causar un déficit neurológico, la extirpación en bloque de la lesión sólida debería ser curativa. Esto es válido fundamentalmente para las lesiones localizadas en el cerebelo, que es un órgano con gran potencial de recuperación funcional. En el otro extremo, la extirpación en bloque de una lesión localizada en la vía óptica, con alta probabilidad producirá un déficit del campo visual. Por su lento crecimiento, una alternativa es el seguimiento clínico, con campo visual y resonancia magnética.

Tumores Astrocíticos y oligodendrogliales Grado II OMS

Son tumores astrocíticos y oligodendrogliales G II OMS el astrocitoma difuso y el oligodendroglioma.

Astrocitoma difuso

Existen numerosos artículos con análisis volumétrico que reportan que la resección extensa de estas lesiones prolongaría las expectativas de vida (1,2).

Por otra parte se ha reportado que estas lesiones tienden a aumentar su grado y se malignizan a través del tiempo (3,4). Estos argumentos justifican que en aquellos pacientes en que se diagnostica un astrocitoma difuso se debería intentar una resección lo más amplia posible, evitando producir un déficit neurológico irreversible. Para alcanzar esta meta, es preciso establecer la relación del tumor con zonas corticales y profundas de importancia funcional. La Resonancia Magnética funcional nos permite tener un acercamiento al área motora, lenguaje

expresivo y lenguaje comprensivo, información que es usada en la planificación operatoria. La neurofisiología intraoperatoria permite establecer la ubicación del área cortical motora, de lenguaje expresivo, comprensivo y área visual. La estimulación profunda permite establecer vías de importancia funcional. El reconocimiento de estas estructuras durante la intervención quirúrgica permite preservar función neurológica y realizar resecciones más amplias. La instalación de un nuevo déficit es posible cuando se trabaja en el margen de un área funcional del cerebro, no obstante gracias al fenómeno de plasticidad neuronal y a una sobrevida prolongada, estos déficits tienden a ser recuperables. Las imágenes intraoperatorias también ayudan a lograr un mayor grado de resección. Nuestro grupo usa rutinariamente la Ultrasonografía Intraoperatoria y la Resonancia Magnética inmediata con el objetivo de completar una resección incompleta, si es necesario.

Oligodendroglioma

Cirugía. Como en el astrocitoma difuso, la mayor resección posible, evitando generar un déficit permanente, es el objetivo del tratamiento. El grado de resección nuevamente se correlaciona con las expectativas de vida y el periodo libre de enfermedad, entendido como el lapso sin un nuevo déficit o sin progresión del tumor. Las consideraciones conceptuales y prácticas en relación con la identificación y preservación de funciones cerebrales son similares.

TERAPIAS SISTÉMICAS

La quimioterapia se ha empleado en astrocitomas difusos grado II, oligodendrogliomas y oligoastrocitomas, en caso de resección incompleta o en el momento de una recurrencia.

Los tumores con componente de oligodendrogliomas tienen mayor respuesta a la quimioterapia. El tratamiento clásico ha sido la combinación de procarbazine, CCNU y vincristina (PCV) con la cual se logran respuestas de 60 a 70% con mediana de tiempo a progresión de 12 a 18 meses (5).

En pacientes con enfermedad recurrente en una serie de sólo 46 enfermos se reportaron respuestas en el 61% con temozolamida y en el 35% se logró una estabilización de la enfermedad lo que eleva el control clínico a 96%. La mediana de duración de la ausencia de progresión fue de 22 meses y a los 12 meses el 76% estaba sin progresión. La toxicidad, especialmente hematológica fue muy baja (6).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5683681>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5683681>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)