

SOBREVIDA EN GLIOBLASTOMA MULTIFORME TRATADOS CON RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL.

Vasquez M. A.ⁱ (dramariavasquez@gmail.com), Reynoso F. E.ⁱⁱ, Quiroz L. N.ⁱⁱ, Mendoza G. I.ⁱⁱⁱ

ⁱ Médico Residente 3er año, Oncología Radioterápica.

ⁱⁱ Médico Residente 2do año, Oncología Radioterápica.

ⁱⁱⁱ Médico Residente 1er año, Oncología Radioterápica.
CDD Radioterapia, Clínica Abreu. Santo Domingo, R.D.

Antecedentes

El Glioblastoma Multifome (GBM) es un tumor muy frecuente del Sistema Nervioso Central, con alta recurrencia, siendo de pronóstico universalmente fatal, a pesar de las modernas modalidades de tratamientos.

La resección amplia, irradiación, concurrente y secuencial con quimioterapia (QT) a base de agentes alquilantes (Temozolamida (TMZ)), suele aumentar la sobrevida de estos pacientes, en comparación a 9-12 meses, estimado como tiempo máximo de sobrevida para este tipo de tumor.

La Radiocirugía Estereotáctica (SRS) remonta su utilidad en lesiones tumorales desde 1951-1980, aplicando alta dosis de irradiación en dosis única o pocas fracciones, para casos seleccionados con esta modalidad, o en aquellos casos en donde escapa la posibilidad de adherencia y cumplimiento a un tratamiento de fraccionamiento convencional.

El propósito de esta investigación es presentar la sobrevida en pacientes con diagnóstico de GBM tratados en nuestra institución con SRS con/sin QT.

Material y métodos

Fueron revisados 94 casos vistos en nuestra institución con confirmación histológica y/o molecular de GBM, de los cuales 25 completaron tratamiento con SRS con/sin QT concurrente, en el periodo julio 2010-enero 2016, mediante la obtención de datos retrospectivos y seguimiento activo de dichos casos.

Previo al tratamiento se realizaron Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo y Resonancia Magnética (RM) cerebral para la obtención de imágenes de simulación, colocando máscaras inmovilizadoras, posterior segmentación de las estructuras intracraneales, seleccionando y delimitando el volumen a tratar (GTV, CTV, PTV, ITV) y órganos a riesgo, para protección y cuantificación de los mismos. Posterior a la delimitación se implementaron técnicas de Radiocirugía Intracraneal Estereotáctica. Las dosis utilizadas oscilaron entre 31 y 60 Gy a dosis/fracción de 4-10 Gy/día.

Resultados

De los 25 pacientes tratados; 3 (12%) en condición post resección total, 22 (88%) post resección subtotal, 2 (8%) de ellos llevaron concurrencia y adyuvancia con TMZ, 23 (92%) fueron tratados con SRS como única modalidad.

De estos hasta la fecha solo pudieron ser contactados 15 (60%) pacientes, de los cuales hasta agosto 2016, 4 (26.6%) se encuentran estables y 11 (73.3%) fallecieron en lapso estudiado. No fue posible lograr el seguimiento en 10 (40%) de los pacientes por falta de comunicación con los mismos y familiares, así como negación a ofrecer información.

En la siguiente tabla se presentan datos de sobrevida de los pacientes contabilizados a partir de la finalización de tratamiento:

Modalidad	Sobrevida			
	< 12 meses	12-18 meses	18-24 meses	> 24 meses
SRS + TMZ	2	-	-	-
SRS	8	1	1	3

Conclusiones

Los resultados de SRS en nuestro estudio son compatibles con los resultados de la combinación de Radioterapia (RT) + QT en GBM.

Aunque el estándar de tratamiento es la combinación de QT + RT, la SRS debe ser considerada una alternativa en pacientes que no puedan cumplir con los estándares de la RT + QT.

Deben ser implementados mecanismos eficientes para el seguimiento de los pacientes adecuados al medio.