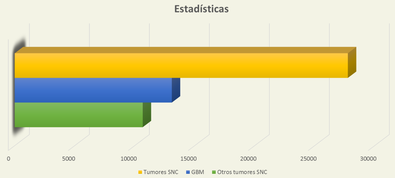
SOBREVIDA EN GLIOBLASTOMA MULTIFORME TRATADOS CON RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL.

Vásquez M. A.[i], *Reynoso F. E*[ii]., *Quiroz L. N*[ii], *Mendoza G. I*[iii]
CDD Radioterapia, Clínica Abreu. Santo Domingo, R.D.
[i] Médico Residente 3er año, Oncología Radioterápica. [ii] Médico Residente 2do año, Oncología Radioterápica. [iii] Médico Residente 1er año, Oncología Radioterápica.

Antecedentes

El Glioblastoma Multiforme (GBM) es el tumor primario más frecuente del Sistema Nervioso Central, con alto índice de recurrencia, siendo de pronóstico universalmente fatal, a pesar de las modernas modalidades de tratamientos.

Se estiman aproximadamente 12, 120 casos nuevos de GBM es Estados Unidos para el 2016.



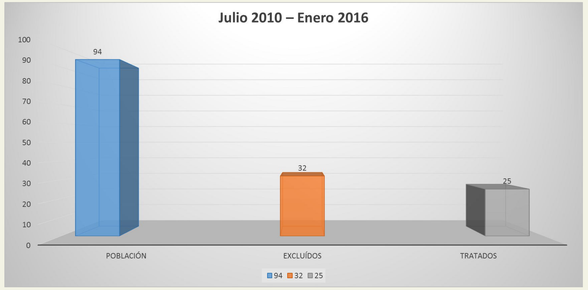
La resección amplia, radiación concurrente y secuencial con quimioterapia (QT) a base de agentes alquilantes (Temozolamida (TMZ)), suele aumentar la sobrevida de estos pacientes de 9— 12 meses.

La Radiocirugía Estereotáctica (SRS) consiste en la aplicación de altas dosis de radiación en un volumen limitado a la lesión, por medio de técnicas de alta precisión, en una a diez sesiones de tratamiento, 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.

Objetivo

Presentar la sobrevida en pacientes con diagnóstico de GBM tratados en nuestra institución con SRS con/sin QT.

Material y método



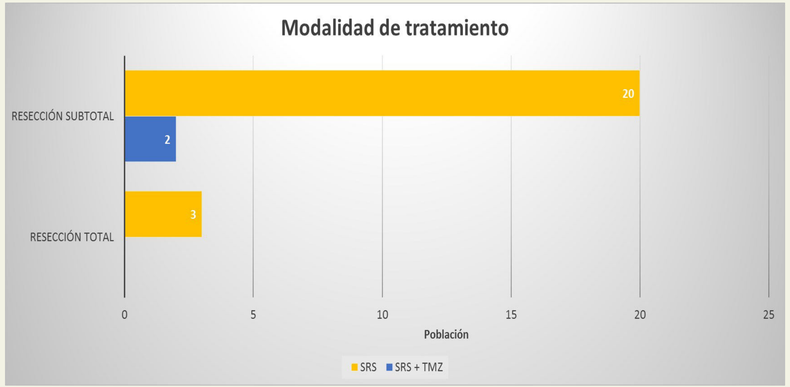
Fueron revisados 94 casos de pacientes con confirmación histológica y/o molecular de GBM, de los cuales 25 completaron tratamiento con SRS en nuestro servicio, con/sin QT concurrente, en el periodo julio 2010 - enero 2016,

Los datos fueron obtenidos mediante análisis retrospectivo de los expedientes clínicos y del Sistema Aria, con posterior seguimiento activo de dichos casos.

Previo al tratamiento se obtuvieron imágenes con TAC y RNM de cráneo con fines de simulación, colocando máscaras termoplásticas para inmovilización, posterior segmentación de las estructuras intracraneales, seleccionando y delimitando el volumen a tratar (GTV, CTV, PTV, ITV) y los órganos a riesgo.

Las dosis administradas oscilaron entre 31 y 60 Gy, a dosis/fracción de 4—10 Gy/día.

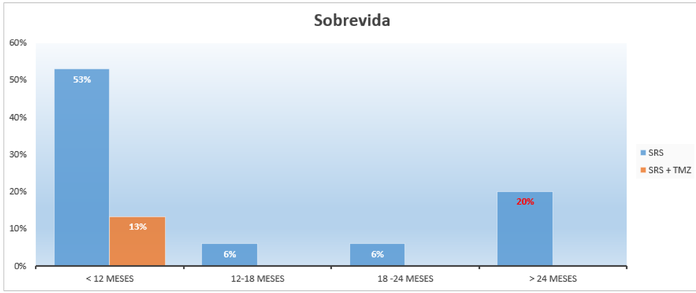
Resultados



Sólo pudieron ser contactados 15 (60%) pacientes, de los cuales 4 (26.6%) se encontraban estables y 11 (73.3%) habían fallecido.

No fue posible lograr el seguimiento en 10 (40%) de los pacientes debido a falta de comunicación con estos y/o sus familiares, así como negación de los mismos a suministrar información.

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



Conclusiones

Los resultados de este estudio en cuanto a la sobrevida, son comparables con los resultados de sobrevida reportados con 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.

Referencias Bibliográficas

Pirtoli L, Gravina GL, Giordano A. Radiobiology of Glioblastoma [Libro electrónico]. 1ra ed. Switzerland. Springer International Publishing; 2016. [Citado Agosto 27, 2016]. Disponible en: http://ww.springer.com/series/7632

Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, et al. SEER Cancer Statistics Review. National Cancer Institute, Bethesda, (Internet) Citado el 15 Agosto 2016). Disponible en : http//ser.cancer.gov/csr/1975_2013