

Realidades y perspectivas para el manejo de las metástasis cerebrales en la práctica neuro-oncológica

Ángel Jesús Lacerda Gallardo

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de segundo grado en Neurocirugía. Profesor titular. Investigador auxiliar. Diplomado en cuidados intensivos del adulto. Presidente de la sección de traumatismo craneoencefálico de la Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez", Morón. Ciego de Ávila, Cuba

Recibido: 27.2.2015. Aceptado: 27.2.2015. Publicado: 1.3.2015.

Correspondencia: Dr. C. Ángel J. Lacerda Gallardo. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez", Morón, Ciego de Ávila, Cuba. Correo electrónico: ajlacerda@hgm.cav.sld.cu

Cómo citar este artículo (Estilo NLM): Lacerda Gallardo AJ. Realidades y perspectivas para el manejo de las metástasis cerebrales en la práctica neuro-oncológica. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Internet] 2015 [citado día, mes y año];5(2):101-2. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>

© 2015 Sociedad Cubana de Neurología y Neurocirugía – Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía

www.sld.cu/sitios/neurocuba – www.revneuro.sld.cu

Editor: Dr. P. L. Rodríguez García

Palabras clave. Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Metástasis de la neoplasia. Neoplasias encefálicas. Neurocirugía. Neurología. Radiocirugía.

Facts and perspectives regarding management of brain metastasis in neuro-oncology practice

Key words. Encephalic neoplasms. Health knowledge, aptitudes and practices. Neoplasm metastasis. Neurology. Neurosurgery. Radiosurgery.

Cuba es un país subdesarrollado del caribe cuyos indicadores de salud se acercan considerablemente a los mostrados por los países desarrollados. En el anuario estadístico de salud del año 2013 se muestran las principales causas de mortalidad para todas las edades, entre las que aparece en primer lugar los tumores malignos (1). Una variante tumoral que afecta al ser humano es la metástasis cerebral, y generalmente parte de una lesión primaria no controlada biológicamente, enclavada en otro sitio del organismo. El manejo neuroquirúrgico de este tipo de lesión ha sido muy irregular porque los resultados han estado durante muchos años a la sombra del mal pronóstico informado en la mayoría de los estudios publicados sobre el tema (2).

La realidad es que las metástasis cerebrales representan el tumor intracraneal más frecuentemente encontrado en los adultos. Es 10 veces más frecuente que el resto de los tumores cerebrales primarios y afectan entre el 20 % y el 40 % de todos los enfermos con cáncer (3-5). Su incidencia es desconocida, pero estimados internacionales han informado que se presentan entre 140 000 y 170 000 nuevos casos cada año (6). Esta incidencia se espera sea cada vez mayor debido a la mejoría en los medios diagnósticos y su

mayor disponibilidad y accesibilidad de la población a ellos, así como a la elevación de la calidad de vida y el mayor tiempo de sobrevivencia de muchos pacientes con muchas variedades de cáncer (2). Es por ello que la comunidad oncológica y neuroquirúrgica de nuestro país y del mundo debería mostrar mayor interés y dirigir más su atención hacia este tipo de lesiones.

Resulta irrefutablemente cierto que el manejo de esta enfermedad es complejo por las características anatómicas propias del cerebro, que cuenta con la barrera hematoencefálica (estructura exclusiva del sistema nervioso central) y carece de drenaje linfático; ambas condiciones hacen difícil la entrega a esta región de agentes quimioterapéuticos. Además, el líquido del intersticio cerebral es rico en cloro, lo que convierte al parénquima en un medio hostil para la proliferación de muchos clones metastásicos, mientras favorece la de otros clones de origen neuroepitelial tales como el carcinoma de células pequeñas del pulmón o los melanomas (4). Pero la elevada probabilidad que tiene la neurocirugía y la oncología contemporáneas de interactuar con esta enfermedad justifica la necesidad de conocer y dominar las posibilidades

terapéuticas con que contamos y que vamos a ofrecer a este tipo de pacientes.

El pronóstico en estos casos depende de varios factores definidos por el *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) a través del método *recursive partitioning analysis* (RPA), que conforma tres grupos diferentes de pacientes (7), clasificación recientemente mejorada por medio de la (GPA) *graded prognostic assessment* (8), en los que varios elementos desempeñan un papel importante. Entre ellos sobresale el estado premórbido del enfermo considerado con la escala de Karnofsky, la comorbilidad, el número de metástasis, su localización y el estado biológico del tumor primario. La realidad es que el promedio de supervivencia depende definitivamente de las variantes terapéuticas que podamos ofrecer en cada grupo particular. Aquellos pacientes que no reciban terapia alguna sobrevivirán aproximadamente un mes, los que reciban solo tratamiento esteroideo lo harán como promedio tres meses, los que reciban alguna variante de cirugía y radioterapia sobrevivirán aproximadamente un año (3).

El tema del tratamiento quirúrgico en las metástasis cerebrales ha sido controversial y polémico desde que Grant publicó su experiencia en 1926 y los resultados desfavorables llevaron a sustituir la cirugía por la radioterapia y los esteroides (9). Pero, en la década de los años 90 dos ensayos clínicos mostraron las bondades de la cirugía en el tratamiento de las metástasis solitarias (10). En la actualidad existe un variado nivel de evidencias que sustenta el uso de la cirugía en diferentes estados de la enfermedad, resumidos en un reciente artículo que ofrece las guías de manejo con sus niveles de evidencia y sus respectivas recomendaciones, confiriendo las mejores opciones para la cirugía, la radioterapia holocraneal y la radiocirugía estereotáctica (10).

En la práctica de la medicina moderna ha quedado desterrado el empirismo y se impone cada vez más la medicina basada en evidencias. Estamos en la era en que un paciente con varias metástasis cerebrales puede encontrar una solución, al menos temporal (11). Además, un grupo de pacientes con dicha complicación oncológica podrían participar, e inclusive beneficiarse, de los ensayos clínicos.

En el presente número de la revista se explora en dos artículos interrelacionados la opinión de un grupo de neurocirujanos, neurólogos, radioterapeutas y oncólogos cubanos acerca del manejo de la metástasis encefálica, así como la toma de decisiones (12,13). Es muy preocupante la discrepancia entre las diferentes especialidades, y en algunos casos con las evidencias científicas

actuales. Es tiempo de revalorar las nociones asumidas en relación con las metástasis cerebrales. El manejo multidisciplinario y la adherencia a las diferentes guías de tratamiento de las metástasis cerebrales deben de ocupar el necesario espacio que le corresponde en la neuro-oncología contemporánea. El intercambio y el consenso nacional deben potenciarse y prevalecer en nuestra práctica cotidiana, para ofrecer la mejor opción de tratamiento disponible a quienes luchan contra una enfermedad, que al final les cobrará lo más preciado de su existencia, la vida.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: MINSAP; 2014. p. 31. [citado 25.02.2015]. Disponible en: www.bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba
2. Gavrilovic IT, Posner JB. Brain metastases: epidemiology and pathophysiology. *J Neurooncol*. 2005;75:5–14.
3. Den RB, Andrews DW. Radiotherapy for brain metastases. *Neurosurg Clin N Am*. 2011;22:37–44.
4. Beasley KD, Toms SA. The Molecular pathobiology of metastasis to the brain: A Review. *Neurosurg Clin N Am*. 2011;22:7–14.
5. Thomas SS, Dunbar EM. Modern multidisciplinary management of brain metastases. *Curr Oncol Rep*. 2010;12(1):34–40.
6. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, et al, editors. SEER cancer statistics review, 1975–2006. [citado 25.02.2015]. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/index.html
7. Gaspar L, Scott C, Rotman M, et al. Recursive partitioning analysis (RPA) of prognostic factors in three radiation therapy oncology group (RTOG) brain metastases trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1997;37:745–51.
8. Sperduto PW, Berkey B, Gaspar LE. A new prognostic index and comparison to three other indices for patients with brain metastases: an analysis of 1,960 patients in the RTOG database. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;70:510–4.
9. Grant FC. Concerning intracranial malignant metastases: their frequency and the value of surgery in their treatment. *Ann Surg*. 1926;84(5):635–46.
10. Kellner CP, D'Ambrosio AL. Surgical Management of Brain Metastases. *Neurosurg Clin N Am*. 2011;22:53–9.
11. Bhangoo SS, Linskey ME, Kalkanis SN. Evidence-Based Guidelines for the management of brain metastases. *Neurosurg Clin N Am*. 2011;22:97–104.
12. Caballero García J, Cruz García O, Llantá Abreu M, Marinello Guerrero JJ, Casanella Saint-Blancard OA, Díaz Moreno RM. Factores pronósticos del paciente con metástasis encefálica: encuesta multicéntrica. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2015 [citado 25.02.2015];5(2):103–13. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/239>
13. Cruz García O, Caballero García J, Llantá Abreu M, Marinello Guerrero JJ, Casanella Saint-Blancard OA, Díaz Moreno RM. Controversias en el tratamiento de la metástasis encefálica: encuesta multicéntrica. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. [Internet] 2015 [citado 25.02.2015];5(2):114–22. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/237>