



TOLEDO

METÁSTASIS CEREBRALES



Dr. Pedro Pérez Segura

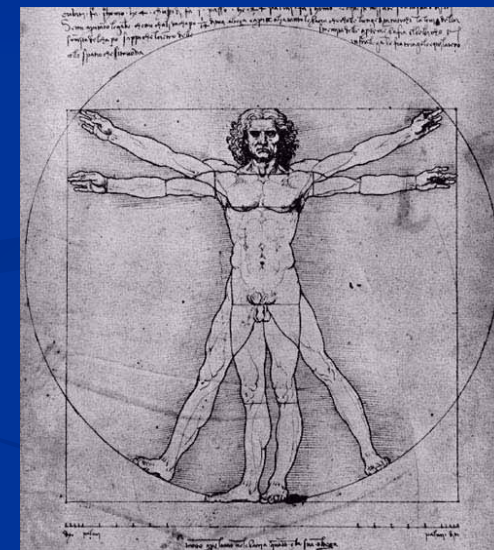
Oncología Médica

HCSC - Madrid



GUIÓN DE LA CHARLA

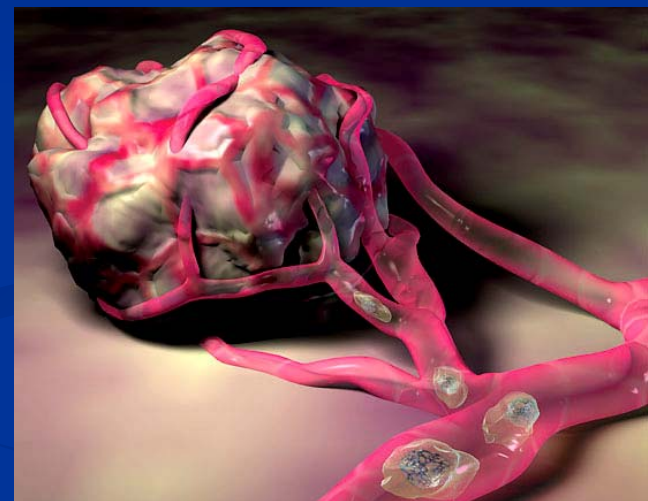
- 1.- Epidemiología de las metástasis cerebrales
- 2.- Factores pronósticos
- 3.- Tratamiento de las metástasis cerebrales
 - 3.a.- Específico
 - Locales
 - Sistémicos
 - 3.b.- Trastornos acompañantes
- 4.- Conclusiones





EPIDEMIOLOGÍA DE LAS METASTÁSIS CEREBRALES

- Incidencia: 10-30% de cánceres (adultos) y creciendo
- EEUU: 98000 – 170000 nuevos casos / año
- Causas más frecuentes: pulmón, mama, TOD, melanoma, colorrectal
- ¿Estamos interviniendo en este incremento?
 - Mejores técnicas diagnósticas (RNM)
 - Sospecha diagnóstica más precoz (¿ttos más eficaces?)
 - Alteración de la historia natural del cáncer (Herceptin®)



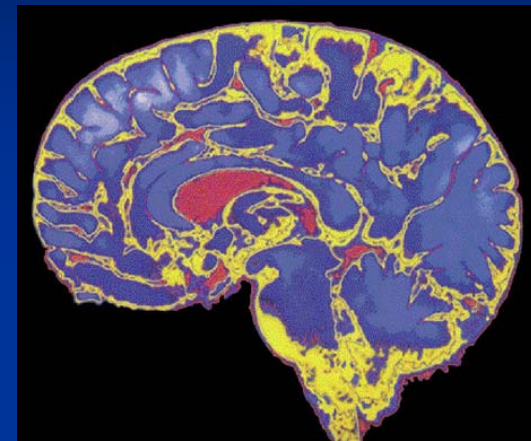


FACTORES PRONÓSTICOS

“ *Recursive partitioning analysis of prognostic factors ...*”. **RTOG**

Gaspar L et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;
37(4): 745-51

- **Clase I**: PS \geq 0; \leq 65 años; primario controlado; no mts extracraneales (supervivencia mediana 7.1 meses)
- **Clase III**: PS \geq 2 (supervivencia mediana 2.3 meses)
- **Clase II**: el resto (supervivencia mediana 4.2 meses)





TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES:

CIRUGÍA

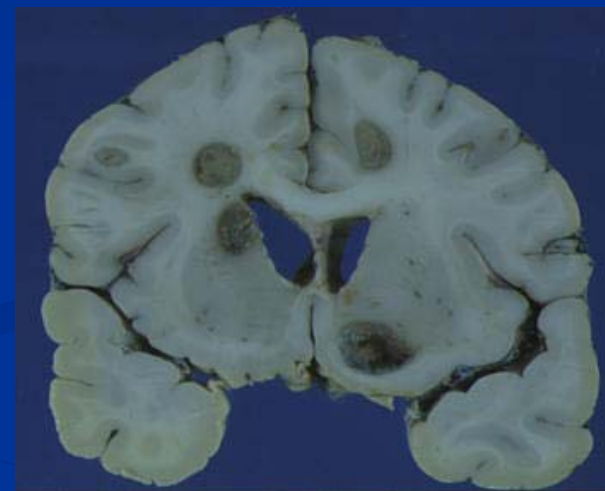
- Dato fundamental: enfermedad extracerebral controlada
- Otros: nº y localización, PS, intervalo sin enfermedad cerebral
- Indicaciones:
 - Mts única: 3 estudios randomizados Q+RT > RT (1 estudio no); sup 8-14 meses
 - Mts múltiples: limitada (sintomática/diagnóstica)
 - De rescate tras RT: 3 estudios demuestran aumento supervivencia y mejoría neurológica





TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES: RADIOTERAPIA HOLOCRANEAL

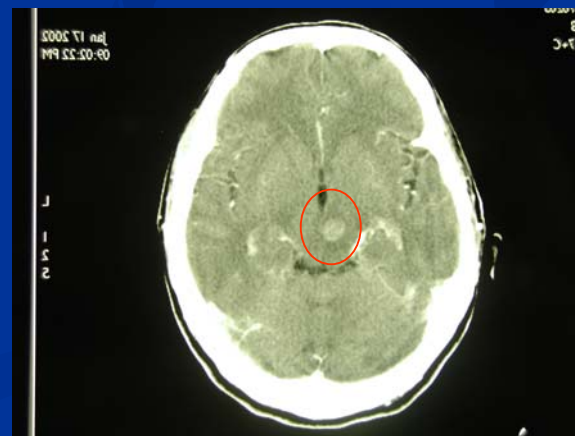
- El “clásico” (unos 50 años en la brecha)
- Supervivencia: 3-6 meses
- Respuestas: 40-90% (según síntomas)
- Pautas de tratamiento: variadas y similares
 - 30 Gy en 10 fracciones
 - 40 Gy en 20 fracciones
- ¿Podemos reirradiar el cerebro?
 - Si (si no hay otra opción)
 - Respuestas 50-75% (sup 3-5 meses)
- Toxicidad





TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES: RADIOCIRUGÍA

- Altas dosis en volúmenes pequeños
- Rx (aceleradores), gamma (gammaknife), protones
- Respuestas: 75-90%
- Perfil: pocas lesiones, pequeño tamaño, PS alto
- Radiocirugía vs cirugía
- Rt holocraneal tras radiocirugía





TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS CEREBRALES: QUIMIOTERAPIA

- ¿Porqué no tratar las metástasis cerebrales con QT?
- BHE
- Falta de conocimiento sobre su biología
- Falta de ensayos para estos pacientes
- Falta de tratamientos sistémicos específicos



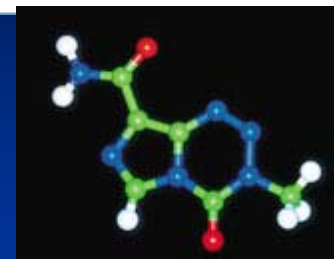


ESQUEMAS CLÁSICOS

<i>Situaciones</i>	<i>Tasa respuestas (%)</i>
CPNCP	52
CPCP	66
MAMA	60
GERMINALES	75
QAD	91

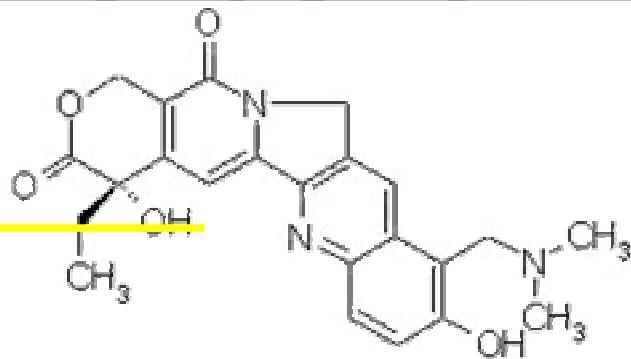


NUEVOS FÁRMACOS: TEMOZOLAMIDA



Investigador	Ensayo fase	N	Tumores	RG	Superv mediana
MSKCC (2000)	II	41	Varios	17/41 (41%)	6.6 meses
Helenic Group (2000)	II	28	Varios	5/27 (18%)	4.5 meses
Helenic Group (2000)	II rand	48	Pulmón	23/24 comb (96%) 14/21 RT	NA

NUEVOS FÁRMACOS: TOPOTECAN



Investigador	N	Tumores	RG	Mediana supervivencia
Oberhoff (2001)	16	CPCP	6/16 (37%)	6.3 meses
Manegold (1996)	16	CPCP	10/16 (62%)	NA
Schütte (1999)	24	Pulmón	12/24 (50%)	NA
Korfel (2002)	30	CPCP	10/30 (33%)	NA



TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ACOMPAÑANTES

1.- Corticoides

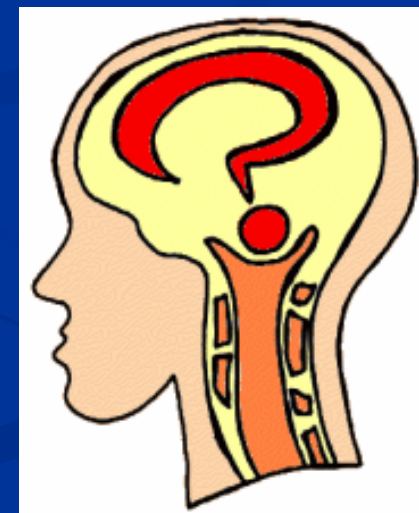
- DXM 10-16 mg seguido de 4 mg/6 horas (llegar a 100 mg/día)
- Respuesta en horas

2.- Anticonvulsivantes

- Siempre como tratamiento
- ¿Profilaxis?
- ¡¡OJO!! Anticonvulsivantes + RT holocraneal

3.- Tromboembolismo

- 20% de incidencia
- ¿Anticoagulación profiláctica?





CONCLUSIONES

- 1.-La afectación cerebral no debe ser sinónimo de final
- 2.-*Debemos intentar clasificar correctamente a los pacientes antes de plantear cualquier actitud terapéutica*
- 3.-*Es preciso coordinar la atención entre todos los especialistas y dentro de un programa continuado de atención*
- 4.-*Pensar en el tratamiento quimioterápico como una opción más dentro del arsenal terapéutico contra las mts cerebrales*
- 5.-*Incentivar la investigación de calidad en este campo*



CONCLUSIONES

- 1.-La afectación cerebral no debe ser sinónimo de final
- 2.-*Debemos intentar clasificar correctamente a los pacientes antes de plantear cualquier actitud terapéutica*
- 3.-*Es preciso coordinar la atención entre todos los especialistas y dentro de un programa continuado de atención*
- 4.-*Pensar en el tratamiento quimioterápico como una opción más dentro del arsenal terapéutico contra las mts cerebrales*
- 5.-*Incentivar la investigación de calidad en este campo*



CONCLUSIONES

- 1.-La afectación cerebral no debe ser sinónimo de final
- 2.-*Debemos intentar clasificar correctamente a los pacientes antes de plantear cualquier actitud terapéutica*
- 3.-*Es preciso coordinar la atención entre todos los especialistas y dentro de un programa continuado de atención*
- 4.-*Pensar en el tratamiento quimioterápico como una opción más dentro del arsenal terapéutico contra las mts cerebrales*
- 5.-*Incentivar la investigación de calidad en este campo*



CONCLUSIONES

- 1.-La afectación cerebral no debe ser sinónimo de final
- 2.-*Debemos intentar clasificar correctamente a los pacientes antes de plantear cualquier actitud terapéutica*
- 3.-*Es preciso coordinar la atención entre todos los especialistas y dentro de un programa continuado de atención*
- 4.-*Pensar en el tratamiento quimioterápico como una opción más dentro del arsenal terapéutico contra las mts cerebrales*
- 5.-*Incentivar la investigación de calidad en este campo*



CONCLUSIONES

- 1.-La afectación cerebral no debe ser sinónimo de final
- 2.-*Debemos intentar clasificar correctamente a los pacientes antes de plantear cualquier actitud terapéutica*
- 3.-*Es preciso coordinar la atención entre todos los especialistas y dentro de un programa continuado de atención*
- 4.-*Pensar en el tratamiento quimioterápico como una opción más dentro del arsenal terapéutico contra las mts cerebrales*
- 5.-*Incentivar la investigación de calidad en este campo*