

2017 Octubre, 7(1): 1-1

## GLIOMAS DE BAJO GRADO. IMPLICANCIAS DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN

Luna, Facundo Hector; Quintana Corvalan, CM; Linguido, DE; Hernández, A

Servicio Neurocirugía. H.I.G.A San Martín – La Plata. [facundohectorluna@gmail.com](mailto:facundohectorluna@gmail.com)

### Introducción

En el año 2016 se presentó formalmente la nueva clasificación de tumores cerebrales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma se dio debido a la gran variabilidad que existía entre diversos centros en los diagnósticos anatomopatológicos, se pasó de una clasificación meramente histológica para incorporar parámetros moleculares que dio un nuevo enfoque no solo en la anatomía patológica sino un cambio de paradigma a nivel clínico-quirúrgico.

### Objetivos

Revisión de la nueva clasificación de la OMS para tumores gliales de bajo grado y su implicancia clínico-quirúrgica.

### Discusión

Los gliomas son un grupo de tumores neuroepiteliales que surgen de células gliales. Es una enfermedad progresiva, invasiva y crónica del sistema nervioso central, que invariablemente lleva a la muerte del paciente. El gran cambio que se realiza con respecto a la clasificación anterior, 4 grados con malignidad creciente, es la incorporación de parámetros moleculares, que lleva a que los gliomas se engloben todos en un grupo que se nombró gliomas infiltrantes difusos.

Esta revisión se va a focalizar en los gliomas de grado II, que son realmente los gliomas de bajo grado, ya que los gliomas de grado I se puede lograr la cura con la extirpación completa (salvo casos particulares). Los gliomas de grado II representan el 15% de todos los gliomas, crecen lentamente pero continuamente por la sustancia blanca, en el cual la supervivencia actual es de una media de 10 años, cuando se transforman en gliomas de grado III o IV se espera deterioro neurológico rápido antes de la muerte.

Para la distinción de los perfiles moleculares específicos de gliomas de bajo grado se necesitan de por lo menos dos marcadores biológicos como son la codeleción de 1p/19q y la mutación de IDH (isocitrato deshidrogenasa), también es de utilidad, pero no necesaria para la clasificación la pérdida del gen ATRX (Alfa-Talasemia con retraso mental ligado a X) y la mutación de TP-53. Se ven definidos así dos grandes grupos de gliomas de grado II, astrocitomas difusos y oligodendrogliomas.

La marca genética típica de los astrocitomas difusos es la mutación de IDH, la pérdida de ATRX y la mutación de TP53.

La marca genética de los oligodendrogliomas es la mutación de IDH, la codeleción de 1p/19q, sin pérdida de ATRX ni mutación de TP53.

Se cambia por otro lado el paradigma de esperar y observar, ya que era una enfermedad en adultos jóvenes, sin déficits neurológicos y en áreas elocuentes del cerebro, a un paradigma más agresivo en el cual se trata de evitar o por lo menos retrasar el máximo la transformación maligna que en definitiva marca la sobrevida de la enfermedad; para lo cual se realiza una extirpación quirúrgica temprana, maximizando la resección de tejidos (con la utilización de tractografía, electroestimulación intraoperatoria, cirugía con paciente despierto, RMN intraoperatoria), repitiendo la extirpación quirúrgica, retrasando la radioterapia y utilizando quimioterapia según marcadores moleculares.

La cirugía es la piedra angular en el tratamiento en esta patología, es un factor independiente de supervivencia, el objetivo de la misma es eliminar la señal hiperintensa en la secuencia T2/FLAIR, siempre y cuando no involucre áreas elocuentes que tras estudios intraoperatorios demuestren funcionalidad verdadera.

Con respecto a la radioterapia se utiliza en pacientes de alto riesgo (edad mayor a 40 años, resección parcial, histología astrocítica, falta de codeleción 1p/19q e IDH salvaje) o en pacientes en los cuales el tumor progresa luego de la quimioterapia.

En quimioterapia se utiliza el régimen PCV (procarbazona, lomustina y vincristina) asociado a radioterapia en gliomas de alto riesgo ya que demostró duplicar la supervivencia (13,3 vs. 7,8 años) y la sobrevida libre de tumor (10,4 vs. 4 años).

Para los pacientes de bajo riesgo, o sea aquellos que son menores de 40 años y tienen una resección completa se utiliza en este caso la política de seguimiento, aguardando la recurrencia para implementar las medidas necesaria, ya sea nuevamente cirugía, quimioterapia o radioterapia.

### Conclusión

La nueva clasificación de tumores de la OMS entrega al médico tratante la posibilidad de tabular de manera más precisa estos tumores, pudiendo establecer grupos de riesgos, protocolos científicos, realizar terapias dirigidas según tipificación genómica, pronóstico de supervivencia.