

Exéresis de glioma de bajo grado

A pesar de la falta de evidencia de clase I, la **exéresis** del **glioma de bajo grado** es la primera opción (Soffietti y col., 2010).

Aunque, el **grado de resección** es el factor independiente más importante para la **supervivencia global**, la preservación de las funciones es mandatoria, y es por lo que se están adoptando resecciones con técnicas de mapeo cerebral intraoperatorio.

Esto permite la maximización de la resección del tumor y minimizar la morbilidad postoperatoria.

En un estudio efectuado en Alemania sobre centros con gran volumen parece existir un consenso para resecar lesiones superficiales en lóbulo y bien circunscrito. Sin embargo, las diferencias entre centros son evidentes con el aumento de la complejidad de las lesiones (Seiz y col., 2011).

Hay numerosas vías desde la observación clínica-radiológica a la temprana biopsia o resección supratotal con el paciente despierto hasta la radioterapia (Yordanova y col., 2011).

La quimioterapia es efectiva en algunos de los gliomas de bajo grado (Wen y DeAngelis 2007)

Se conocen pocos datos prospectivos de resultados de tiempo de progresión, transformación maligna, mortalidad y morbilidad.

Uno de estos pocos trabajos mostró el mejor pronóstico en aquellos de resección amplia, características histológicas, tamaño tumoral y edad del paciente.

El control de crisis es una de las consideraciones más importantes en la planificación de la cirugía siendo la resección total una meta importante ya que podría lograr la ausencia de crisis (Englot y col., 2011).

La actitud de esperar y ver que no contribuye a un aumento de la ansiedad o la reducción en la calidad de vida como se ha propuesto en algunos trabajos (Hayhurst y col., 2011).

A pesar de ello:

La Joint Section on Tumors of the American Association of Neurological Surgeons/Congress of Neurological Surgeons

Solo ha hecho una recomendación:

La biopsia es la práctica estándar para determinar si el paciente debe ser tratado u observado.

En resumen:

1.-Todavía no se sabe que grado de radicalidad quirúrgica es necesaria. Lo ideal parece ser una resección radical dentro de los límites de la seguridad para evitar empeorar o provocar un déficit neurológico, para ello las imágenes DTI (Tractografía) con RM pueden ayudar a planificar la mayor o menor resecabilidad (Talos, Zou et al. 2007).

Asegura un periodo libre de efecto masa más largo y una muestra residual más pequeña del tumor puede significar la menor probabilidad en una transformación anaplásica. Otra opción es una biopsia simple o una actitud expectante.

Tras la intervención se realizará un seguimiento radiológico. Si hay recidiva o crecimiento con sintomatología se puede reintervenir.

Casos clínicos del Hospital General Universitario de Alicante

Q5465

Varón de 46 años sin antecedentes de interés.

Fiebre y **cefalea** holocraneal de 4 días de evolución. El paciente presenta mal estar general.

Seis meses antes cuadro de cefalea en la misma localización de inicio brusco que se siguió a una **cervicalgia**.

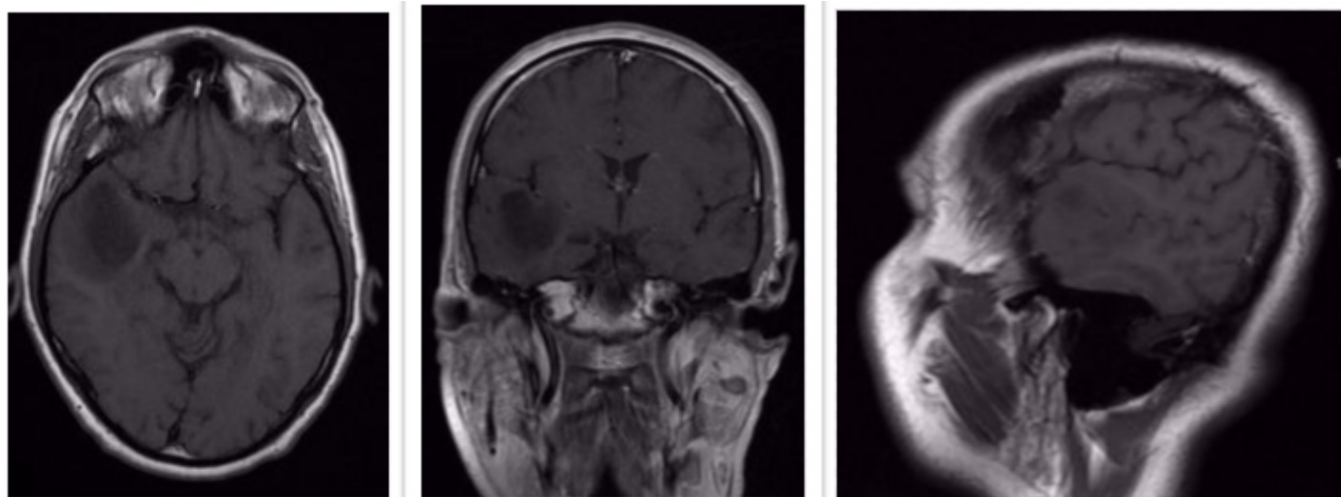
Glasgow total: 15;

RX. TORAX PA Y LATERAL

Condensación en LII, segmentos posteroinferior y lateral.

TAC CRANEAL

Se aprecia edema e hinchazón que afecta a todo el **lóbulo temporal** derecho con borramiento de los surcos, compresión del **uncus** y ligera desviación de la línea media hacia la izquierda, sin evidencia de captación tras la administración de contraste. Los hallazgos, dado el contexto clínico, son sugestivos de **encefalitis**, aunque clínicamente no lo parece.



BAG. Bajo MIO. Decúbito supino cabeza lateralizada a la izquierda 20°. Incisión frontotemporal derecha. Craneotomía frontotemporal subyacente. Apertura dural pediculada hacia pterion. Se identifica cisura silviana. T2 insuflada. Se comprueba localización relativa del surco central mediante inversión de la onda N20 y se posiciona electrodo plano sobre corteza motora para monitorización continua. Se realiza resección anatómica y amplia, identificando tumor en T2 T1 insula, amígdala. Se identifica cabeza de hipocampo ventrículo lateral. III pC en cisterna crural. Se identifica subpialmente surco periinsular inferior desde donde profundizamos resección tumoral hasta que aparece respuesta subcortical de cápsula interna a unos 10 mm. Hemostasia cuidadosa. Espongostan en lecho tumoral y

sobre corteza expuesta. Hemostasia cuidadosa. Cierre por planos. Piel con grapas. Sin incidencias.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=exeresis_de_glioma_de_bajo_grado

Last update: **2019/09/26 22:12**

