



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

OC-054 - GLIOMAS GRADO III DE LA OMS. ESTUDIO DE PROGRESIÓN Y SUPERVIVENCIA EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA, REVISIÓN DE MANEJO Y EVIDENCIA ACTUALIZADA

C. Martínez-Macho, G. Blasco García de Andoain, R. Gil-Simoes, A. Martín-Segura, A. Álvarez-Sala, A. Madero-Pohlen, E. Barbero-Pablos, G. Bazarra Castro, J.A. Fernández Alén

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Resumen

Introducción: Los astrocitomas (AST-3) y oligodendrogliomas (OG-3) grado 3 de la OMS son neoplasias cerebrales de lento crecimiento mayoritariamente difusas. Aún con los tratamientos de adyuvancia actuales presentan un riesgo significativo para recurrencia y progresión. En los últimos años se ha avanzado en la caracterización molecular de estos tumores, identificándose nuevos factores moleculares pronósticos.

Objetivos: Análisis de una serie de gliomas grado 3 (AST-3 y OG-3) con estudio de factores pronósticos para progresión, malignización y mortalidad a 2 y 5 años de seguimiento. Revisión y debate del manejo y evidencia actualizada en gliomas grado 3.

Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes intervenidos en periodo 2005-2020. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas, radiológicas, histológicas, y resultados posquirúrgicos de resección, adyuvancia, recurrencia, progresión y supervivencia. Análisis descriptivo y analítico muestral.

Resultados: Se identificaron un total de 46 pacientes: 35 AST-3 y 11 OG-3. La edad media de presentación fue menor en los OG-3 (49,4 vs. 58,7 años; $p = 0,076$). La presentación clínica más común fueron las crisis epilépticas ($p = 0,004$), localizándose más frecuentemente en lóbulo frontal e involucrando zonas elocuentes hasta en un 65,7% de los casos en AS-3 (vs. 27% en OG-3; $p = 0,025$). La mortalidad global fue significativamente mayor en los AST-3 (88,5 vs. 54,5%; $p = 0,013$). Respecto al tratamiento quirúrgico, la biopsia fue el procedimiento más habitual en AS-3 (60%), mientras que en el caso de los OG-3 la resección subtotal supuso un 54,4% de los casos. El grado de resección quirúrgica se identificó como un importante factor protector (resección completa HR = 0,269 $p = 0,15$; resección subtotal HR = 0,5 $p = 0,3$).

Conclusiones: A pesar del creciente conocimiento molecular y las opciones terapéuticas actuales, los gliomas grado III siguen siendo un reto neuroquirúrgico y oncológico. La resección quirúrgica más extensa con preservación de función neurológica constituye el factor fundamental para disminuir la progresión y aumentar la supervivencia.