

## ¿Por qué dedicarse al tratamiento de pacientes con metástasis encefálica?

Why engage in the treatment of patients with brain metastases?

*Estimado Editor:*

La Metástasis Encefálica constituye una afección de mal pronóstico asociada a actitudes pesimistas en determinados profesionales. Sin embargo, si se analiza este problema de salud, aparecen muchas motivaciones que apartan al galeno de estas tendencias condenatorias.

El manejo de esta afección obliga al médico a relacionarse con otras especialidades (radioterapia, oncología, neurología, imagenología, psicología, neurocirugía) e intercambiar conocimientos (equipos interdisciplinarios).

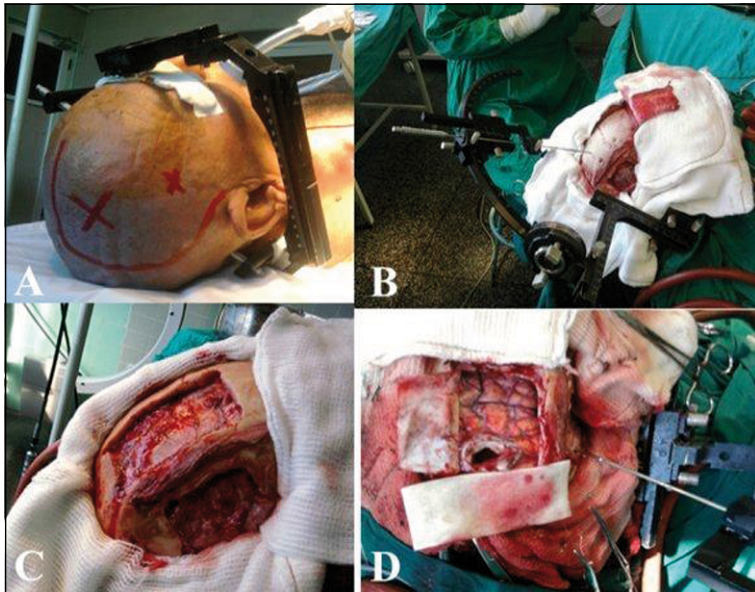
Desde el punto de vista epidemiológico constituyen las neoplasias del Sistema Nervioso Central (SNC) más frecuentes con tendencia a su aumento en prevalencia (actual y futuro problema de salud) debido fundamentalmente al aumento de la expectativa de vida de pacientes con cáncer, aumento en la incidencia de pacientes con cáncer y al envejecimiento poblacional<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista clínico su ubicación en cualquier parte del SNC condiciona que los pacientes que la padecen se presenten con variables síndromes neurológicos, obligando a dominar los mismos. Por otra parte, el neurocirujano no sólo debe relacionarse con el interrogatorio y examen físico neurológico si no con el resto de los sistemas para poder diagnosticar la lesión primaria o contribuir al estadiamiento de la enfermedad.

Desde el punto de vista imagenológico las metástasis se presentan de las formas más diversas, obligando a dominar el arte de diagnosticar todas las posibles lesiones, sólidas, quísticas, heterogéneas, con o sin calcificaciones, con o sin edema cerebral, superficiales, profundas, en línea media, laterales, pequeñas, gigantes, bien delimitadas,

infiltrativas, con realce con contraste o sin realce. Obliga a dominar los estudios imagenológicos de otros sistemas: Tomografía Computarizada de tórax, abdomen, ultrasonografía entre otras e incluye la utilización de medios diagnósticos novedosos como la Tomografía por Emisión de Positrones, Tomografía por Emisión de Fotón Simple, Resonancia Magnética Funcional, Espectroscopia por Resonancia, Tractografía, entre otros.

Estos pacientes constituyen un reto terapéutico pues: usualmente se presentan con edad avanzada (obligando a realizar procedimientos menos invasivos y en menor tiempo quirúrgico); usualmente presentan inmunosupresión (lo que aumenta el riesgo de infecciones); la frecuente anemia obliga a minimizar las pérdidas hemáticas durante la cirugía; el tratamiento debe realizarse lo más rápido posible por lo que la preparación preoperatoria debe ser rápida y el paciente luego de la cirugía debe estar rápidamente de alta para poder recibir las modalidades complementarias por lo que una complicación puede retrasar el tratamiento y por ende, empeorar el pronóstico; obliga al neurocirujano a dominar los principios de otras modalidades terapéuticas no quirúrgicas (Radioterapia Conformada, Radioterapia Convencional, Radiocirugía, Quimioterapia, Terapia Biológica); el neurocirujano debe dominar los principios de resección de lesiones quísticas y de lesiones sólidas, los principios del tratamiento a los meningiomas pues las metástasis de próstata los pueden simular y los del tratamiento a lesiones altamente vascularizadas pues las metástasis de riñón o melanoma se comportan de manera similar; debe dominar los abordajes quirúrgicos para cualquier localización dentro del SNC (susceptibles todas a ser metastatizadas en mayor o menor grado, tallo encefálico, ganglios basales, fosa posterior, etc.); debe dominar los procedimientos de estereotaxia tanto para tomar biopsia en áreas inaccesibles como para la resección volumétrica de lesiones profundas o pequeñas; las múltiples en ocasiones obligan a realizar más de una craneotomía en el mismo tiempo quirúrgico (Figura 1). Por otra parte, el tratamiento es siempre individualizado



**Figura 1.** Craneotomías para paciente con metástasis múltiple en un solo tiempo quirúrgico. **A:** Dibujo prequirúrgico de la proyección de las lesiones y propuesta de incisión. **B:** Planificación de las craneotomías guiada por estereotaxia. **C:** Obsérvese las 2 craneotomías bajo un solo colgajo de cuero cabelludo y separadas por banda de inserción del músculo temporal. **D:** Luego de resección circunferencial microquirúrgica subpial de la metástasis parietal. Obsérvese la guía estereotáctica identificando la proyección de la lesión temporal.

debido a la gran heterogeneidad con la que se presentan los pacientes, constituyendo cada uno un reto particular. Las heridas quirúrgicas deben ser adecuadamente cerradas y sin complicaciones, preferentemente lineales y pequeñas, pues la radioterapia ulterior puede afectar el proceso de cicatrización.

Como si fuera poco estos pacientes “olvidados” por su corta expectativa de vida requieren un manejo psicológico especializado.

Aún queda mucho por hacer y aprender sobre esta enfermedad. Como planteó Séneca: “...no existen cuestiones agotadas si no hombres agotados en las cuestiones...”.

*Dr. Joel Caballero-García: Especialista en Neurocirugía. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.*

*Dr. C. Orlando Cruz-García: Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Neurocirugía. Profesor e Investigador Titular. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.*

## Referencias bibliográficas

1. National Comprehensive CancerNetwork. Central Nervous System Cancers. [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/cns.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cns.pdf) 2010; Vol. Version I. 2011.

Correspondencia:

Joel Caballero-García

Dirección: Calle 23 esquina L edificio 301 apto C-12. Vedado. La Habana. Cuba.

Teléfono: 8329629

E-mail: joelcg@infomed.sld.cu