



Neurinoma del acústico: Rcir-RtF vs. observación

-

10.20960/radiocirugia.2019.00008

Neurinoma del acústico: Rcir-RtF vs. observación

Víctor Manuel Muñoz-Garzón

Hospital Meixoeiro - CHUVI - Álvaro Cunqueiro. Vigo

El schwannoma vestibular (SV) es un tumor benigno que se origina de las células de Schwann de en la división superior del nervio vestibular, el cual forma parte del octavo complejo nervioso del cráneo.

Representa el 10% de todas las neoplasias cerebrales primarias y el 90% de los tumores en el ángulo pontocerebeloso. Existen 1,1 casos nuevos por 100.000 habitantes cada año.

Carlson y cols. en 2015 detectaron una disminución en el tamaño de los tumores diagnosticados mientras no veían disminución de la incidencia, con lo cual sospecharon la influencia de los mejores métodos diagnósticos (basado en los registros SEER).

La radiocirugía se emplea como una alternativa a la cirugía, o como complemento. Esta puede ser monodosis (radiocirugía puramente dicha según su definición) o REF/IMRS (fraccionada con o sin intensidad modulada).

Qué y cómo se emplea el mejor tratamiento o si debe tratarse a los pacientes es una área controvertida. R. Martínez presentó en la SER 2016 el trabajo de Carlson 2015 comentado anteriormente, en el que se analiza la tendencia progresiva a tratar a menos pacientes y observar la evolución de más. Pero la evolución a largo plazo es impredecible y estos pacientes pueden sufrir síntomas que afecten a su calidad de vida a pesar de que el tumor no crezca.

En las series publicadas de tumores tratados vs. observados la tendencia es a la pérdida de audición drástica en el grupo no tratado con diferencias que superan el 50% .

Los pacientes tratados con radiocirugía tienen mejor calidad de vida comparado no solo con los intervenidos sino con los observados (Whitmore, 2011), debido a que la calidad de vida es peor con las complicaciones de "observación" o de la "cirugía" que las complicaciones derivadas de la "radiocirugía".

El control tumoral de la radiocirugía o la REF y la cirugía es similar y puede ser complementario. Por ejemplo es muy útil, como sería en el craneofaringioma, disminuir el volumen a irradiar cuando los tumores son quísticos y

relativamente grandes. Además de que en este caso se disminuye el volumen y por tanto la irradiación de tejido sano, ayudamos a que la necrosis habitual de los 6 meses no haga un exceso de líquido que produzca derrames o sangrados.

Las complicaciones agudas y crónicas de la microcirugía suelen ser mayores aunque ligeramente (Regis et al. J Neurosurgery 2002;97(5):1091-100). Prospectivo, no aleatorio, utilizando cuestionarios pre y postoperatorio para evaluar los resultados funcionales después de GKS o microcirugía.

Seguimiento > 3 años, GKS = 97 pacientes microcirugía = 110

	Trastorno VII	Trastorno V	Audición preservada	Trastorno funcional total	Permanencia hospitalaria
Cirugía	37%	29%	37,5%	39%	23
GKS	0%	4%	70%	9%	3

Algunos autores propugnan recomendaciones como las de Stephen P. Cass, MD, Profesor Asociado de Otorrinolaringología de la Universidad de Colorado Health Sciences Center en Denver.

Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2008: Los factores para decidir entre la cirugía y la radioterapia estereotáctica.

Edad el paciente (joven > cirugía ?!).

Comportamiento tumor.

Resecabilidad.

La probabilidad complicaciones.

1.º vs. recurrente.

Mejor cirugía en resecables y poca morbilidad.

Mejor REF si recurrentes.

En nuestro centro (consensuado en el comité de RDC) se tratan casi todos los pacientes en general excluyendo aquellos que son grandes y quísticos que se

solicita la valoración de cirugía previa. En general, 50% son para REF/IMRS + VMAT en los últimos tiempos con Truebeam: la REF/IMRS se selecciona para los casos.

Audición útil y Único oído sano y/o

Tumor > 1,5 cm irradiado previo

25*1,8 Gy

Tumor > 2 cm

5*5 Gy

Tumor > 3 cm

10*3 Gy

Tumor > 4 cm o cirugía previa

25*1,8 Gy

En nuestra experiencia va ligeramente mejor en cuanto a la audición y solo un caso de parálisis del VII par de manera temporal larga entre los fraccionados no intervenidos.

No hay diferencias significativas en el control local y en la preservación de la audición entre ambos grupos, aunque sí una tendencia y sí que hay diferencias en cuanto a complicaciones permanentes.

La RDC fraccionada es una técnica de elección no invasiva para el tratamiento del neurinoma con buenos resultados tanto en control local como en preservación de la audición.

SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
RADIOCIRUGÍA