

Glioblastoma multiforme en persona mayor

El tratamiento óptimo del glioblastoma multiforme en pacientes ancianos no está clarificado.

Se diagnostica comúnmente en pacientes mayores de 60 años, pero los protocolos de tratamiento se basan principalmente en ensayos en pacientes de hasta 70 años. Esto conduce a poco consenso y a una ausencia de protocolos con respecto a los tratamientos estándar.

Los pacientes de más de 65 años presentan una mayor incidencia de antecedentes patológicos y un estado funcional quirúrgico deficiente. La edad, el riesgo cardiovascular, el estado funcional y el tipo de procedimiento quirúrgico han aumentado significativamente la incidencia de complicaciones posquirúrgicas ¹⁾.

Alvord et al. en un análisis del SEER Medicare database sobre 1652 pacientes mayores de 65 años con glioblastoma que recibieron ≥ 10 fracciones de RT del 2005 a 2009 o de 1995 a 1999 antes de la era de la [temozolamida](#).

Se hicieron tres cohortes en base al año de diagnóstico y el tratamiento se inició a los 60 días del diagnóstico: (1) 2005-2009 y temozolamida/ RT, (2) 2005-2009 RT solamente, o (3) 1995-1999 y RT solamente. La supervivencia media (SM) se estimó utilizando el modelo de riesgo proporcional (Cox), y pareamiento por puntaje de propensión; La SM se calculó a partir de los 60 días después del diagnóstico. Se realizaron análisis de sensibilidad pre-especificados entre los pacientes que recibieron RT de largo recorrido (≥ 27 fracciones). Las estimaciones medias de supervivencia fueron de 7,4 (IQR, 3,3-14,7) meses para TMZ / RT, 5,9 (IQR, 2,6-12,1) meses para RT solo en 2005-2009 y 5,6 (IQR, 2,7-9,6) meses para RT solo en 1995 -1999. SM a los 2 años fue de 10,1% para TMZ / RT, 7,1% para RT en 2005-2009 y 4,7% para RT en 1995-1999. Los modelos ajustados sugirieron una disminución del riesgo de mortalidad para TMZ / RT en comparación con RT en 2005-2009 (AHR, 0,86; IC del 95%: 0,76-0,98) y RT en 1995-1999 (AHR, 0,71; IC del 95%: 0,57-0,90). Sin embargo, entre los pacientes de 2005 a 2009 que recibieron RT prolongada, la adición de TMZ no mejoró significativamente la supervivencia (AHR, 0,91; IC del 95%, 0,80-1,04). En resumen, entre una gran cohorte de pacientes mayores de glioblastoma tratados en un mundo real, la adición de TMZ a la RT se asoció con una pequeña ganancia de supervivencia ²⁾

¹⁾

Martin-Risco M, Rodrigo-Paradells V, Olivera-Gonzalez S, Del Rio-Perez CM, Bances-Florez L, Calatayud-Perez JB, Villagrasa-Compaired FJ. [Factors related with post-surgical complications in elderly patients with glioblastoma multiforme]. Rev Neurol. 2017 Feb 16;64(4):162-168. Spanish. PubMed PMID: 28169411.

²⁾

Arvold ND, Cefalu M, Wang Y, Zigler C, Schrag D, Dominici F. Comparative effectiveness of radiotherapy with vs. without temozolomide in older patients with glioblastoma. J Neurooncol. 2017 Jan;131(2):301-311. doi: 10.1007/s11060-016-2294-7. PubMed PMID: 27770280; PubMed Central PMCID: PMC5303537.

Last update: 2025/05/03 23:58 glioblastoma_multiforme_en_persona_mayor https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=glioblastoma_multiforme_en_persona_mayor

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=glioblastoma_multiforme_en_persona_mayor

Last update: **2025/05/03 23:58**

