

CRITERIOS RANO

(Response Assessment in Neuro-Oncology Working Group)

http://www.senr.org/pdf/section_4/Criterios_respuesta_Neuroon2011.pdf

Protocolo de seguimiento en un [comité de neurooncología](#), donde se valoran los criterios clinicorradiológicos de la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento en [glioblastoma multiforme](#).

El seguimiento está controlado por oncología médica.

Los criterios RANO intentan superar las limitaciones de los criterios de Macdonald incluyendo las alteraciones T2 en la evaluación de la respuesta.

Se publicó en 2010, como una actualización de los criterios de MacDonald.

<http://www.iconplc.com/services/imaging/central-imaging-core-lab-/regulatory-expertise/IMI-RANO-Criteria-Booklet-Nov-2011.pdf>

Con el objetivo de evaluar la respuesta al tratamiento, se han propuesto varios criterios clínico-radiológicos que tienen en cuenta el comportamiento de los tumores cerebrales en TC y en RM. Los criterios de McDonald se publicaron inicialmente en 1990 y han sido los más utilizados en neurooncología, especialmente en ensayos clínicos.

Sin embargo presentan importantes limitaciones, que se han hecho más patentes después de la introducción de fármacos antiangiogénicos, por lo que, en los últimos años se está generalizado el uso de los nuevos criterios propuestos por "Response Assessment in Neuro-Oncology Working Group" (Criterios RANO).

Grupo de trabajo

El grupo de trabajo RANO está formado por neurooncólogos, neurocirujanos, radioterapeutas, neurorradiólogos, neuropsicólogos y expertos en medición de calidad de vida en colaboración con diversas instituciones públicas y la industria farmacéutica.

Los miembros del grupo son expertos que forman parte de diversas organizaciones importantes en el campo de la neurooncología de EE.UU y Europa. Los objetivos del grupo no son sólo determinar unos criterios útiles para gliomas de alto grado, sino también para tumores de bajo grado.

Este grupo de trabajo intenta incorporar todos los nuevos avances en neuroimagen como la RM perfusión y la RM espectroscópica, así como otros aspectos como la evaluación neuropsicológica y de la calidad de vida que también pueden ser útiles a la hora de evaluar el beneficio de futuros tratamientos en tumores cerebrales. En los siguientes apartados se describe la primera propuesta de criterios de respuesta realizados por este grupo de trabajo ¹⁾.

RM a las 48 horas tipo de resección y delinear zonas de infarto

RM a las 3-4 semanas de QT + RT

RM cada 2-3 cclos de TMZ

Preferiblemente en la misma RM misma secuencia , cantidad de contraste.

Lesion medible > 1 cm y 2 cortes axiales solo la parte sólida

2 diametros maximos perpendiculares, se consideran si están muy pegadas aunque sean menos de 1 cm.

Lesion no medible Pared muy fina < 1 cm.

Respuesta completa

Desaparicion completa

No nuevas lesiones

estabilidad en T2

Estable clínico

No requiere contricciones

Respuesta parcial Reducción igual o mayor del 50 % Volumen

No lesiones

Estabilidad T2

Paciente estable...

Progresión

Aumento igual o mayor 25 %

Nueva lesión

Aumento lesiones no medibles

Enfermedad estable

No cumple las anteriores

Misma dosis de contricciones.

1)

Wen P, Macdonald D, Reardon D, Cloughesy T, Sorensen G, Galanis E, et al. Updated response assessment criteria for high-grade gliomas: response assessment in Neuro-Oncology Working Group. J Clin Oncol. 2010;28:1963-72.

From:

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

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=rano>

Last update: **2025/05/04 00:03**



