

# Tratamiento de los derrames pleurales malignos con quimioterapia sistémica, después del drenaje con tubo de tórax

▶ Héctor Alirio González Flórez

Clínica Manuel Elkin Patarroyo, Ibagué (Tolima).

**Contacto:** hgonzalezflorez@yahoo.es

**Introducción y objetivos.** Los derrames pleurales son una complicación frecuente en el cáncer. Son generalmente causados por compromiso pleural tumoral. El diagnóstico es clínico y paraclínico. Las modalidades terapéuticas incluyen la pleurodesis química, que no es etiológica ni fisiológica. La quimioterapia en cánceres quimiosensibles es una buena alternativa. El objetivo de este estudio fue medir la efectividad de la quimioterapia sistémica en derrames pleurales después del drenaje.

**Materiales y métodos.** Se incluyeron pacientes con cánceres quimiosensibles, derrame pleural maligno, no quimioterapia previa, K1 >80, expectativa de vida >6 meses. Procedimiento: práctica de Rx tórax, inserción del tubo para drenaje evacuante, aplicación quimioterapia sistémica, remoción del tubo al día siguiente de terminar la quimioterapia. No reproducción del derrame mínimo por seis meses. Se empleó análisis estadístico general.

**Resultados.** Se estudiaron 42 pacientes, hombres: 38,09%, mujeres: 61,91%. Edad promedio: 59 años. Cánceres: carcinoma broncogénico (42,8%), carcinoma de mama (28,5%), carcinoma de ovario (14,2%), carcinoma de origen desconocido (9,52%), otros (4,76%). Estadios clínicos: IIIB: 57,2%, IV: 42,8%. Efectividad total: 85,7%. Efectividad similar en carcinoma broncogénico, carcinoma de seno, carcinoma de ovario. Efectividad en cánceres de origen conocido: 92,1%. Efectividad en cánceres de origen desconocido: 25%. Recidiva derrame pleural: 14,3%. Drogas empleadas: cisplatino, carboplatino, etopósido, gemcitabina, vinorelbina, ciclofosfamida, doxorubicina, docetaxel, paclitaxel, pemetrexed, capecitabina.

**Conclusiones.** La quimioterapia sistémica después de la evacuación del derrame es una buena alternativa para tratar derrames pleurales malignos quimiosensibles, porque es etiológica y tiene una alta efectividad.

# Temozolomide como adyuvancia en tumores de alto grado del sistema nervioso central. Caldas. 2001-2014

▶ Carlos Raúl Villegas, José Arnoby Chacón, Gustavo Rojas

Oncólogos del Occidente S.A. y Universidad de Caldas, Manizales (Caldas).

**Contacto:** crvillegasmejia@gmail.com

**Introducción y objetivos.** Los tumores del sistema nervioso central han incrementado su frecuencia y la duración óptima en el manejo adyuvante luego de cirugía (Cx) y quimio/radioterapia (QT/RT) no ha sido evaluada. Se analizan los resultados de aplicación de temozolomide como adyuvante al manejo de pacientes en una institución de tercer nivel.

**Materiales y métodos.** Análisis de cohorte retrospectiva de pacientes con manejo quirúrgico seguido de quimioterapia y radioterapia concomitante con temozolomide como adyuvancia.

**Resultados.** Veinticinco pacientes que recibieron manejo terapéutico enunciado con promedio de edad de 49,5 años (SD: 15,6), hombres 72%, astrocitoma anaplásico 44% y glioblastoma multiforme 56%, Karnofsky entre el 50% y 70% del 56%, tamaño tumoral

medio 27,1 mm, localización en hemisferio derecho 72%, sin cruzar línea media 96%. Tratamiento quirúrgico tipo biopsia 24% y 64% resección parcial. Radioterapia mayor a 54,00 Gys 36%. Sin recaída/persistencia 28%. Uso medio de temozolomide adyuvante 18,5 meses. En adyuvancia menor a seis meses, la sobrevida a cinco años fue del 12,5% y mayor a seis meses, del 70% ( $p = 0,020$ ). El 16% lo recibió de 6 a 12 meses; el 12,5%, de 12 a 24 meses; y por 36 meses el 8%. Media de seguimiento 29 meses (SD: 22,4).

**Conclusiones.** La terapia de adyuvancia mayor a seis meses fue mejor. El bajo número de pacientes no permite inferencias satisfactorias, pero marca tendencia favorable al uso complementario de temozolomide al esquema de Cx+QT/RT concomitante empleado como estándar actualmente.