

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es cada vez una importante y mayor causa de morbilidad y mortalidad en el mundo; 10 millones de casos nuevos son detectados cada año, y 6 millones de personas mueren por la enfermedad. Ocupa el segundo lugar como causa de defunciones en los EEUU de Norteamérica y el mundo desarrollado y el tercero en el Perú desplazado al segundo lugar por las enfermedades infecciosas. El cáncer de pulmón, es el segundo sitio anatómico más frecuente, después del cáncer de estómago, estimado por la OMS; es la forma mas frecuente de cáncer alrededor del mundo y es la más importante causa de muerte por cáncer en USA. (37)

De acuerdo al registro de Cáncer de Lima Metropolitana en el período 1990-1991 demuestra que la incidencia de neoplasia del Encéfalo es de 2.6% **(2)**. La mortalidad según la OMS de los tumores del SNC para 16 países en los años 1961-1965 oscilaba entre 4.3 y 5.9 por 100000 hab./año, siendo las más elevadas las de Dinamarca y Suecia y las más bajas las de Japón y Venezuela. **(28)**. La mortalidad por tumor del encéfalo en España en 1998 fue en varones de 1217 defunciones, con una edad promedio de 59.23 años y una tasa de 0.18/100,000 hab. y en mujeres, 885 defunciones, con una edad promedio de 63.44 años y una tasa de 3.49/100,000 hab. La tasa de defunciones para el rubro otros tumores del sistema nerviosos central (CIE: 192) fue de 0.18/100,000 hab. para varones y de 0.13 /100,000 hab. para mujeres. **(43)**, y aunque la mortalidad para esta patología es relativamente baja en comparación con otros tumores en otras localizaciones es adecuado recordar que Bhagwati en 1997 planteó que el promedio de vida para un paciente con glioma anaplásico es de 18-24 meses y para el glioblastoma multiforme entre 9-12 meses pudiendo muy pocos pacientes sobrevivir más de 3-5 años después del tratamiento multidisciplinario. **(26)**. Los tumores cerebrales primitivos tienen una incidencia que varía entre 2-9 por 100,000 habitantes por año, esta diferencia tan amplia pudiera relacionarse con el estado de desarrollo de cada país y los criterios de selección, pero en la mayoría de los reportes las cifras oscilan entre 2-6 por 100,000 hab. Más

de la mitad son de origen gliomatoso y de ellos el 66% malignos **(25,16)**. La incidencia anual, del tumor primario es de 7-17/100000 habitantes por año, similar a la reportada de metástasis del sistema nervioso central **(18)**.

Las metástasis cerebrales afectan aproximadamente al 50% de todos los pacientes con cáncer sistémico y el 50% de todos los tumores cerebrales son metastásicos; este incremento de la incidencia de tumores metastásicos es debido a dos factores fundamentales 1. - Aumento del periodo de supervivencia de los pacientes con cáncer, lo que incrementa el tiempo de exposición para las metástasis y 2. - la mejoría en el diagnóstico de las metástasis simples y múltiples que se ha logrado con el uso de la Tomografía Axial Computarizada y las imágenes por Resonancia Magnética Nuclear **(21)**.

Es necesario señalar que la inmunohistoquímica ha sido una de las grandes revoluciones de la anatomía patológica, de gran rentabilidad y utilizada correctamente es capaz de solucionar graves problemas de diagnóstico diferencial; sin embargo con respecto a los tumores cerebrales su especificidad y resultados todavía tienen que ser entendidos, entre otros conceptos, sobre la base de un conocimiento previo profundo de la anatomía patológica de los mismos **(18)**.

La clasificación de los tumores cerebrales y recomendada por la OMS, es la de base histogenética por la célula o el tejido de origen cierto o presumido del tumor. **(40)**, así mismo el tratamiento de los tumores del Sistema Nervioso Central se apoya en tres pilares: Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia**(40)**. Aunque algunos estudios, basados en la Hipótesis de Sano, refieren que el tratamiento consta de 3 etapas:1.- Inducir remisión: Por cirugía, la radioterapia y quimioterapia o la combinación de ellos. 2.- Mantener remisión: Por potencialización de los mecanismos inmunológicos y quimioterapia. 3.-Erradicación de las células remanentes potencializando los mecanismos inmunológicos y de defensa **(16)**.

El presente constituye un estudio de las características generales clínico – patológicas de un grupo de 42 pacientes a través de la revisión de sus historias clínicas, atendidos en el Hospital Militar Central (HMC) de Lima-Perú y que fueron



Tumores Intracraneales En Pacientes Adultos En El Hospital Militar Central De Lima-Perú Evaluación Clínico – Patológica Entre Enero De 1988 Y Diciembre De 1997. Urdániga Loayza, Oscar Antonio; Simeón Velasco, María Del Rosario.

catalogados con el diagnóstico de tumor cerebral primario o metastásico corroborados anatomopatológicamente según la clasificación histogenética recomendada por la OMS del año 1979(40,44). Asumimos que las cifras del estudio que aquí presentamos, no son la expresión de la frecuencia de estos tumores, ya que entre otras razones los datos han sido obtenidos directamente de las historias clínicas que, como es natural, no importa cuán cuidadoso haya sido el clínico, sirvieron fundamentalmente a los intereses de un determinado paciente; así mismo tenemos una población limitada por las características propias de un Hospital Militar y también por el hecho de que no siempre los pacientes son referidos a un centro neuroquirúrgico, resultando por tanto una serie pequeña. Lo único que pretendemos aquí es presentar los resultados de nuestra serie y recurriremos a los datos bibliográficos para las referencias más relevantes que se encuentren en relación con nuestros hallazgos.