



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones para el tratamiento de la compresión medular extradural metastásica en adultos (Revisión)

George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Leng M, Tharyan P

George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Leng M, Tharyan P.
Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults
(Intervenciones para el tratamiento de la compresión medular extradural metastásica en adultos).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD006716.
DOI: [10.1002/14651858.CD006716.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006716.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervenciones para el tratamiento de la compresión medular extradural metastásica en adultos

Reena George¹, Jenifer Jeba¹, Govindaraj Ramkumar¹, Ari G Chacko², Mhoira Leng³, Prathap Tharyan⁴

¹Palliative Care Unit, Christian Medical College, Vellore, India. ²Neurosciences, Christian Medical College, Vellore, India. ³Cairdeas International Palliative Care Trust, Aberdeen, 5 High Street, Aberdeen, UK. ⁴South Asian Cochrane Network & Centre, Prof. BV Moses & ICMR Advanced Centre for Research & Training in Evidence Informed Health Care, Christian Medical College, Vellore, India

Dirección de contacto: Reena George, Palliative Care Unit, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, 632004, India.
reenamg@cmvellore.ac.in, reena.vellore@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Dolor, Apoyo y Curas Paliativas.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 1, 2010.

Referencia: George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Leng M, Tharyan P. Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults (Intervenciones para el tratamiento de la compresión medular extradural metastásica en adultos). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD006716. DOI: [10.1002/14651858.CD006716.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006716.pub2).

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La compresión medular extradural metastásica (CMEM) frecuentemente se trata con radioterapia y corticosteroides. Los informes recientes indican que la cirugía descompresiva es beneficiosa.

Objetivos

Determinar la efectividad y los efectos adversos de la radioterapia, la cirugía y los corticosteroides en la CMEM.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, LILACS y CANCELIT; la última búsqueda se realizó en julio de 2008

Criterios de selección

Se seleccionaron ensayos controlados aleatorios (ECA) de radioterapia, cirugía y corticosteroides en adultos con CMEM.

Obtención y análisis de los datos

Tres autores de la revisión evaluaron de forma independiente la calidad de los ensayos incluidos y extrajeron los datos. Se calcularon los cocientes de riesgos (CR) y el número necesario a tratar (NNT) para obtener un beneficio, con intervalos de confianza (IC) del 95% y se evaluó la heterogeneidad.

Resultados principales

Se identificaron seis ensayos (n=544). Un ensayo (n=276) comparó 30 Gray en ocho fracciones de radioterapia con 16 Gray en dos fracciones y mostró que no hubo diferencias. En total, las tasas de pacientes ambulatorios fueron de un 71% versus un 68%, (CR 1,02; IC: 0,90 a 1,15); un 91% versus un 89% de pacientes que caminaban mantuvieron la capacidad de caminar (CR 1,02; IC: 0,93 a 1,12); un 28% versus un 29% de los pacientes que no caminaban recuperaron la capacidad de caminar (CR 0,98; IC 0,51 a 1,88). En un ensayo (n=101) la cirugía descompresiva tuvo significativamente mejores resultados que la radioterapia en los pacientes seleccionados. La tasa general de pacientes ambulatorios fue de un 84% versus un 57% (CR 0,67; IC: 0,53 a 0,86; NNT 3,70; IC: 2,38 a 7,69); un 94% versus un 74% mantuvieron la capacidad de caminar (CR 0,79; IC: 0,64 a 0,98; NNT 5,00; IC: 2,78 a 33,33); un 63% versus un 19% recuperaron la capacidad de caminar (CR 0,30; IC: 0,10 a 0,89; NNT 2,27; IC: 1,35 a 7,69). La mediana de la supervivencia fue de 126 días versus 100 días. La laminectomía no ofreció ninguna ventaja (n=29, un ensayo). Tres ensayos no proporcionaron pruebas suficientes sobre la función de los corticosteroides (n=105;

CR de la capacidad para caminar general 0,91; IC: 0,68 a 1,23). Los efectos adversos graves fueron significativamente mayores en los brazos con altas dosis de corticosteroides (n = 77, dos ECA, CR 0,12; IC: 0,02 a 0,97).

Conclusiones de los autores

Los pacientes con espinas dorsales estables que mantienen la capacidad de caminar pueden ser tratados con radioterapia. Un ensayo indica que un ciclo corto de radioterapia es suficiente para los pacientes con histologías no favorables o supervivencia prevista menor de seis meses. Hay algunas pruebas del beneficio de la cirugía descompresiva en pacientes con factores de mal pronóstico para la radioterapia que caminan; y en pacientes que no caminan con una sola área de compresión, paraplejía < 48 horas, tumores no radiosensibles y una supervivencia prevista mayor de tres meses. Las dosis altas de corticosteroides conllevan un riesgo significativo de efectos adversos graves.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

El cáncer que se disemina a la columna vertebral puede comprimir la columna vertebral y a las estructuras vecinas. Si no es tratado puede producir dolor, discapacidad (incluida la paraplejía) e incontinencia. Se ha utilizado la radioterapia, los esteroides y diferentes técnicas quirúrgicas para reducir la presión sobre la médula espinal. Es importante seleccionar cuidadosamente a los pacientes para los diferentes tipos de tratamientos, porque el pronóstico y el resultado varían enormemente según el tipo del cáncer y el estadio de la enfermedad. Esta revisión incluyó ensayos de radioterapia, cirugía y esteroides para evaluar si estos tratamientos ayudaron a mejorar la capacidad para caminar. Un estudio mostró que en algunos cánceres frecuentes, o donde la expectativa de supervivencia era corta, dos tratamientos con radioterapia con una semana de diferencia fueron tan efectivos como los ciclos más largos de tratamiento con radiaciones. Otro ensayo indicó que con la cirugía descompresiva antes de la radioterapia más pacientes mantuvieron la capacidad para caminar y más pacientes recuperaron su capacidad para caminar en comparación con la radioterapia sola. La supervivencia en el grupo con radioterapia sola fue de 100 días versus 126 días en los que recibieron primero un tratamiento quirúrgico. Un ensayo anterior no informó ningún beneficio adicional con el procedimiento quirúrgico de laminectomía antes de la radioterapia. Es difícil proporcionar recomendaciones definitivas basadas en estos pocos ensayos que incluyeron un número relativamente pequeño de pacientes, y tuvieron diversos criterios de selección. En la mayoría de los pacientes se necesitará la radioterapia, con mejores resultados en los pacientes que no han perdido la capacidad para caminar. Pueden ser considerados para la cirugía descompresiva antes de la radioterapia los pacientes seleccionados cuidadosamente con un sitio único de compresión medular, que cumplen con los requisitos para la cirugía y no han estado parapléjicos por más de 48 horas. Las dosis altas de esteroides (96 a 100 mg de dexametasona) aumentaron significativamente el riesgo de efectos secundarios graves en comparación con las dosis moderadas de 10 a 16 mg de dexametasona o el placebo.