

## ABORDAJE DEL GLIOMA DE BAJO GRADO

### Epidemiología:

Los gliomas representan aproximadamente el **30% de todos los tumores cerebrales**<sup>20</sup>.

Entre el **70% y el 80% de los pacientes** con gliomas de bajo grado son portadores de la mutación IDH<sup>21</sup>.

La incidencia está en torno a **0,5 casos de glioma con mutación IDH y grado 2 por cada 100.000 habitantes**<sup>20,22-24</sup>.

Se estima que en España se diagnostican cada año **480 casos de glioma con mutación IDH**, de los cuales unos **230 son de bajo grado**<sup>20, 22-24</sup>.

### Referencias

- Ostrom QT, Price M, Neff C, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016–2020. *Neuro Oncol*. 2023;25(Supplement\_4):iv1-iv99. doi:10.1093/neuonc/noad149.
- Aprile M, Di Nunno V, Gatto L, et al. How to predict progression-free survival in patients with grade 2 IDH-mutated diffuse gliomas after surgery: a long-term follow-up analysis. *Front Oncol*. 2025;15. doi:10.3389/fonc.2025.1673285. Miller J, J., Gonzalez Castro, L, Ni, McBrayer, S., Weller, M., Cloughesy, T., et al. (2023). Isocitrate dehydrogenase (IDH) mutant gliomas: A Society for Neuro-Oncology (SNO) consensus review on diagnosis, management, and future directions. *Neuro Oncol* 25(11): 4-25. 4.Jiang, S., Zanotti, G. J. and Hassanpour, S. (2021). Predicting prognosis and IDH mutation status for patients with lower-grade gliomas using whole slide images. *Scientific Reports* 11(1): 16849. 5.Dong X, Noorbaksh A, Hirshman BR, et al. Survival trends of grade I, II, and III astrocytoma patients and associated clinical practice patterns between 1999 and 2010: A SEER-based analysis. *Neurooncol Pract*. 2016;3(1):29-38. doi:10.1093/nop/npx016.6. Claus EB, Walsh KM, Wiencke JK, et al. Survival and low-grade glioma: the emergence of genetic information. *Neurosurg Focus*. 2015;38(1):E6. doi:10.3171/2014.10.FOCUS12367.7.Gabel N, et al. Health Related Quality of Life in Adult Low and High-Grade Glioma Patients Using the National Institutes of Health Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) and Neuro-QOL Assessments. *Front Neuro*. 2019 Mar 15;10:212.8.Boele FW, et al. Health-related quality of life and cognitive functioning in survivors of oligodendroglioma: An international cross-sectional investigation. *Neuro Oncol*. 2025 Nov 1;27(11):2959-2974.9.Klein M. "Health-related quality of life aspects in patients with low-grade glioma." *Adv Tech Stand Neurosurg* 2010; 35: 213-35.10.Dietrich, J. and P. Y. Wen. "Clinical presentation, diagnosis, and initial surgical management of high-grade gliomas." UpToDate; Uptodate; Waltham, MA, USA 2022 11.Douw, L., M. Klein, S. S. Fagel, et al. "Cognitive and radiological effects of radiotherapy in patients with low-grade glioma: long-term follow-up." *Lancet Neurol* 2009; 8(9): 810-8.12.Okita, Y., Y. Narita, R. Miyahara, et al. "Health-related quality of life in long-term survivors with Grade II gliomas: the contribution of disease recurrence and Karnofsky Performance Status." *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45(10): 906-13.13.Gehring K, et al. Interventions for cognitive deficits in adults with brain tumors. *Lancet Neurol*. 2008 Jun 7;8(6):548-60.14.Meslin, F., Al-Dinani, MA. (2023). Updated 2023 May 20). "Gliomas." Retrieved 14/12/2023. from Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441874/> Último acceso: mayo 2026 15.Deacon M, et al. Prognostic Factors of Low-Grade Gliomas in Adults. *Curr Oncol*. 2022 Sep 30;29(10):7327-7342.16.Cancer Genome Atlas Research Network "Comprehensive, Integrative Genomic Analysis of Diffuse Lower-Grade Gliomas." *N Engl J Med* 2015; 372(26): 2481-98 [PE01 19525] 17.Dietrich, J. a. P. Y. W. (2024). "Clinical presentation, diagnosis, and initial surgical management of high-grade gliomas." Retrieved 03/2024, 2024, from <https://medlib.it/uptodate/show/5228>.18.Luzerman-Korevaar M, Snijders TJ, de Graaf A, Teunissen SCCM, de Vos FFF. Prevalence of symptoms in glioma patients throughout the disease trajectory: a systematic review. *J Neurooncol*. 2018 Dec;140(3):485-496.19.Boele FW, et al. Psychiatric symptoms in glioma patients: from diagnosis to management. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Jun 10;11:1413-20.AEMPS. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Dabrafenib (Finlee®) En Combinación Con Trametinib (Spxotras®) En El Tratamiento de Pacientes Pediátricos a Partir de 1 Año de Edad Con Glioma de Bajo Grado (GBG) Con Una Mutación BRAF V600E Que Requieren Terapia Sistémica y Con Glioma de Alto Grado (GAG) Con Una Mutación BRAF V600E Que Han Recibido al Menos Un Tratamiento Previo de Radiación y/o Quimioterapia. 2024 21.Schoff LR, et al. State of the Art in Low-Grade Glioma Management: Insights From Isocitrate Dehydrogenase and Beyond. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024 Jun;44(3):e431450.22.SEOM. Las Cifras Del Cáncer En España. 2025 23.Miller KD, et al. Brain and other central nervous system tumor statistics, 2021. *CA Cancer J Clin*. 2021 Sep;71(5):381-406.24.Mazariegos-Rubi M, et al. 456P Real-world data of IDH mutant gliomas in Spain, a RETSINE: GENO study. *Annals of Oncology*. 35S412.25.The socioeconomic burden of IDH-mutant grade 2 glioma: quantifying patient and caregiver productivity losses in Spain. 2026. Pendiente de publicación.

Con el apoyo de:

**SERVIER**  
moved by you

## Presentación del documento de consenso del glioma de bajo grado con mutación IDH y su estimación de costes sociales en España

Estación Fantasma de Chamberí

Acceso al Documento de Consenso:



## ABORDAJE DEL GLIOMA DE BAJO GRADO

El **glioma difuso de bajo grado con mutación IDH** es un cáncer raro y de gran complejidad que se sitúa en la intersección entre la **oncología** y las **enfermedades raras**.

Afecta principalmente a **adultos jóvenes en su pico de actividad laboral**, diagnosticándose la mayoría de los casos entre los **36 y 45 años**<sup>1</sup>.

El 90% de los pacientes progresan hacia **formas más agresivas** en el largo plazo<sup>2</sup>.

La **esperanza de vida** desde el diagnóstico está en torno a los **10 años**<sup>1,3-6</sup>.

La patología se asocia a **deterioro funcional** y cognitivo, que se traduce en una **disminución de la calidad de vida** del paciente<sup>7-8</sup>.

El tratamiento con radioterapia y quimioterapia contribuye al **deterioro físico** y, sobre todo, a un **deterioro cognitivo significativo**<sup>9-12</sup>.

Los **déficits cognitivos son en muchos casos irreversibles**, y dificultan la reintegración laboral y social del paciente<sup>13</sup>.

Los pacientes sufren **cefaleas, convulsiones** y síntomas neurológicos como **pérdida de memoria, trastornos del habla o cambios de personalidad**<sup>9-12, 14-19</sup>.

## ABORDAJE DEL GLIOMA DE BAJO GRADO

### Costes indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral<sup>25</sup>:

En el primer año tras la cirugía:

- Pacientes que pasan a vigilancia activa: hasta **10.395€**
- Pacientes que se someten a radioterapia y quimioterapia: hasta **31.724€**

La productividad de los **familiares a cargo del paciente** también se ve afectada, las pérdidas pueden ascender hasta los **8.624€** anuales en los casos de pacientes muy dependientes.

### Valor de los cuidados familiares:

- Para pacientes con afectación neurológica oscila entre los **5.269€** y los **6.743€** al mes.

## DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES

### 1 Detección temprana y diagnóstico de precisión

Información sobre la sintomatología para Atención Primaria. Reducción de tiempos entre sospecha, diagnóstico y tratamiento. Acreditación del IDH como biomarcador. Estaciones:

- Asintomático
- Crisis epilépticas
- Evolución silenciosa
- Inequidad en el diagnóstico

### 2 Atención multidisciplinar y coordinada

Figura de referencia para el paciente. Catálogo mínimo de recursos. Estaciones:

- Implicación de varias especialidades
- Coordinación asistencial
- Acceso al circuito asistencial

### 3 Red colaborativa nacional

Coordinación de equipos asistenciales. Establecer espacios de cooperación. Estaciones:

- Diferencias tecnológicas
- Diferencias en especialización profesional
- Diferencia en capacidad asistencial
- Dificultad de acceso a ensayos clínicos

### 4 Más inversión en investigación

Información sobre la sintomatología para Atención Primaria. Reducción de tiempos entre sospecha, diagnóstico y tratamiento. Acreditación del IDH como biomarcador. Estaciones:

- Asintomático
- Crisis epilépticas
- Evolución silenciosa
- Inequidad en el diagnóstico

### 10 Reconocimiento del impacto laboral

Desarrollo de programas de acompañamiento y medidas de apoyo. Anticipación de las secuelas de la enfermedad y el tratamiento. Programas de reinserción laboral. Estaciones:

- Bajas laborales
- Inestabilidad económica
- Deterioro cognitivo grave
- Autonomía limitada

### 9 Terapias de soporte y atención psicosocial

Empoderar al paciente y su entorno. Garantizar la participación de las asociaciones de pacientes en la toma de decisiones en materia regulatoria. Estaciones:

- Atención humanizada
- Fomento de la comunicación
- Mejora en la relación médico-paciente

### 8 Terapias de soporte y atención psicosocial

Protocolizar la rehabilitación física, neurocognitiva y funcional. Incluir al neuropsicólogo y psicooncólogo en el recorrido asistencial. Fomentar el contacto con asociaciones de pacientes. Estaciones:

- Impacto emocional
- Impacto psicológico
- Salud mental
- Humanización sanitaria

### 7 Formación específica

Formación de residentes en neurooncología. Formación continuada a los profesionales en herramientas innovadoras y nuevas tecnologías. Colaboración entre universidades y centros de investigación. Estaciones:

- Capacitación de profesionales
- Desarrollo de terapias innovadoras
- Especialización profesional

### 6 Refuerzo del registro nacional de tumores cerebrales

Lograrlo con un impulso coordinado desde el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III. Ampliar datos a aspectos sociales y de calidad de vida. Estaciones:

- Enfermedad poco frecuente
- Dificultad de identificación
- Mayor esfuerzo científico

### 5 Acceso acelerado a la innovación

Acelerar la evaluación, autorización y procesos de precio y financiación de nuevos fármacos. Fomentar un acceso más ágil a la medicina de precisión. Procedimientos sistemáticos de reevaluación continua de las terapias disponibles. Estaciones:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Retaso de innovaciones terapéutica
- Información sobre la sintomatología

### 1 Detección temprana y diagnóstico de precisión

### 2 Atención multidisciplinar y coordinada

### 3 Red colaborativa nacional

### 4 Más inversión en investigación

### 5 Acceso acelerado a la innovación

### 6 Refuerzo del registro nacional de tumores cerebrales

### 7 Formación específica

### 8 Terapias de soporte y atención psicosocial

### 9 Participación de pacientes y asociaciones

### 10 Reconocimiento del impacto laboral

## ABORDAJE DEL GLIOMA DE BAJO GRADO

### Impacto social y aspectos intangibles<sup>25</sup>:

Los pacientes identifican el deterioro cognitivo como el síntoma más disruptivo e incapacitante de la enfermedad.

El 50% de los pacientes no regresan al mercado laboral y pasan a incapacidad permanente.

Deterioro de la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

Impacto sobre el entorno familiar: mayores tasas de divorcio y alteración del rendimiento académico de los hijos.

Pérdida de autonomía: los pacientes no pueden conducir, lo que implica una mayor dependencia del núcleo familiar.

### Requieren cuidados no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud:

- Psicoterapia y sesiones de logopedia
- Fisioterapia
- Sesiones de neurorehabilitación
- Terapia ocupacional
- Adaptación del hogar y dispositivos para la movilidad