

Comunicaciones Orales



Autores: Rafael Trujillo 1, Elena Gallego 2, A Márquez 3, Luis Vicioso 2, N. Ribelles 3, Elisabeth Pérez 3 y Emilio Alba 4.

Centro: 1 Área de Oncología. Hospital Costa del Sol de Marbella.
2 Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Málaga.
3 Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Málaga.
4 Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Málaga.

Resumen: Introducción:

Los estudios de microarrays e IP clasifican el cáncer de mama en tres subtipos: basal, HER2/neu y el luminal, que están asociados a diferentes pronósticos.

Método:

En 141 pts de cáncer de mama operadas incluidas en ensayos randomizados de tratamiento adyuvante en nuestro centro, se realizó inmunohistoquímica en los bloques de parafina. Un fenotipo basal (FB) se definió como receptores de estrógeno (ER) y progesterona (PR) negativos y citoqueratinas (CK) 5/6 y EGFR positivas. El fenotipo HER2/neu, se definió como el c-erb B2 positivo por Herceptest™ y el fenotipo luminal (FL) por ER, PR y CK 7/8 positivas y c-erb B2 negativo. Las curvas de supervivencia se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier. Las diferencias entre las curvas se calcularon mediante el test de log rank. Se realizó un análisis multivariado de Cox con los diferentes factores pronósticos en relación a la supervivencia libre de enfermedad (SLE).

Resultados:

La mediana del tiempo de seguimiento fue de 52 meses (1-103). Durante este periodo 13.8% pts fallecieron de cáncer de mama y 27.7% pts recayeron. En el momento del diagnóstico 10.4% de los pts tenían ganglios negativos, 89.6% tenían ganglios positivos, 50.8% pts recibieron taxanos, 7.7% trastuzumab, 62.3% radioterapia y 61% pts recibieron hormonoterapia. Fueron positivos para FL: 65.2%, FB: 9.9% y Her-2 : 8.5%. 16.3% no se encuadraron en ninguno de los tres subtipos. Mediana SLE para FB: 24 meses, para FL y Her-2 fenotipos no se alcanzó la mediana de SLE. A 5 años la SLE fue; FB: 19%, FL: 63% y Her-2: 56%. El análisis de Kaplan-Meier demostró que la presencia de un fenotipo basal se asoció a una peor SLE comparado con el fenotipo luminal de manera altamente significativa log rank test ($p=0.0001$). El análisis multivariado de Cox demostró que el efecto pronóstico del FB en relación a la SLE era independiente del número de ganglios, estadio y tamaño del tumor HR: 0.12 95% CI (0.05-0.2).

Conclusión:

Hemos encontrado que la expresión del FB se asocia con peor pronóstico en el contexto de ensayos randomizados fase III.

Autores: R. Alonso, R. Collado, A.L. Ortega, I.M. González, Y. Plata, A. Jaén, R. Dueñas y P. Sánchez.

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén (Servicio de Oncología Médica).

Resumen: Introducción:

El cáncer de mama triple negativo se caracteriza por la ausencia de tres receptores específicos. La no expresión de receptores de estrógenos (RE) y de progesterona (RPg) así como del receptor HER2/neu (HER2) conlleva implicaciones pronósticas y terapéuticas que diferencian claramente este subgrupo del resto de pacientes con cáncer de mama.

Objetivos:

Evaluar las tasas de respuestas patológicas tras tratamiento neoadyuvante en mujeres con cáncer de mama triple negativo e intentar identificar factores pronósticos relacionados con este grupo de pacientes.

Materiales y Métodos:

Entre el año 2002 y 2007 se diagnosticaron en nuestro centro 121 nuevos casos de cáncer de mama localmente avanzado (estados IIA-IIIB). De ellos, 20 (16.5%) presentaban fenotipo triple negativo y fueron los que se incluyeron en nuestro estudio. De cada paciente se determinaron las siguientes variables: edad al diagnóstico, subtipo histológico, grado, estadiaje inicial y los marcadores K67 y p53. Las 20 pacientes recibieron un esquema de quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos. Para valorar las tasas de respuestas patológicas se utilizó el sistema de Miller y Payne, tanto a nivel tumoral, como axilar.

Resultados:

En un 80% de las pacientes (16p) fue posible realizar una cirugía conservadora. La tasa de respuestas completas patológicas fue del 65% (13p) y de éstas, el 84.6% también presentaron respuesta patológica completa a nivel axilar (Grado 5 y D de Miller Payne). Tras una mediana de seguimiento de 28.5 meses se objetivaron un 25% (5p) de recaídas durante el primer año tras la finalización de los tratamientos. De esas 5 pacientes, dos habían tenido una respuesta patológica completa (ambas presentaron histología de carcinoma inflamatorio); las otras tres pacientes presentaron respuesta parcial patológica tras el tratamiento quimioterápico.

Conclusión:

En nuestra serie observamos que las pacientes con cáncer de mama y fenotipo triple negativo presentan una alta tasa de respuestas patológicas completas (65%), identificando a un subgrupo de pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento neoadyuvante. La no obtención de una respuesta patológica completa podría constituir un factor pronóstico a tener en cuenta en la actitud terapéutica de estas pacientes.

Autores: M. Pérez ¹, C. Villar ², A. Palacios¹, A. Otero ¹, M. Rodríguez ¹.

Centro: Hospital Universitario Reina Sofía.

Resumen: Introducción:

En el Adenocarcinoma rectal localmente avanzado el tratamiento preoperatorio con radioterapia/quimioterapia concomitante y las mejoras en las técnicas quirúrgicas, han permitido obtener hasta casi un 30 % de respuestas patológicas completas.

Un mayor conocimiento del comportamiento molecular del adenocarcinoma rectal, identificando marcadores biomoleculares que podrían estar relacionados con la respuesta al tratamiento, nos serviría de ayuda para identificar qué pacientes se podrían beneficiar de terapias dianas específicas.

Objetivos:

El objetivo principal fue cuantificar la expresión de EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) antes del tratamiento neoadyuvante de una cohorte de pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma rectal y posteriormente correlacionar la expresión de éste con el grado de regresión tumoral (GRT) conseguido con la terapia preoperatoria .

Materiales y Métodos:

Entre Marzo de 2005 hasta Octubre de 2007, se seleccionaron retrospectivamente 50 pacientes diagnosticados en nuestro Hospital de Adenocarcinoma rectal estadio II-III (T3-T4 o N+). Los pacientes recibieron en su totalidad tratamiento preoperatorio consistente en radioterapia (45 Gy) junto con capecitabina oral de forma concomitante.

La expresión de EGFR fue determinada por inmunohistoquímica en la biopsia obtenida por endoscopia y la respuesta al tratamiento fue evaluado según los grados de regresión de Mandard por un anatomopatólogo experto de nuestro hospital.

Resultados:

Se trataron 38 hombres y 12 mujeres con una edad media de 63 años (40-79). El 66% de los pacientes correspondían al estadio II y un 17% al estadio III. El 51% recibieron tratamiento quirúrgico mediante resección anterior y al 49% se le practicó amputación abdominoperineal. El tiempo transcurrido entre el tratamiento y la intervención fue de una media de 6.25 semanas. Se obtuvieron un total de 26% de respuestas completas o casi completas.

El análisis estadístico que se utilizó fue el de correlación de medias y se observó con una $p=0,012$ que aquellos tumores que presentaban una expresión alta de EGFR antes del tratamiento obtenían un grado de regresión tumoral menor comparado con los que presentaban baja expresión. (ver gráfica).

Conclusión:

1. Es posible predecir el grado de respuesta que se va a obtener con el tratamiento estándar preoperatorio conociendo la expresión de EGFR inicial del tumor.
2. Es factible identificar aquellos pacientes que no obtendrían a priori una respuesta adecuada por lo que se podría plantear tratamientos de mayor agresividad y /o añadir al tratamiento terapias diana específicas para el EGFR
3. La inmunohistoquímica puede considerarse una técnica sencilla, barata y accesible a todos los niveles.

Autores: MT. Cano, JR. De la Haba, JC Villa, I. Porras, MA. Berciano, J. Jiménez, MA. Gómez, E. Aranda.

Centro: Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen: Introducción:

En la última década se ha consolidado el tratamiento neoadyuvante de cáncer de mama como opción terapéutica útil. Al mismo tiempo se han producido cambios importantes en la selección de las pacientes y en el esquema de tratamiento empleado, habiendo pasado de las antraciclinas a la combinación de taxanos y antraciclinas, y más recientemente, a la incorporación del herceptín.

Materiales y Métodos:

Procedente de registro del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía se han identificado 102 pacientes que han recibido tratamiento neoadyuvante entre 1997 y 2007. En el momento de la elaboración del abstract se disponen de los datos de 75 pacientes.

Se han agrupado según la "época terapéutica" en: (A) Antraciclinas (1997-2000) N:23; (A+T) Antraciclinas y Taxanos (2001-2005) N:27; y (A+T+H) Antraciclinas, Taxanos y Herceptín (2005-2007), N:25. Se ha analizado las características de las pacientes, así como factores pronósticos y predictivos de respuesta.

La respuesta patológica se ha agrupado según las clasificaciones de Chevalier y Salatoff.

Resultados:

Con respecto a las características de las pacientes incluídas ha ido disminuyendo la edad (A: 59, A+T: 53 A+T+H: 51 años) así como el estadio III frente al II (A: 82%, A+T: 30% A+T+H: 50%).

La tasa de respuesta completa patológica se ha incrementado (A: 4.3%, A+T: 18.5% A+T+H: 28%). Permanece constante en las tres épocas el porcentaje de pacientes que no responden a tratamiento neoadyuvante (Clase D: A: 35% A+T: 30% A+T+H: 35%).

Conclusión:

El porcentaje de respuestas patológicas aumenta con la triple terapia.

Se podrían seleccionar qué pacientes serían candidatas a recibir tratamiento neoadyuvante.

Autores: Herruzo I1., Fernández-Fierro C1., Marquez B2., Azcoaga J1, Villanueva A1, Perez R1., Lazo A1, Conteras J1.

Centro: 1 Servicio Onc Radioterapica H R U C Haya.
2 Servicio Neurocirugía H R U C Haya.

Resumen: Introducción:

El tratamiento con carmustina biodegradable (Wafer), aporta un beneficio en la supervivencia de 2 meses (13,9 m. vs 11,6m).

Pacientes y Métodos:

41 pacientes tratados entre Nov 2003 a Mayo 2007. Edad media 53,5 años, 25 hombres, 16 mujeres. PS =0 53,7%, PS=1 31,7% y PS=2 12,2% y PS=3 2,4%. Cirugía: exéresis completa 80,5%, parcial 19,5%. Anatomía Patológica: 77,52 glioblastoma multifomorme, 12,8% astrocitoma anaplásico, oligodendroglioma 2,4%, linfoma 2,4%, metástasis 5%. Era un tumor primario del SNC en el 68,3% y recidiva en 31,7%.

Localización tumoral a nivel parietal, parieto-occipital y frontal principalmente.

Tratamiento realizado: gliadel solo 59%, gliadel + temodal concomitante y adyuvante 10,3%, gliadel + temodal adyuvante 28,2%, gliadel y otro tratamiento 2,6%. Recibieron RT con técnica de RT 3D el 80% de los pacientes, y RT 2D o no RT el 20%. Se aplicó radiocirugía el 8%.

Resultados:

No presentaron toxicidad por el gliadel en 46,3%, presentaron toxicidad secundaria al implante con edema tratado con corticoides 17,1%, edema con tratamiento corticoideo a dosis altas 9,8%, edema en tratamiento con manitol 9,8%, absceso 4,9%, edema + hematoma 4,9%, otra 2,4%.

Al finalizar el tratamiento (cirugía + QT neoadyuvante +/- RT +/- temodal concomitante a RT y adyuvante, no se reirradió ningún paciente con RT externa) presentó respuesta completa el 79,5%, respuesta parcial 5,1 %, enfermedad estable 2,6% y progresión 12,8% (80,5 % de eficacia clínica y 19,5% progresión).

Análisis de Kaplan-Meier: Media de seguimiento de 55 semanas; mediana de seguimiento 28 semanas. La supervivencia global ha sido del 49%, 22,2%, y 13,8% a 1, 2 y 3 años respectivamente, con una mediana de supervivencia de 52 semanas.

En el análisis por factores pronosticos, resulta significativo solo la edad (edad <50 27,6% vs 4% en >50 años), $p < 0,01$; el sexo, perfomans estatus, o tipo histologico no han resultado significativos; tampoco el grado de resección quirúrgico (completa 18,87% vs resección parcial 0%, $p < 0,2$) o la respuesta al tratamiento, $p > 0,17$, probablemente debido al número pequeño de pacientes.

Actualmente, 5 pacientes (12,2%) están vivos sin enfermedad, 2 (4,9 %) vivos con enfermedad y 29 (70,7%) murieron por la enfermedad, perdidos 5 pacientes (12,2%).

Conclusión:

El régimen de QT con gliadel sólo o asociado a temozolamida concomitante/ adyuvante es un régimen tóxico, pero manejable con una supervivencia a 1,2 y 3 años del 49, 22 y 13 %.

Autores: *Víctor Baena González 1, Ismael Herruzo Cabrera 1, Carmen Pérez Romero 2, Ramón Linares Armada 3, Araceli Caro Martínez 2, M^a Josefa Requena Tapia 4, Reyes Sanz Amores 5, Francisco J. Torrubia Moreno 6, Guadalupe Carmona López 2, José Luís Soler Soler 7, Juan Carlos Villalobos Martín 8, Pedro Pablo Pérez Álvarez 9, José Luís Padilla García 2.*

Centro: 1H. Carlos Haya, 2 Escuela Andaluza de Salud Pública, 3 H. Infanta Elena, 4 H. Reina Sofía, 5 D.G. Calidad. Consejería de Salud, 6 H. Virgen del Rocío, 7 H. de Torrecárdenas, 8 C.S. Puerta Blanca. D.S. Málaga, 9 C.S. Mallén. D.S. Sevilla.

Resumen: Introducción y Objetivos:

Potenciar el desarrollo de la autonomía del paciente, facilitando el dialogo y la toma de decisión, con la certeza de que la información al paciente ha sido además adecuada.

Para ello, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está impulsando el desarrollo de Instrumentos de Ayuda para la toma de Decisiones (IATD), que podemos definir como:

“Aquella intervención que facilita al usuario del sistema sanitario la elección entre dos o más opciones sobre un problema de salud, ayudándole comprender los resultados, tener en cuenta los valores personales que atribuye a los posibles riesgos y beneficios y participar con los profesionales de la salud en las decisiones”.

Se presenta el diseño y validación de un IATD dirigido a hombres diagnosticados de cáncer de próstata en estadio inicial: “Alternativas de tratamiento para el cáncer de próstata. ¿Qué opción prefiero?”.

Material y Métodos:

El desarrollo del IATD se ha realizado en cinco fases:

1. Análisis de la receptividad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) sobre la incorporación de IATD en el Proceso ‘Cáncer de próstata’.
2. Revisión de IATD desarrollados en otros países y selección de uno de ellos.
3. Adaptación transcultural del IATD seleccionado al entorno del SSPA.
4. Validación del IATD en el SSPA: pilotaje y evaluación de la idoneidad de su diseño y contenidos y del efecto de su uso en el proceso de toma de decisiones.

Resultados:

Evaluación del diseño y contenidos:

- Atractivo diseño del IATD.
- La calidad en la información clínica que contiene es elevada.
- Para los pacientes el instrumento resuelve sus dudas (95%), el lenguaje es sencillo y asequible (92%) y resume la información esencial para tomar la decisión (92%).

Efecto sobre el proceso de toma de decisiones:

- Buena acogida del IATD por los pacientes.
- Ofrece información relevante que prepara al paciente para la toma de decisiones.
- Facilita la labor en consulta y la comunicación con el personal facultativo.
- Cambios destacables de actitud en los pacientes: mayor información, tranquilidad y manifestación de preferencias.
- La ausencia de conflicto decisional en los pacientes es elevada (88,93): sentimiento de apoyo (92,82), seguridad en la decisión (86,88), disponibilidad de información (90,51).

Conclusión:

Al mejorar la información y aumentar la tranquilidad del paciente, el IATD facilita la comunicación en la consulta y la toma de decisiones, ayudando a que el consentimiento informado adquiera así su máxima fiabilidad y coherencia con la decisión adoptada. Pacientes y profesionales coinciden en recomendar la utilización del IATD para fomentar la participación en la toma de decisiones.

Autores: A. Illescas, C. Mesa, R. del Castillo, M Lorente, C. Míguez, J.A. Sánchez-Calzado, A. Wals M.C. Laviana, M.R. Aresté y L. Errazquin.

Centro: Hospital Universitario Virgen Macarena.

Resumen:

Toxicidad radioinducida en cáncer de próstata.

Resumen:

Análisis retrospectivo de la toxicidad radioinducida genitourinaria (GU) y gastrointestinal (GI) aguda y crónica, en pacientes con cáncer de próstata no operado, tratados con radioterapia de intensidad modulada (IMRT) o tridimensional conformada (RT3DC) a dosis radicales.

Pacientes y Metodología:

Estudiamos un total de 175 pacientes tratados entre junio de 2001 y junio de 2008. El seguimiento mínimo es de 3 meses y el máximo de 84, con una media de 27,71 y una mediana de 25. De ellos, 115 fueron tratados con IMRT hasta una dosis máxima de 81 Gy (media 79,37 y mediana 81 Gy); 40 pacientes fueron tratados con RT3DC hasta una dosis máxima de 78 Gy (media 73,12 y mediana 74 Gy); y 20 pacientes fueron tratados con RT3DC hasta 45 Gy sobre cadenas, con escalada de dosis sobre próstata con IMRT hasta una dosis máxima de 81 Gy (media 79,42 y mediana 79,60 Gy). El fraccionamiento fue de 1,8 Gy/día, 5 días por semana, con normalización a la isodosis de cobertura del 95% de la próstata. Las restricciones en los órganos críticos siguieron las indicaciones del Proceso Asistencial Cáncer de Próstata de la Consejería de Salud. Las toxicidades se registraron según la escala del Radiation Therapy Oncology Group (RTOG). Para el análisis estadístico utilizamos el paquete SPSS v.15.

Resultados:

En las Tablas I y II resumimos las toxicidades agudas.

Tabla I : Toxicidad GU aguda:

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3
IMRT	43 (37,4%)	55 (47,8%)	15 (13%)	2 (1,7%)
RT3DC	17 (42,5%)	20 (50%)	3 (7,5%)	0
RT3DC+IMRT	7 (35%)	8 (40%)	5 (25%)	0

Grado 3, p=NS entre grupos

Grado 1+2+3, p=NS

Tabla II: Toxicidad GI (rectal) aguda

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3
IMRT	88 (76,5%)	19 (16,5%)	7 (6,1%)	1 (0,9%)
RT3DC	23 (57,5%)	6 (15%)	11 (27%)	0
RT3DC+IMRT	13 (65%)	2 (10%)	5 (25%)	0

Grado 3, p=NS entre grupos

Grado 1+2+3, p=0,06

Grado 2: IMRT vs otras, p<0,05

Las diarreas agudas grado 1-2, aparecieron en el 0,9% del grupo IMRT, 2,5% en RT3DC y 5% en RT3DC+IMRT ($p=NS$). No se detectaron diarreas grado 3.

En cuanto a la toxicidad crónica urinaria, no se detectó hematuria persistente grado 3 en ningún grupo. Existió toxicidad rectal tardía grado 3 en 1 paciente de IMRT y en otro de RT3DC+IMRT ($p=NS$); en ambos casos se produjo rectorragia persistente, requiriendo tratamiento con láser-argón.

Conclusión:

1. No hemos encontrado diferencias significativas en las tasas globales de toxicidad radioinducida entre los tres grupos de tratamiento.
2. La toxicidad de la IMRT es similar a la de la RT3DC, a pesar de la diferencia de dosis (7 Gy).
3. La toxicidad GI aguda grado 2 es significativamente menor en el grupo de IMRT.
4. La IMRT se confirma en nuestra serie como la técnica idónea para escalar dosis próximas a 80 Gy.

Autores: *Hens-Aumente E, López-Vaquero D, Infante-Cossío P, Manso-García F, Pastor-Gaitán P, González-Padilla D, Gutiérrez-Pérez JL.*

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Resumen: Introducción:

El cáncer de cavidad oral constituye una de las neoplasias más frecuentes de cabeza y cuello, siendo una importante causa de mortalidad en nuestro medio. Los estudios de calidad de vida en cáncer oral están tomando un interés creciente, y su relevancia aumenta con la incidencia creciente de estos tumores, y con ello su demanda asistencial.

Objetivo:

Medir la calidad de vida de los pacientes con cáncer oral sometidos a tratamiento quirúrgico con o sin radioquimioterapia adyuvante en diferentes momentos evolutivos de la enfermedad, con la finalidad de perfeccionar las opciones terapéuticas que se ofrecen y analizar los factores que influyen en el concepto de calidad de vida, tanto de forma global como en los diferentes dominios.

Método:

Tras la implantación de una guía de actuación clínica se realiza un estudio prospectivo en el que se recogen casos incidentes de carcinoma epidermoide de cavidad oral en un año en nuestro Servicio. Se realiza entrevista personalmente prequirúrgica, a los seis meses y al año de la intervención mediante el cuestionario específico de oncología EORTC QLQ C30 junto con su anexo de cabeza y cuello H&N35, autocumplimentables, multidimensionales, validados y adaptados transculturalmente al español.

Resultados:

Se analizan los resultados preliminares obtenidos hasta el 1 septiembre de 2008 globalmente y por los diferentes dominios, según instrucciones de los propios cuestionarios. En las subescalas funcionales el funcionamiento físico y el emocional se vieron afectados en mayor medida que el cognitivo o social. Estos resultados se interrelacionan con los factores de riesgo y pronósticos que presenta el paciente.

Conclusión:

La medición de la calidad de vida del paciente afecto de cáncer oral permite tratar al paciente de forma global, conocer la valoración que éste hace de su enfermedad y la repercusión de la misma en los diferentes aspectos de su vida. Este nuevo enfoque de la enfermedad nos ayuda en la toma de decisiones terapéuticas y a valorar las consecuencias de las mismas para cada enfermo en particular.

Autores: A.L. Ortega, N. Cárdenas, E. Martínez, R. Alonso, R. Collado, I.M. González, B. Medina, P. Sánchez.

Centro: Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Resumen: Introducción:

Analizar los datos disponibles de supervivencia a los 8 años en una serie de pacientes con CPNM estadio III irresecable tratados con el esquema GIP.

Objetivo:

Entre 1999 y 2000 se realizó un ensayo fase II en nuestro centro consistente en tratar a pacientes con CPNM estadio III irresecable con el esquema GIP, randomizando después a tratamiento secuencial con radioterapia (RT) o RT concurrente con gemcitabina. Analizamos los datos disponibles a los 8 años del estudio.

Métodos:

La gemcitabina se administró el día 1 y 8 a dosis de 1000 mg/m², el cisplatino a 80 mg/m² el día 2 y la ifosfamida a 3500 mg/m² el día 2, en ciclos de 21 días. Durante la RT, la gemcitabina era semanal a 750 mg/m².

De los 25 pacientes incluidos en principio, tenemos disponibles los datos de 13. La edad media era de 63 años (47-70). Se incluyeron 3 pacientes con estadio IIIA (23%) y a 10 con estadio IIIB (77%).

Se administró una media de 3.07 ciclos de tratamiento por paciente. 12 recibieron RT locorregional secuencial; 3 con gemcitabina concurrente.

Resultados:

Se incluyeron 13 pacientes entre noviembre de 1999 y agosto de 2000, con ECOG 0-2. La histología más frecuente fue la de carcinoma epidermoide (77%), seguida de células grandes (15%) y adenocarcinoma (8%). La toxicidad grado 3-4 durante el tratamiento con GIP fue: neutropenia (23%), anemia (23%), trombopenia (38%) y náuseas (8%); durante la quimiorradioterapia: trombopenia (33%). El uso de G-CSF fue necesario en el 15% de los casos, y se redujo dosis en un 23%.

Tabla con respuestas:

	Respuestas					Supervivencia	
	RC	RP>50%	RP<50%	EE	PE	SLP	SG
Estadio IIIA	0 (0%)	1 (8%)	2 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	17 m (9-31)	17 m (9-31)
Estadio IIIB	1 (8%)	4 (32%)	1 (8%)	2 (15%)	2 (15%)	31 m (3-107)	40 m (3-107)
Total	1 (8%)	5 (40%)	3 (23%)	2 (15%)	2 (15%)	28 m (3-107)	34.5 m (3-107)

Conclusión:

Hace varios años que está en desuso de los tripletes en CPNM, en favor de los dobletes, debido a su tasa de respuestas similar (aunque algo superior a los dobletes) y a su mayor toxicidad. Sin embargo, en nuestro pequeño grupo de pacientes, la tasa de respuestas y la supervivencia a largo plazo son llamativas, con una toxicidad aceptable.

Autores: A. Sánchez-Muñoz, E. Pérez-Ruiz, JM Jurado, R Trujillo, J Miramón, J Lozano, N Ribelles, A Márquez, M Maíz, E Alba.

Centro: Servicio de Oncología Médica Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, Hospital Costa del Sol de Marbella y Hospital de la Serranía de Ronda.

Introducción:

El tratamiento adyuvante de los tumores de mama \leq 1cm es un tema controvertido a partir de los beneficios que se obtienen, y de los costes económicos y de toxicidad producidos.

Objetivo:

Determinar la supervivencia y los factores pronósticos relacionados con la recurrencia en mujeres con cáncer de mama inicial \leq 1 cm y axila negativa.

Método:

Análisis retrospectivo de 220 pacientes con cáncer de mama inicial T1 \leq 1cm N0 entre enero 1993 a mayo 2008. T: 21% microinvasivo; 16% T1a; 63% T1b. Tratamientos recibidos: cirugía conservadora 82%; RT local 76%; tratamiento adyuvante sistémico: hormonoterapia 43%, quimioterapia 3.2%, ambos 2.3%, sin tratamiento 51.5%. Se realizó un análisis estadístico uni y multivariante para ver el impacto pronóstico de determinadas variables clínico-patológicas (edad, tamaño tumor, grado, expresión receptores hormonal y Her2, e invasión vascular) sobre la supervivencia libre de recurrencia y supervivencia global.

Resultados:

Con una mediana de seguimiento de 53 meses, la supervivencia libre recurrencia fue del 96%. El 4% tuvieron algún fracaso terapéutico (7 recaídas locales y 2 metástasis a distancia). Hubo 4 tumores de mama contralaterales. Debido al bajo número de eventos ninguna de las variables clínico-patológicas se asoció con recurrencia tumoral.

Conclusión:

El pronóstico de nuestras pacientes fue excelente a pesar de la ausencia de tratamiento adyuvante sistémico en la mayoría de los casos. La mayor parte de las recurrencias fueron locales y rescatadas con cirugía o radioterapia.

Autores: *Contreras Martínez J, Pérez Gómez R, Fernández Díaz-Fierros C, Lainez López M*, Gonzalo Marín M*, Olveira Fuster G*.*

Centro: Servicio de Oncología Radioterápica. Servicio de Endocrinología y Nutrición*. H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

Introducción:

En pacientes con cáncer de cabeza y cuello estadios avanzados (III o IV) que van a recibir tratamiento radioterápico (RT) radical o postoperatorio, con fraccionamiento normal o alterado o tratamiento radioquimioterápico (RT-QT) existe alto riesgo de desnutrición severa. La gastrostomía profiláctica (radiológica, endoscópica o quirúrgica) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado ha demostrado en estudios retrospectivos respecto a la terapia convencional:

- Menor pérdida de peso.
- Mejores parámetros nutricionales.
- Menores tasas de hospitalizaciones por desnutrición o deshidratación.
- Menores interrupciones del tratamiento.
- Mejor calidad de vida.

Objetivo:

Valorar la respuesta clínica y biológica de la intervención nutricional mediante gastrostomía profiláctica en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben tratamiento RT o RT-QT.

Material y Métodos:

Estudio prospectivo de intervención nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello estadios avanzados. Se compara el uso de gastrostomía profiláctica radiológica (GPR) frente a tratamiento nutricional convencional (TNC). Se evalúan parámetros bioquímicos, antropométricos y de calidad de vida antes, durante y después del tratamiento. Se presentan datos preliminares.

Resultados:

Se han analizado 34 pacientes. A 15 de ellos se les realizó GPR y el resto recibieron TNC. La mediana de edad es de 57 años (rango 23-74 años). Sexo: 9 mujeres y 25 varones. La distribución por tipo de tumor: 20 cavidad oral, 4 laringe, 7 orofaringe y 3 nasofaringe. Distribución por estadios: 6 estadio III y 28 estadio IV. En relación al tratamiento: 23 pacientes recibieron RT radical y 11, RT postoperatoria (29 con fraccionamiento normal y 5 con fraccionamiento alterado). 27 pacientes con tratamiento RT-QT y 7, sin QT.

La mediana de pérdida de peso en el grupo TNC fue de 3.3 kg y en el grupo GPR, de 2 kg.

La albúmina en el grupo TCN disminuyó una mediana de 0,3 g/dl y en el grupo GRP aumentó una mediana de 0,2 g/dl. La prealbúmina en el grupo TNC disminuyó una mediana de 5 mg/dl y en el grupo GPR aumentó una mediana de 1 mg/dl. La calidad de vida disminuye en los dos grupos.

Discusión:

Se observa una tendencia a menor pérdida de peso y menor disminución de calidad de vida en el grupo GRP, sin llegar a ser significativo. La albúmina y prealbúmina aumentan en grupo GPR mientras que disminuye en TCN.

Conclusión:

Se observa una tendencia a mejoría de los parámetros antropométricos, bioquímicos y de la calidad de vida en el grupo GRP, aunque aún sin significación, probablemente por el tamaño muestral reducido.

Autores: J.A. Virizuela^{***}, J.A. Sánchez-Calzado^{**} y M.M. Aires^{*}.

Centro: ^{*}Profesora Colaboradora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla. Investigadora del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
^{**} Jefe de Sección. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
^{***} FEA. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción:

El cáncer se ha convertido en una de las tres enfermedades con más tasa de búsqueda de información en la Web entre los pacientes. Diversas investigaciones señalan Internet como el segundo medio más importante para obtener información sobre el cáncer después del profesional médico, igualmente refieren que las necesidades de información están íntimamente ligadas al estado de ánimo y a la capacidad de adaptación del enfermo.

Objetivo:

El presente estudio intenta identificar las necesidades de información que presenta el enfermo oncológico, así como conocer la relación que se establece entre estado de ánimo, capacidad de adaptación y sentimientos de soledad de pacientes buscadores de información médica por Internet respecto a pacientes no buscadores.

Material y Métodos:

Se han evaluado 150 pacientes diagnosticados y tratados por padecer algún proceso oncológico durante los últimos cinco años. Para su evaluación se ha empleado entrevista semi-estructurada para variables sociodemográficas, médicas y relacionadas con información de Internet. También se midieron diversas variables psicológicas mediante una batería de pruebas. Se presentan datos descriptivos y de varianza.

Resultados:

El 50% de los pacientes oncológicos de nuestro entorno que buscan información adicional a la que le proporciona su oncólogo la buscan en Internet, calificándola el 58,3% como una información "seria". Éstos presentan de forma estadísticamente significativa menores síntomas de ansiedad y depresión, mayor capacidad de adaptación a los problemas diarios y menor sentimiento de soledad que aquellos que no consultan la Web. También destacan por presentar mayor tolerancia al estrés y estrategias de afrontamiento no centradas en la evitación de problemas.

Conclusión:

Internet es un medio claramente utilizado para obtener información sobre diversos aspectos del cáncer. De hecho, la gran mayoría de los pacientes afirman que accederían a una página de Internet para ampliar los conocimientos sobre su enfermedad siempre que estuviese respaldada por profesionales. Asimismo, se observa un estado psicológico más positivo en los pacientes usuarios de Internet que en los no usuarios por lo que cabría estudiar estrategias de facilitación de información por esta vía que fueran seguras para evitar los efectos nocivos que puede ocasionar el mal uso de Internet.

Gráfica. Correlación entre la expresión de EGFR y GRT.

