

Autores: N. Rdguez-Ibarria, M. Martínez, M. Zurita, I. Tovar, C. de Haro, E. López, R. del Moral, R. Guerrero, M. Navarro.

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Resumen: Introducción:

Los sarcomas de partes blandas (SPB) localizados en cabeza y cuello son raros. Estando constituidos por múltiples subtipos histológicos y varias opciones terapéuticas combinando cirugía, quimioterapia y radioterapia.

Objetivo:

Experiencia en nuestro Servicio. Revisión de la literatura.

Pacientes y Método:

Estudio retrospectivo. Revisión de pacientes con diagnóstico histológico de SPB de cabeza y cuello, tratados con intención curativa, Enero 2002 -Diciembre 2007 en nuestro Servicio.

Resultados:

9 pacientes, edad media, 49.44 años (rango entre 20 años y 79 años), 8/9 varones. 8/9 han debutado con una tumoración no dolorosa, tiempo medio desde su aparición hasta el diagnóstico de 2.27 meses. Localización del tumor principal variada: musculatura latero-cervical, región malar, cavum retrofaríngeo, maxilar, esfenoidal, fosas paranasales, frontoparietal, supraorbitario, suelo de la boca, glándula parótida y tiroides. Diagnóstico histológico heterogéneo: Condrosarcoma, rhabdomyosarcoma pleomorfo, condrosarcoma mixoide, histiocitoma fibroso maligno pleomórfico, sarcoma de células dendríticas interdigitantes, sarcoma sinovial bifásico, fibrohistiocitoma maligno mixoide, leiomyosarcoma cutáneo, osteosarcoma osteoblástico. 6/9 presentan alto grado histológico. 7/9 son menores de 5 cm.

Un caso ha sido irreseccable. Siete han estado sometidos a cirugía radical y uno a cirugía subtotal, 5/8 bordes negativos y 3/8 bordes positivos. 3 casos han recibido quimioterapia adyuvante con los esquemas CDDP + Adriamicina, Adriamicina + Ifosfamida y Metotrexate. Todos los pacientes han recibido radioterapia conformada en 3D con fotones de 6 a 18 MV con dosis media de 65,22 Gy. (rango entre 64 y 70 Gy).

4/9 de los pacientes ha presentado radiodermatitis G2 durante el tratamiento con radioterapia. Un paciente ha presentado oromucositis de G3 y otro paciente ha presentado una osteonecrosis mandibular.

Tras un seguimiento medio de 39.22 meses 2 pacientes han sido éxitos por el tumor y uno ha sido éxitos por otra causa. Seis pacientes se encuentran vivos sin evidencia de enfermedad, supervivencia global de 29.11 meses.

Conclusión:

En SPB de cabeza y cuello la radioterapia adyuvante tiene especial importancia por la dificultad de obtener resecciones con amplios márgenes mediante cirugía radical. El tratamiento con quimioterapia adyuvante no está bien definido, considerándose en lesiones de alto grado.

Nuestros resultados están en consonancia con los publicados por la literatura.

Autores: P. Cabrera 1, J. Expósito 2, M.J. Ortiz 1, E. Bayo 3, L. Errazquin 4, M.A. Casanova 5, I. Castillo 6, C. Cano 7.

Centro: 1 Servicio de Oncología Radioterápica. HHUU Virgen del Rocío. (Sevilla), 2 HU Virgen de las Nieves (Granada), 3 HU Juan Ramón Jiménez (Huelva), 4 HU Virgen Macarena (Sevilla), 5 HU Ciudad de Jaén (Jaén), 6 HU San Cecilio (Granada).

Resumen: Introducción:

Los estudios de variabilidad en la práctica radioterápica aportan información en relación a la planificación del sistema sanitario y la calidad de los tratamientos.

Objetivo:

Analizar la variabilidad en la práctica radioterápica en los hospitales públicos de Andalucía en el año 2004, en términos de tasas de irradiación y características del tratamiento del cáncer de mama.

Material y Método:

Ámbito del estudio: Pacientes con cáncer de mama tratadas con radioterapia en los hospitales públicos andaluces. Los Servicios de Radioterapia han proporcionado los datos mediante las historias clínicas. Esta información se introdujo en unas fichas con variables codificadas previamente. Finalmente se generó una base de datos SSPS. Método de estudio: Análisis descriptivo con comparaciones por test de chi-cuadrado y relación entre variables mediante regresión lineal y gráficos de dispersión. El estudio de adecuación se ha realizando comparando la práctica real con la evidencia consensuada.

Resultados:

Tasa de irradiación: 37,8 % de los pacientes estimados (1º semestre 2004). El cáncer de mama supone en nuestra serie 1310 casos de los que un 79,4% son estadios iniciales, administrando radioterapia como tratamiento complementario en el 98,1% de los casos. Se practica cirugía conservadora en el 64,2% con gran variabilidad entre centros, a expensas de estadios I-II. Se administró dosis superiores a 45 Gy en el 99% de las mismas, recibiendo sobreimpresión el 48.1 % ($p= 0.000$). En estos casos la dosis de sobreimpresión oscila entre 15 Gy - 17 Gy en el 44,8% de los casos ($p= 0.000$). Recibieron irradiación axilar el 12,7% ($p= 0,000$) y supraclavicular en el 37,7% ($p= 0,000$ en estadios I -II). Las demoras al diagnóstico, primer tratamiento y estricta de radioterapia fue de 61, 0 y 57 días respectivamente.

Conclusión:

El tratamiento radioterápico del cáncer de mama tras cirugía conservadora es adecuado en términos de dosis administrada, existiendo sin embargo, cierto grado de variabilidad en cuanto a volúmenes de tratamiento (axila y supraclavicular). Desde el punto de vista de la prevención primaria del linfedema habría que alcanzar un consenso y hacer prevalecer los criterios de irradiación basados en la evidencia.

Autores: S. Rubiales, E. Sánchez, B. Pérez.

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Resumen: Introducción:

Aproximadamente el 50% de las pacientes con cáncer de mama desarrollarán metástasis a distancia, de las cuales el 15% presentarán metástasis hepáticas, siendo éste el único sitio de metástasis en el 4-5 % de los casos. La cirugía es la mejor opción terapéutica para las metástasis hepáticas de los tumores colorrectales y de los neuroendocrinos, sin embargo, el beneficio para otro tipo de tumores sólidos no se ha establecido. Se han publicado diferentes trabajos que han intentado evaluar la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad tras la resección de metástasis hepáticas de cáncer de mama y establecer factores pronósticos que permitan definir criterios de selección y momento de la resección.

Método-Resultados:

Presentamos el caso de una mujer de 46 años sin antecedentes personales de interés que fue intervenida el 01/07/03 mediante mastectomía izquierda más vaciamiento axilar por carcinoma ductal infiltrante pT2 pN1 (2/18) cM0, estadio IIB, grado histológico III, receptores de estrógenos positivos y Her-2-neu positivo recibiendo tratamiento complementario posterior con adriamicina-ciclofosfamida por 4 ciclos seguido de paclitaxel trisemanal por 4 ciclos, finalizando en diciembre de 2003. Posteriormente inicia hormonoterapia con tamoxifeno. En junio de 2007, tras intervalo libre de enfermedad de tres años y once meses, se detecta recidiva a nivel hepático (4 lesiones en LHD), por lo que inicia tratamiento quimioterápico según esquema paclitaxel-carboplatino-trastuzumab. Tras 6 ciclos se programa cirugía, realizándose el 30/01/08 tumorectomía. El informe histológico objetiva respuesta completa patológica. Tras la cirugía se plantea castración radioterápica y tratamiento con letrozol y trastuzumab, que mantiene actualmente.

Conclusión:

Las pacientes con metástasis hepáticas de cáncer de mama presentan una mediana de supervivencia de menos de 6 meses sin tratamiento y de 16 meses con tratamiento sistémico (quimioterapia y/u hormonoterapia). Actualmente parece existir el consenso de que la resección de metástasis hepáticas puede tener impacto en una mayor supervivencia libre de enfermedad asociada a otras estrategias terapéuticas. Sin embargo, no existen estudios que confirmen esta hipótesis ni que establezcan el impacto real de este planteamiento quirúrgico. Además, tampoco está establecido el grupo de pacientes con metástasis hepáticas que realmente se beneficiarían ni el momento más adecuado para realizar la cirugía.

Autores: Purificación Estévez García, Marta Benavent Viñuales, Manuel Chaves Conde.

Centro: Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Introducción y Objetivos:

Las metástasis cutáneas de tumores de órganos internos son infrecuentes, aparecen normalmente en estadios avanzados y suelen asociarse con peor pronóstico, constituyendo muy raramente el signo de debut de la enfermedad. Realizamos la descripción de un caso y revisión de la literatura, para tratar de establecer sus características más relevantes.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 40 años al que se extirpan dos nódulos subcutáneos de 1,5 cm en cuero cabelludo, considerados inicialmente como quistes sebáceos, pero con hallazgo histológico de adenocarcinoma con patrón intestinal. En endoscopia oral se detecta un adenocarcinoma de esófago inferior sobre esófago de Barrett, con resto de estudio de extensión negativo. Se realiza esofagogastrectomía e inicia quimioterapia según esquema cisplatino+5-fluouracilo.

Resultados:

Se ha demostrado una incidencia global de metástasis cutáneas del 5,3% en metaanálisis. La aparición en cuero cabelludo supone entre el 4 y el 7% en distintas series. Las metástasis cutáneas suelen presentarse como lesiones nodulares, inflamatorias o esclerodermoides. Además de analizar la histología de la lesión, es importante realizar inmunohistoquímica, aunque el tumor primario no se localiza en un 60% de los casos. En el adenocarcinoma de esófago suelen ser positivas las citoqueratinas 20 y 7, y puede estar expresado CDX-2 en un 32-100%, existir sobreexpresión de c-erb-B2 en un 20% y anomalías en p53 en más del 50%.

Conclusión:

Un porcentaje importante de tumores presenta metástasis al diagnóstico, por lo que la exploración física y las pruebas de imagen son necesarias. Las lesiones cutáneas sospechosas de malignidad deben ser biopsiadas porque de confirmarse modificarán el estadiaje y el manejo posterior del paciente.

Autores: C. De Haro, M. Martínez, I. Tovar, R. Del Moral, M.R. Guerrero, M. Zurita, E. López, N.G. Ibarria, M. Navarro.

Centro: Servicio De Oncología Radioterápica, H.U. Virgen De Las Nieves, Granada.

Resumen: Introducción:

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno de las glándulas salivares más frecuente. En diversas series, se alcanzan tasas de control local entre el 80 y el 85 %.

Objetivo:

Valorar el impacto de la radioterapia sobre el control local del adenoma pleomorfo con alto riesgo de recidiva tras cirugía.

Materiales y Métodos:

Realizamos una revisión retrospectiva de nuestra experiencia en el periodo de Enero de 1997 a Diciembre de 2007 de los pacientes tratados en nuestro servicio. El total fue de 17 pacientes (7 mujeres – 41.1%- y 10 hombres- 58.8 %), con una edad media de 37 años (20 – 74 años), todos ellos tratados previamente con cirugía. La localización fue en 64.7 % parótida derecha (11 pacientes), y en un 35.29 % (6 pacientes) parótida izquierda. La indicación de realizar radioterapia, fue en un 36.3 % por multifocalidad (8 pacientes), 31.8% por 3ª recidiva (7 pacientes) y en un 27.2 % por márgenes positivos; 4 pacientes (23.5 %) presentaban más de una indicación de Radioterapia. La dosis media de tratamiento fue de 52.9 Gy (45Gy a 66.2 Gy) con fraccionamientos entre 1.8 y 2Gy al día, utilizando en un 29.4 % fotones exclusivamente (5 pacientes), fotones y electrones en un 58.8 % (10 pacientes) y exclusivamente electrones en un 11.7% (2 pacientes).

Resultados:

El intervalo medio Cirugía-Radioterapia fue de 2.5 meses (1 – 6 meses). No se observó toxicidad grado 4, sí un 23.5 % (4 pacientes) de radiodermatitis grado 3, 5.8 % (1 paciente) de oromucositis grado 3 y un 47 % (8 pacientes) de radiodermatitis y/o oromucositis grado 1-2; en un 23.5 % (4 pacientes) no se observó toxicidad alguna. Tras una media de seguimiento de 71.23 meses (11 a 127 meses), se observó un 82.3 % (14/17) de control local, frente a un 17.6% (3/17) de recaídas locales. La media de ILE fue de 66. 82 meses. Comparamos nuestros resultados con la experiencia publicada en la literatura, con similares tasas de control local.

Conclusión:

La radioterapia postoperatoria ha de considerarse como una opción válida de tratamiento en pacientes intervenidos de adenoma pleomorfo con alto riesgo de recidiva.

Autores: Yolanda Fernández Díez, María Reina Atienza Amores, Jesús Corral Jaime, Begoña Pérez Valderrama, Manuel Chaves Conde, Rocío García Carbonero, Luis Paz-Ares Rodríguez.

Centro: Servicio de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Introducción:

Las metástasis a distancia secundarias a los carcinomas de laringe tienen una incidencia aproximada del 7%. Se localizan esencialmente en pulmón, hígado y huesos. La afectación cutánea es extremadamente rara: sólo existen 30 casos descritos en la literatura, 26 de ellos con afectación supradiafragmática (cabeza, cuello, tórax y miembros superiores) y sólo 4 casos con afectación infradiafragmática.

Material y Métodos:

Se describe el caso de una paciente mujer de 67 años intervenida de un carcinoma de laringe que desarrolla afectación metastásica cutánea (supra e infradiafragmática), confirmada histológicamente, tras un ILE de 1,5 años, como precedente a la aparición de metástasis pulmonares, óseas y ganglionares.

Resultados:

La afectación metastásica cutánea representa una entidad muy poco frecuente. Existen pocos estudios publicados en la literatura al respecto, la mayoría de ellos de carácter retrospectivo. En base a ellos, el origen más frecuente de éstas viene representado por los tumores de pulmón, mama y melanoma. Son consideradas un signo de mal pronóstico (supervivencia media desde su origen de 6 meses) y generalmente anteceden al desarrollo de una recurrencia locorregional o a la aparición de otras metástasis a distancia.

Conclusión:

La afectación metastásica en la piel derivada del carcinoma epidermoide de laringe es excepcional. Necesita para su diagnóstico definitivo de un estudio histológico con una inmunohistoquímica concordante, que descarte los orígenes más frecuentes (cáncer de mama y pulmón). Se asocian a un pronóstico sombrío y orientan, en la mayoría de casos, a la aparición simultánea o sucesiva de una recurrencia locorregional u otras metástasis a distancia.

Autores: *M.I. Tovar, M. Martínez, C. De Haro, N. Rodríguez, R. Del Moral, E. López, R. Guerrero, M. Zurita, M. Navarro, J.R. Delgado, A. Irigoyen.*

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio de Oncología Radioterápica. Granada.

Resumen:

El cáncer de cavum es una neoplasia infrecuente en nuestro medio, cuya terapéutica se ha basado en esquemas de quimiorradioterapia. A partir del ensayo publicado por el intergrupo 0099, se ha adoptado como estándar la siguiente combinación: cisplatino x 3 ciclos con radioterapia concomitante, seguido de adyuvancia con cisplatino y fluoracilo x 3 ciclos. Dicho esquema proporciona un aumento de la supervivencia, pero también ocasiona una importante toxicidad, razón por la que ha sido altamente criticado.

Objetivo:

Analizar los pacientes tratados según el esquema del intergrupo en nuestro servicio, a fin de comprobar tolerancia y resultados.

Método:

Análisis de frecuencias, empleando el programa estadístico SPSS.

Desde al año 2003 hemos tratado 13 pacientes con una mediana de edad de 49 años, 15.4% estadio III y el 84.6% estadio IV, de ellos 10 completaron la concomitancia, pero sólo 5 realizaron la adyuvancia.

La toxicidad más destacada de nuestros pacientes fue:

- Durante la concomitancia: 53.8% oromucositis grado 3 y 23.1% grado 4, radiodermatitis 46.2% grado 3, neutropenia 15.4% grado 3, digestiva 23.1% grado 3, Insuficiencia renal 15.4%.

- En la adyuvancia: oromucositis 23.1% grado 3 y 7.7% grado 4, neutropenia 15.4% grado 3 y 7.7% grado 4, digestiva 7.7% grado 3 y 7.7% grado 4, anemia y trombopenia 23.1% grado 3.

- Se describieron 2 éxitos relacionados con toxicidad.

En cuanto a la respuesta al tratamiento hubo 7 remisiones completas, 3 parciales, 1 estabilización y 2 progresiones. Actualmente hay 9 pacientes vivos sin enfermedad y 4 éxitos con tumor. La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 4 meses, y la mediana de supervivencia global de 11 meses, con un seguimiento medio de 13 meses.

Conclusión:

El esquema del intergrupo 0099, produce una alta tasa de respuestas, no obstante deben realizarse más estudios sobre este esquema de tratamiento, pues su toxicidad no es nada despreciable, con frecuentes interrupciones e incumplimientos del tratamiento. Constatamos que aquellos pacientes con alto performance status son los que se benefician en mayor grado, por lo que una de nuestras funciones debe ser individualizar el tratamiento a cada paciente.

Autores: *M.I. Tovar, M. Martínez, C. De Haro, N. Rodríguez, R. Del Moral, E. López, R. Guerrero, M. Zurita, M. Navarro, C. Chamarro.*

Centro: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio de Oncología Radioterápica. Granada.

Resumen:

La radioterapia (RT) es una importante modalidad de tratamiento del cáncer, sin embargo un posible efecto secundario tardío, es el desarrollo de neoplasias dentro del campo de irradiación, como los sarcomas radioinducidos (SRI).

Objetivo:

Analizar un caso de nuestro servicio, un FHM radioinducido con período de latencia de 20 meses. Realizando una revisión de la literatura. Paciente de 83 años, que en 2005 fue diagnosticado de carcinoma epidermoide de cuerda vocal izquierda, pT1N0M0. Realizó decorticación y RT, recibiendo 70 Gy a 5x200Gy/semana, mediante campos cervicales laterales que incluyeron glotis, finalizado en Marzo/2006.

Estuvo en remisión completa hasta Noviembre/2007 cuando se aprecia una neoformación de dicha cuerda, que obligó a microcirugía endolaríngea. El TC reveló engrosamiento de porción anterior de cuerda vocal izquierda, con posible afectación de la comisura, la primera conclusión fue de recidiva. El resultado anatomopatológico informó de proliferación neoplásica maligna constituida por células epitelioideas y fusiformes, con expresión de vimentina y negativo para keratinas, que obligaba a considerar la posibilidad de sarcoma. Posteriormente se sometió a hemilaringectomía izquierda subpricóndrica, con resultado histológico definitivo de FHM, con márgenes negativos.

La incidencia de SRI es < 1%, en cabeza y cuello oscila entre 5-10%. El sarcoma de partes blandas es el tumor radioinducido más común, siendo el FHM el tipo histológico más detectado. Los criterios para hablar de tumor radioinducido incluyen: 1. Desarrollo dentro del campo de irradiación. 2. Histológicamente distinto del tumor primario. 3. Exclusión de síndromes que predisponen al desarrollo de segundas neoplasias 4. Período de latencia desde la irradiación 4-5 años.

Nuestro paciente cumple todos los requisitos, salvo un periodo de latencia menor. No hemos encontrado en la literatura ningún caso con un período de latencia tan corto, sin embargo el resto de puntos y principalmente la histología no ofrecen dudas en cuanto al diagnóstico definitivo.

Conclusión:

Dada la infrecuencia de SRI y los beneficios de la RT, ésta continúa siendo una importante herramienta en el tratamiento del cáncer, no obstante es relevante que seamos conscientes de este efecto secundario, por lo que los pacientes deben someterse a un seguimiento periódico.

Autores: *García Linares, M; Fernández, A; Alarcón, A; Viciana, P; Chaves, M; Melero, J.M.*

Centro: Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Resumen:

El cáncer es una importante causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Objetivos:

1º) Realizar un análisis descriptivo de la prevalencia de las diferentes neoplasias que afectan a los pacientes con VIH que acuden a nuestro hospital.

2ª) Cotejar estos resultados con las casuísticas obtenidas de diferentes revisiones bibliográficas.

Material y Método:

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo basándonos en la revisión de las historias clínicas de los pacientes con VIH que además sufren una neoplasia. Para ello nos hemos servido del registro de pacientes con VIH del Servicio de Enfermedades Infecciosas de nuestro Hospital. Dicho registro recoge los datos clínicos, farmacológicos y epidemiológicos de los paciente seropositivos desde 1987 hasta nuestros días. Destacamos que no tomamos muestras de dicha de población, sino que se estudia en su totalidad.

Llevamos a cabo varias revisiones bibliográficas en el servidor PUBMED de la National Library of Medicine.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallados en las revisiones bibliográficas. Las neoplasias más prevalentes en nuestra población de estudio son el Sarcoma de Kaposi (27%), Cáncer de Cérvix (20%), Linfoma No Hodgkin (18%) y Linfoma de Hodgkin (10%).

Conclusiones:

1- Hemos determinados las prevalencias de los diferentes tumores malignos en los pacientes VIH atendidos en nuestro hospital

2- Es la primera vez que se realiza un estudio como éste en nuestra comunidad autónoma.

Autores: C. De Haro, M. Martinez, N.G. Rodriguez, R. Del Moral, I. Tovar, M.R. Guerrero, M. Zurita, E. Lopez, M. Navarro.

Centro: Hospital Universitario Virgen De Las Nieves.

Resumen: Introducción:

Los tumores de las glándulas parótida son poco frecuentes, representando 3-6 % de los tumores de cabeza y cuello.

Objetivo:

Evaluar el impacto de la radioterapia adyuvante en el control locorregional en el cáncer de parótida con alto riesgo de recidiva postoperatoria.

Materiales y Métodos:

Entre Enero -1993 a Diciembre -2007 se revisan retrospectivamente 17 pacientes (7 hombres/10mujeres), edad media 60 años (19-82).

Histología: Adenocarcinoma (7), Acinar (5), Mucoepidermoide (3), Adenoide quístico (1), Pleomorfo (1). Alto grado de malignidad en 11 casos.

Estadío: T1-2 (65%), T3-T4 (35%);N0 (14/17).

Cirugía: parotidectomía subtotal (41%), radical (23.5%), Otros (35%).Vaciamiento homolateral en 7 casos.

Indicación de Radioterapia: Alto grado de (65%), márgenes positivos (41%), T3-4 (29%),seguidos de afectación lóbulo profundo, enfermedad recurrente, ganglios positivos, afectación de tejido conjuntivo-óseo, afectación perineural, enfermedad residual y siembra/rotura capsular de forma decreciente. 47% de los casos existió más de una indicación.

Intervalo Cirugía-Radioterapia: 2.17 meses. Dosis de radioterapia media 59.4 Gy (48-70 Gy). Toxicidad aguda: Oromucositis G3 (1/17); No toxicidad G4.

Con seguimiento medio : 55.5 meses (10- 179),recidivan locorregionalmente 4 pacientes, 1 a distancia y otro ambos, con un intervalo medio de 37 meses, encontrándose vivos sin enfermedad 12 (70%).

Conclusión:

La radioterapia en el tratamiento del cáncer glandular de parótida de alto riesgo está indicada para mejorar el control locorregional. Nuestros resultados coinciden con los descritos en la literatura.

Autores: P. Cabrera 1, J. Expósito 2, M.J. Ortiz 1, A. Palacios 3, E. Alonso 4, L. Errazquin 5, I. Castillo 6, C. Cano 7.

Centro: 1 Servicio de Oncología Radioterápica. HHUU Virgen del Rocío (Sevilla), 2 HU Virgen de las Nieves (Granada), 3 HU Reina Sofía (Córdoba), 4 HU Puerta del Mar (Cádiz), 5 HU Virgen Macarena (Sevilla), 6 HU San Cecilio (Granada).

Resumen: Introducción:

Los estudios de variabilidad en la práctica radioterápica nos permite analizar el uso inapropiado de determinadas prácticas clínicas y determinar sus posibles causas.

Objetivos:

Analizar la variabilidad en la práctica radioterápica en los hospitales públicos de Andalucía en el año 2004, en términos de tasas de irradiación y características del tratamiento radioterápico del cáncer de cérvix y endometrio.

Materiales y Métodos:

Ámbito del estudio: Pacientes con cáncer de cérvix y endometrio tratadas con radioterapia en los hospitales públicos andaluces. Los Servicios de Radioterapia han proporcionado los datos mediante las historias clínicas. Esta información se introdujo en unas fichas con variables codificadas previamente. Finalmente se generó una base de datos SSPS. Método de estudio: Análisis descriptivo con comparaciones por test de chi-cuadrado y relación entre variables mediante regresión lineal y gráficos de dispersión. El estudio de adecuación se ha realizado comparando la práctica real con la evidencia consensuada, fundamentalmente en relación a la braquiterapia.

Resultados:

Tasa de irradiación para ambas localizaciones: 28,5 % de las pacientes estimadas. El cáncer de cérvix supone en nuestra serie 169 casos, el 75,3 % son estadios I y II, recibiendo radioterapia externa adyuvante tras cirugía el 89,2% de las mismas. El 35,5% (60 pacientes) se realizó sobreimpresión con braquiterapia, con rangos extremos entre hospitales ($p=0,000$). Dosis usadas de braquiterapia menores de 18 Gy en el 33,8% ($p=0,000$). Uso de quimioterapia como primer tratamiento en el 28,1% de las pacientes. El cáncer de endometrio supone 251 casos, el 84,8% son estadios I y II. El 31,5% recibió braquiterapia con gran variabilidad entre centros, de las cuales 44 pacientes la reciben como única modalidad. Dosis menores de 18 Gy en el 46,6% ($p=0,000$). Las demoras al diagnóstico, primer tratamiento y estricta de radioterapia para el cáncer de cérvix y endometrio fueron de 87, 27 y 84 días y 84, 13 y 85 días respectivamente.

Conclusión:

La braquiterapia, como técnica exclusiva tras cirugía o como sobreimpresión tras radioterapia externa está infrutilizada y con dosis inferiores a la recomendada en ambas localizaciones. No obstante, el escaso número de pacientes implica cierta precaución en esta valoración.

Autores: R. Delgado, A. Lazo, C. Fernández, F. Rivas, A. Villanueva, D. Rivas, I. Herruzo.

Centro: Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Resumen: Introducción:

La radioterapia (RT) pulmonar es una alternativa a la cirugía en pacientes (p) ancianos o con comorbilidad importante diagnosticados de carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM) estadios T1-2 N0.

Objetivos:

Evaluar la toxicidad, respuesta y supervivencia global en pacientes tratados con RT radical limitada al tumor.

Resultados:

Entre febrero-2002 y agosto-2008 seis pacientes con CPNM T1-T2 N0 de localización periférica recibieron RT pulmonar. Todos eran varones, con una edad mediana de 75 años (rango 66-85), PS 0-1 y adecuada reserva respiratoria. Tres casos fueron confirmados histológicamente (adenocarcinoma) y tres mediante PET. Distribución por estadios: IA (5 p) y IB (1 p). El PTV incluía el tumor con un margen de 20-25 mm, hasta una DBE de 70 Gy con fraccionamiento de 200 cGy/ sesión (2 p) y 300 cGy/ sesión (4 p). No se detectó toxicidad G3-4. Un 20% de los pacientes presentaron radiodermatitis G2 y un 40% neumonitis G1. La respuesta radiológica fue completa (3 p), parcial vs fibrosis post-RT (2 p) y enfermedad estable (1 p). Con un seguimiento medio de 50 meses, hemos detectado 3 muertes debidas a la enfermedad y otra debida a un segundo tumor primario (carcinoma de uréter). Entre los fallecidos por el tumor pulmonar, dos pacientes presentaron recaída local y el otro a distancia. Los pacientes vivos se mantienen libres de enfermedad. La supervivencia global media es de 42 meses (20-58) meses.

Conclusiones:

La RT pulmonar se puede considerar como alternativa a la cirugía en pacientes seleccionados con CPNM T1-2 N0, siendo un tratamiento efectivo y bien tolerado.

Autores: *\"R.E. Pacios\", B. Ríos, I. Castillo, R. Guerrero, I. Zarcos, J.L. García Puche.*

Centro: Unidad Clínica De Oncología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen: Introducción:

En el cáncer gástrico el porcentaje de recidivas locorregionales tras resección quirúrgica con intención curativa es del orden del 90%. El objetivo del tratamiento adyuvante es mejorar el control locorregional y la supervivencia.

Objetivo:

Se describen los resultados de un grupo de 36 pacientes tratados con cirugía seguida de quimioterapia y posterior radioterapia.

Material y Método:

Entre el año 2000 y el 2007, 36 pacientes (25 varones y 11 mujeres), con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, realizaron programa secuencial de quimioradioterapia tras la cirugía. El informe anatomopatológico demostró en todos los casos adenocarcinoma. La edad media fue de 55.86 años. A 22 pacientes se les realizó una gastrectomía total, y a 13 subtotal. La clasificación por estadios fue la siguiente: 1 I, 6 II, 15 IIIA, 6 IIIB y 5 IV. Sólo 1 paciente presentó complicaciones postoperatorias significativas. Todos los pacientes recibieron quimioterapia. Los esquemas utilizados son los siguientes: 1 paciente recibió FAM y 35 recibieron ECF. La Radioterapia se administró utilizando fotones de alta energía a nivel del lecho tumoral y áreas ganglionares, alcanzando una dosis total de 45 Gy a 1,8 Gy por fracción.

Resultados:

La toxicidad aguda no fue significativa en la mayoría de los casos, salvo en 2 pacientes en los que se interrumpió el tratamiento durante la radioterapia. Con un seguimiento mínimo de 1 año, en la actualidad 23 pacientes se encuentran libres de enfermedad, 3 pacientes en progresión y 8 pacientes exitus por enfermedad.

Conclusión:

El tratamiento combinado con Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia supone un beneficio en cuanto a supervivencia y control local frente al tratamiento quirúrgico exclusivo, con una toxicidad aguda y crónica aceptable.

Autores: MC Fernández, MJ Jiménez, M Rubio, M Acuña.

Centro: Servicio Oncología Radioterápica. H.U Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Introducción:

Presentamos un caso de una metástasis solitaria de bazo en un carcinoma colorrectal.

Objetivo:

Evaluar el impacto de la radioterapia adyuvante en el control locorregional en el cáncer de parótida con alto riesgo de recidiva postoperatoria.

Material y Métodos:

Paciente de 74 años con antecedentes personales de diabetes tipo II, hipertensión arterial, intervenida de cataratas, hernia inguinal y umbilical y varices. En Enero de 2007 comienza con rectorragias y es diagnosticada por rectoscopia de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado rectal a 6 cm. del margen anal de 7-8 cm. que ocupa $\frac{3}{4}$ de circunferencia. Estadio uT3N0 M0 por ecografía endorrectal. La paciente fue tratada en Junio de 2007 con radioterapia externa en fotones de 18 Mv con técnica de tridimensional (3D) recibió 50,4 Gy a pelvis y Capecitabina 825 mg/m² diario concurrente a la radioterapia.

Tras la radioterapia la paciente fue intervenida a las 8 semanas realizándole una amputación abdomino-perineal con estudio anatomopatológico de adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado limitado a mucosa y submucosa con extensa permeación linfática. Ganglios negativos (0/2). Estadio pT1N0

No se trató con quimioterapia postquirúrgica.

Resultados:

La paciente ha estado libre de enfermedad hasta que en Abril de 2008 (7 meses) empieza con cierto dolor lumbar izquierdo, ECOG=0 y exploración dentro de la normalidad. Se le realiza una colonoscopia que fue normal. Un TAC donde se veía una gran lesión en bazo de 5 cm. PET. Lesión hipermetabólica esplénica. CEA de 0,7 ng/l. En la actualidad la paciente se está tratando con quimioterapia: FOLFORI.

Conclusiones:

La metástasis solitaria en bazo en un carcinoma colorrectal es muy rara. Hay en la actualidad 15 casos descritos, 13 de ellas en colon izquierdo, uno en colon descendente, y 2 en colon derecho. El PET es un diagnóstico importante en estas clases de metástasis que muchas veces no son vistas en pruebas radiológicas y presentan una colonoscopia y un CEA normales.

Autores: MC Fernández, MJ Jiménez, M Rubio, M Acuña.

Centro: Servicio oncología Radioterápica. H.U Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Introducción:

Paciente afecta de carcinoma de endometrio de células escamosas.

Material y Método:

Paciente de 40 años nulípara, que dos meses antes empieza con dolor en hipogastrio, metrorragias, estreñimiento y disminución de peso. En la analítica las transaminasas estaban altas: GOT en 55 y GPT en 115, FA en 111 y el Ca en 11,92. Marcadores tumorales: Ca 125 en 216 siendo los restantes normales. Radiografía de tórax: nódulos de pequeños tamaños de 4-5 mm. TAC de abdomen y tórax: múltiples nódulos en tórax de 1-5 mm, útero aumentado de tamaño. En parte antero-superior imagen compatible con mioma. La parte posterior tiene una densidad no uniforme hacia el cervix que esta agrandado. Imágenes compatibles con adenopatías.

Resultados:

Lgrado uterino: carcinoma de células escamosas de endometrio, moderadamente diferenciado e infiltrante. Se instauro tratamiento con Taxol y Carboplatino cada 21 días durante 6 ciclos. Tras el tratamiento se realiza un TAC de tórax y abdomen: no metástasis pulmonares y en cavidad pélvica imagen relacionada con neoplasma conocida.

Se le practica una histerectomía total con doble anexectomía y extirpación microscópica en peritoneo parietal. En la anatomía patológica no se encontró tumor a ningún nivel. Tras la cirugía se le realizó braquiterapia recibiendo 40 Gy.

Conclusión:

Este tumor se da en nulípara y postmenopáusicas. Representa < del 1% del carcinoma de endometrio.

Autores: MJ Jiménez , MC Fernández, M Rubio, M Acuña.

Centro: Oncología Radioterápica. H.U Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Introducción:

En este trabajo se ha analizado nuestra experiencia en el tratamiento braquiterápico del carcinoma de endometrio con una fuente de Ir 192 de alta tasa de dosis.

Materiales y Métodos:

En nuestro servicio se empezó la braquiterapia de alta tasa de dosis en Septiembre de 2005 y desde entonces se han tratado 103 pacientes diagnosticadas de adenocarcinoma de endometrio. El primer síntoma que presentaron fue metrorragias en el 96% de los casos. La edad media fue de 65 años (33-80). El diagnóstico fue por legrado-biopsia y el tratamiento inicial fue cirugía con histerectomía total con doble anexectomía y lindanectomía en el 90% de los casos. El estudio anatomopatológico mostró 98 casos de adenocarcinomas y 5 casos eran sarcomas. Según el grado de diferenciación, el 37,8 eran bien diferenciados (G1), el 30,6% eran moderadamente diferenciados (G2) y el 31,6% indiferenciados (G3). El estadiaje fue: 13 pacientes estadio IB, 59 pacientes estadio IC, 4 en estadio IIA, 11 en estadio IIB, 7 en estadio IIIC y uno en estadio IVA. El tratamiento radioterápico tras cirugía fue en estadios IBG3 y ICG1 braquiterapia exclusiva, con una dosis de 40 Gy en 8 sesiones, 2 sesiones en semana. A partir del estadio ICG1 se realizó radioterapia externa (50 Gy, planificación tridimensional (3D) con fotones de 18 Mv), seguida de braquiterapia dosis de 20 Gy en 4 sesiones. Se usaron cilindros vaginales y la zona de prescripción era 0,5 cm. de la superficie del cilindro. El equipo usado fue Varisource, como fuente activa Ir 192 de 5 mm. de longitud activa, con una actividad máxima de 10 mmCi que es reemplazada cada 3 meses.

Resultados:

En 3 pacientes presentaron vaginitis aguda por el tratamiento, en 4 casos no se ha podido realizar el seguimiento. Del resto (99 pacientes), 90 están vivas y libres de enfermedad; 4 vivas con recidiva local o a distancia, 4 fallecieron por la enfermedad y 2 por otras causas.

Conclusión:

La braquiterapia de alta tasa de dosis como tratamiento complementario a la cirugía es bien tolerado y presenta poca toxicidad.

Autores: V. Villarreal, I. Castro, I. Villanego, F.J. Peracaula, J.M. Rodríguez.

Centro: Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

Resumen: Introducción:

El tumor de Askin es una neoplasia de la pared torácica poco frecuente y de mal pronóstico descrita por Askin en 1979. El tratamiento más extendido consiste en la resección radical de la tumoración, acompañada de Quimioterapia adyuvante, añadiendo en casos definidos Radioterapia postoperatoria. A continuación exponemos un caso tratado en nuestro centro de forma multidisciplinar y evolución clínica atípica.

Material y Método:

Paciente de 18 años, consulta en febrero de 2007 por dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas, apreciándose en Rx Tórax tumoración extrapulmonar asociada a 7º costilla izquierda, sin otros hallazgos patológicos en TAC y RMN torácica. Se realiza toracotomía izquierda y exéresis en bloque del tumor y 7º arco costal izquierdo. Informe histológico: tumor neuroectodérmico primitivo de pared costal (pPNET, Tumor de Askin) de 8,5 x 2,3 cm, destruye costilla e infiltra tejido musculoesquelético adyacente, extendiéndose a pleura. Borde superior (0,7 cm), anterior (0,7 cm) e inferior (4 cm).

Tras estudios de evaluación postoperatoria, inició en mayo de 2007 tratamiento complementario según esquema IESS-III para tumores de la familia del Sarcoma de Ewing; Quimioterapia esquema ifosfamida/etopósido alternante con vincristina/adriamicina-actinomicina/ciclofosfamida; tras 4 ciclos inició Radioterapia prescribiéndose una dosis de 50 Gy sobre pared costal (PTV1) más 10 Gy sobre lecho tumoral (CTV1), con fraccionamiento de 2 Gy/sesión/5 sesiones semana, finalizando en septiembre de 2007 con toxicidad cutánea aguda grado 1 RTOG. Posteriormente continuó con igual esquema QT hasta completar 1 año en julio de 2008.

En la última revisión realizada en septiembre de 2008, el paciente permanece asintomático, con control de la enfermedad y sin evidencia de toxicidad crónica.

Conclusión:

El tumor de Askin pertenece a un grupo de tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos (pPNET) que incluye desde el sarcoma de Ewing hasta neuroepitelioma. El mal pronóstico es lo más frecuente de estos tumores, presentando metástasis a distancia de forma temprana y siendo la supervivencia media generalmente de 8 meses desde el diagnóstico y supervivencia global a los 6 años menor al 15%.

En relación al tratamiento, aunque reconocida la necesidad de realizar un tratamiento combinado, existe alguna controversia dada la existencia de metástasis tempranas e incluso en el momento del tratamiento, por lo que se considera que la QT intensiva preoperatoria podría mejorar los resultados.

Considerando que la selección de un plan terapéutico es controvertida dada la poca experiencia acumulada en la literatura médica, encontramos de interés la aplicación de la QT y RT postoperatoria para el control del tumor.

Autores: C Fernández Díaz-Fierros, R Pérez, A Lazo, I Herruzo, F Rivas, R Delgado, JL De la Cruz.

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

LEI tratamiento con braquiterapia endobronquial es eficaz tanto para la paliación de síntomas (disnea, neumonitis obstructiva, atelectasia, hemoptisis) como para el tratamiento curativo (sola o asociada a RT externa). Las dosis utilizadas con intención paliativa oscilan entre 3-4 sesiones de 5 Gy, con intervalo semanal, o una sesión única de 8-10 Gy. En tratamientos con intención curativa, la dosis habitual de braquiterapia es de 30 Gy en 2-6 sesiones de 5 Gy, con intervalo de una semana (sin RTE), o de 10-20 Gy si se asocia con RTE (45-60Gy).

Objetivo:

Evaluar el impacto de la radioterapia adyuvante en el control locorregional en el cáncer de parótida con alto riesgo de recidiva postoperatoria.

Materiales y Métodos:

La técnica consiste en la colocación, bajo sedación, del catéter endobronquial mediante control broncocópico, radioscópico, y con posterior realización de Radiografías ortogonales y cálculo automatizado de dosis a una profundidad de 0,5 a 1cm desde la superficie del catéter endobronquial, cubriendo una superficie activa de 2cm a cada lado del tumor, con una longitud máxima de 10 cm.

Caso Clínico:

Paciente de 78 años, diagnosticado en Diciembre-06, de un carcinoma epidermoide de pulmón T1N0M0, localizado en LSI, con contraindicación quirúrgica.

Recibió RT externa (45 Gy a 180 cGy/sesión) seguida de braquiterapia HDR con I-192 (4 sesiones de 5 Gy), con intervalo semanal. La tolerancia fue buena y en el control endoscópico al realizar la última sesión no se apreciaba lesión tumoral. El paciente permanece libre de enfermedad durante 8 meses, encontrándose en la TAC de reevaluación en noviembre de 2007 masa sospechosa en LSI, sugestiva de recidiva, que es confirmada mediante broncoscopia y biopsia.

Se decide tratar la recidiva en LSI con nueva aplicación de braquiterapia endobronquial mediante sesión única de 7 Gy (diámetro tumoral de 0'8 cm. LA de 3cm) que es aplicada en Abril de 2007.

Evolución:

En el mes posterior, se realiza fibrobroncoscopia de control en la que se describen signos de infiltración neoplásica a la entrada del culmen. La biopsia describe en esta zona fibrosis e inflamación sin signos de infiltración neoplásica, resultando por lo tanto, negativa. Asimismo, en un nuevo TAC de evaluación realizado en julio de 2008 no se observan lesiones neoplásicas, encontrándose el paciente nuevamente libre de enfermedad en la actualidad.

Autores: C Fernández Díaz-Fierros, F. Rivas, D Rivas, I Herruzo, R. Pérez Gómez.

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

En 1957, Hermann Pinkus describió un grupo de 6 pacientes caracterizados por presentar placas de alopecia, que se correspondían histopatológicamente con depósitos de mucina en los folículos pilosos, llamándolo alopecia mucinosa y siendo reemplazado por el término mucinosiis folicular (MF) por Jablonska, en 1959.

Hoy día se acepta que hay al menos 2 entidades bajo este cuadro clínico. Una que se desarrolla en niños y adultos jóvenes, no asociada a otras enfermedades cutáneas o extracutáneas, denominada "mucinosiis folicular idiopática"; y otra entidad que se presenta en pacientes de edad, asociada a la micosis fungoide o Síndrome de Sezary, denominada "mucinosiis folicular asociada a linfoma".

Además han sido descritos subtipos intermedios entre ambas entidades y se ha descrito evolución de MF idiopática a linfoma cutáneo-T en varios casos. La evolución de las lesiones compatibles con mucinosiis folicular idiopática suele ser lenta, de presentación en cara-cuello y susceptible de tratamiento tópico.

Caso Clínico:

Paciente de 65 años con lesiones extensas en región temporo-malar izquierda, extendidas hasta párpado, hemicara izquierda, y pabellón auricular izquierdo. Las lesiones eran eritematosas y foliculosas y excretaban mucina. Existían otras lesiones eritematosas en tronco y áreas faciales, no correspondientes a la misma entidad. Su evolución era de años, iniciándose como lesiones foliculares en la zona temporo-malar, de rápida evolución en los últimos meses y sin respuesta a medicación tópica con corticoides. Se realiza biopsia que confirma el diagnóstico. El estudio de extensión descarta afectación a otros niveles, afectación medular o afectación en sangre periférica. Se clasifica como mucinosiis folicular idiopática y es remitida para tratamiento radioterápico.

Tratamiento Radioterápico:

Se programa RT local mediante planificación 3D. Se irradia con electrones de 9 MeV, con molde individual de cerrobend y uso de bolus. Se administró 36 Gy en una primera fase y, ante la persistencia de lesiones, se sobreimpresionó la zona de lesiones residuales en región fronto-temporal hasta 50 Gy en fracciones de 200 cGy. Desarrolló epitelitis grado III, que cedió con curas tópicas.

Seguimiento:

En la última revisión en Julio 2008, se encuentra libre de enfermedad, sin secuelas dérmicas y con buen resultado estético, sin precisar ningún tratamiento.

Autores: *A Lazo, ML Hebrero, C Fernández, I Herruzo, García, L; F Rivas , R Perez, D Rivas, A Dominguez, A Villanueva.*

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

Si bien la disección mesorectal total (DMT) disminuye la recurrencia local en cáncer de recto, la radioterapia preoperatorio también resulta beneficiosa en términos de control local. Se evalúa la eficacia y seguridad de Tegafur en combinación con radioterapia preoperatorio en pacientes (p) con cáncer rectal localmente avanzado resecable tratados en nuestro Centro.

Objetivo:

Se han analizado 66 p con cáncer de recto T3-T4/N0-1 (según ecografía endoanal y TAC) tratados con RT3DC (45 Gy/25 fracciones) y quimioterapia concomitante con Tegafur 1200mg/día, seguido a las 6-7 semanas de cirugía oncológica con DMT. Posteriormente un 67% de los pacientes recibieron quimioterapia adyuvante basada en 5-FU iv según protocolo.

Desarrollo:

Desde Enero/03 a Mayo/08 se han tratado 50 hombres y 16 mujeres. Mediana de edad 66 años (rango 27-80). Estadio clínico: cT3: 66 p / cT4: 1p, cN+:12 p. Localización tumoral a \leq 6 cms desde margen anal, 29p (43%). La cirugía consistió en: resección abdominoperineal 2p (43%), resección anterior baja 36p (54%), resección endoanal 1p, y colostomía exclusiva por pelvis congelada 1p. No se registró un aumento significativo de las complicaciones quirúrgicas.

Se obtuvo un "downstaging" tumoral en 32 p (48%) incluyendo 8p (12%) con respuesta completa patológica. Con una mediana de seguimiento de 38 meses apareció recidiva locoregional en 3p, y 4 p han sufrido recaída a distancia.

Toxicidad:

Diarrea G2 34p (50%) , G3 1p (1%).

Conclusión:

La radioquimioterapia preoperatoria con Tegafur permite un aumento del control local con un perfil de toxicidad muy manejable.

Autores: *ML Hebrero, F Rivas, A Lazo, I Herruzo, C Fernandez Díaz-Fierros, R Pérez, D Rivas, A Domínguez, R Delgado.*

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

El Cáncer gástrico en Andalucía ocupa la 3ª posición dentro de la mortalidad por cáncer, prácticamente igualado con el cáncer de próstata y detrás del de pulmón.

Los resultados del ensayo US Intergroup (McDonald) publicado en 2001 demostraban un aumento de la supervivencia con radioquimioterapia adyuvante tras gastrectomía total o subtotal por cáncer gástrico.

Objetivo: Evaluar la eficacia y la toxicidad del tratamiento radioquimioterápico adyuvante en pacientes (p) con cáncer gástrico tratados en nuestro centro en un contexto asistencial.

Desarrollo:

Se han analizado 64 pacientes intervenidos por cáncer gástrico pT3-pT4 y/o N +. El tratamiento adyuvante consistió en Quimioterapia x 5 ciclos incluyendo 5-FU 400-425 mg/m² y Leucovorin 20 mg/m² según esquema US Intergroup 0116 (McDonald) y RT (45 Gy/25 fracciones) sobre lecho quirúrgico y áreas ganglionares.

Resultados: Desde Enero/02 a Diciembre/07 se han tratado 39 hombres y 25 mujeres. Mediana de edad 58 años (rango 36-75 años). Cirugía: gastrectomía total 43p (67%) y gastrectomía subtotal 21p (33%). Estadio IB 4p (6%), II 10p (16%), IIIA 23p (36%) y IIIB 27p (42%). Con una mediana de seguimiento de 25 meses 37p (58%) permanecen libres de enfermedad.

Toxicidad:

Nauseas/vómitos Grado (G)2 37p (53%), G3 5p (8%). Diarrea G2 20p (38%). Fiebre neutropénica 6p (9%). Un paciente interrumpió tratamiento por toxicidad. No hubo muertes por toxicidad.

Conclusiones:

Los resultados del tratamiento con Radio-quimioterapia postoperatoria en cáncer gástrico en nuestro servicio son similares a los estudios publicados, aunque el número de pacientes y el tiempo de seguimiento aún es escaso. Nuestro protocolo está en consonancia con el resto de estudios realizados y que apoyan que éste tratamiento es factible y efectivo en los pacientes seleccionados, hoy en día es el que aporta mejores resultados. La toxicidad del tratamiento es bien tolerada, con buen control gracias a revisiones semanales y el apoyo nutricional.

Autores: *D Rivas, F Rivas, C Fernandez Diaz-Fierros, I Herruzo, JM Azcoaga, R Perez, A Lazo, A Villanueva.*

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

En nuestra unidad de braquiterapia tratamos una media de 28 pacientes al año con radioterapia externa + braquiterapia.

Objetivo:

Presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento del cáncer de endometrio.

Desarrollo:

Los pacientes fueron clasificados en bajo riesgo (estadio inferior al IIB) y alto riesgo de recidiva (estadio igual o superior al IIB). Aplicamos 50 Gy sobre pelvis con fotones de 18 MV de un acelerador Varian 2000 con técnica en box, y un boost con braquiterapia con un equipo Varisource 200 de carga diferida automática de alta tasa de dosis, mediante un cilindro vaginal (5 Gy/aplicación).

Resultados:

La edad media de la serie (139 pacientes hasta Diciembre de 2007) de 64 años (rango entre 34 y 87 años). La distribución por estadios es: estadio I 39'9%, estadio II 43'5%, estadio III 15'9% y estadio IV 0'7% (64'5% bajo riesgo y 35'5% alto riesgo). Por histología: adenocarcinoma 92'5%, epidermoide 1'4%, sarcoma 2'2%. Toxicidad según la RTOG: rectal: GI 27'2%, GII 8'8% y GIII 0'7%; vesical: GI 28'9% y GII 7'4%. El 86'9% se encuentra en respuesta completa. La media de supervivencia libre de enfermedad de la serie es de 37 meses con una mediana de 38 meses y un seguimiento máximo de 74 mes.

Conclusiones:

La supervivencia media de nuestra serie está en la misma línea que otros centros cuando ya hemos cumplido más de seis años de seguimiento máximo. El tratamiento es bien tolerado, con toxicidad mostrada es en grado moderado y con alto grado de cumplimiento terapéutico.

Autores: *F Rivas, D Rivas, A Lazo, I Herruzo, C Fernández Díaz-Fierros, A Villanueva, ML Hebrero R Perez, MD Toledo, JM Azcoaga.*

Centro: HRU Carlos Haya.

Resumen: Introducción:

En nuestro servicio se tratan una media anual de 20 pacientes diagnosticadas de cancer de cérvix con radioterapia externa, braquiterapia y quimioterapia semanal según el caso.

Objetivo:

presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento del cáncer de cervix. Medición de supervivencia global, por estadios y toxicidad.

Desarrollo:

En esta serie de casos (122 pacientes hasta Diciembre de 2007) las pacientes recibieron radioterapia externa hasta la dosis de 50 Gy y cuatro aplicaciones de 5 Gy de braquiterapia HDR. Las pacientes no operadas, con márgenes afectos o con linfadenectomía positiva recibieron 40 mg/m² de cisplatino semanal. los estadios I-B Bulky y los II-B con buena respuesta se valoraron para rescate quirúrgico. Si parametrios afectos, sobreimpresión hasta 60 Gy.

Resultados:

La media de edad es de 54 años con un rango entre 29 y 91. 39 pacientes en estadios I y II-A, 54 en II-B, 16 en estadio III y 4 en estadio IV. Histológicamente 68 % carcinoma epidermoides y 17 % adenocarcinomas. Se rescataron quirúrgicamente 18 pacientes en estadio II-B. Toxicidad rectal: 33% grado (g)-I, 8 % g-II y 2.5 % g-III. Toxicidad vesical: 34,4 % g-I, 9 % g-II y 0,8 % g-III. La supervivencia media (Kaplan-Meier) es de 50 meses y la mediana de 55 meses. El seguimiento máximo de la serie es de 76,8 meses.

Conclusiones:

La supervivencia media de nuestra serie es similar a la reflejada en la literatura, habiendo cumplido más de seis años de seguimiento. La toxicidad ha sido aceptable.

Autores: *Fernández -Freire Leal A , Cazorla López M, Reina Zoilo JJ, Gómez Millán, J; Jiménez Gallego P, Vicente Baz D, Inoriza A, Rodríguez Jiménez A, Juan Lucas Bayo J, Álvarez F, Montaña Perriáñez A.*

Centro: Sección de Oncología Médica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción:

El tratamiento asociado de radioterapia y quimioterapia (QT) en la adyuvancia del ACG se ha generalizado desde el estudio de McDonald. La elevada toxicidad que presenta este esquema (>60% grado 3-4) podría relacionarse, en parte, al uso de 5FU en bolo. La administración de 5FU IC ha demostrado utilidad y buen perfil de toxicidad en éste y otros tumores digestivos.

Objetivos:

Presentar los resultados de toxicidad y eficacia de nuestro esquema en adyuvancia del ACG utilizando 5FU IC como parte del tratamiento.

Material y Métodos:

Nos basamos en el estudio de Cirera (JCO 1999; 17:3810-5) para la utilización de MMC en la adyuvancia del ACG y en la positiva correlación beneficio/toxicidad del 5FU en IC en el ACG avanzado y otros tumores digestivos, para proponer el siguiente esquema adyuvante: MMC 20 mg/m² día 1, seguido 28 días después de RT con dosis de 45 Gy en fracciones de 1,8 Gy (25 sesiones) asociadas a 5FU 225 mg/m² en IC prolongada, durante 5 semanas. Se incluyeron todos los ACG completamente resecaos en estadios IB a IV (M0).

Resultados:

Entre octubre-2000 y mayo-2008 se incluyeron 33 pacientes (ptes), con una mediana de edad de 61 años y un estado funcional ECOG 0 ó 1 en el 99% de los ptes. La técnica quirúrgica fue gastrectomía total en 22 ptes, gastrectomía subtotal en 11 ptes, linfadenectomía tipo D1 en 29 ptes y tipo D2 en 4 ptes. Los estadios patológicos fueron IB: 1 ptes, II: 6 ptes, IIIA: 19 ptes, IIIB: 4 ptes y IV (M0): 3 ptes. La mediana de ganglios afectados fue de 4 (R: 0-24). El 94% de ptes (31/33) recibieron más del 80% del tratamiento QT previsto y se alcanzó el 100% de la dosis prevista de RT. El 78% de los ptes no presentaron toxicidad. Tras una mediana de seguimiento de 29 meses (R: 5-82+) la supervivencia libre de enfermedad es del 72% (24/33 ptes) y la supervivencia global del 72% (24/33 ptes).

Conclusiones:

El esquema de MMC en bolo seguido de 5FU IC y RT presenta un excelente perfil de toxicidad. Aunque el seguimiento actual es escaso, los resultados de supervivencia se van asemejando a los comunicados en los estudios que utilizan quimioterapia con 5FU en bolo.

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

Centro: Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen: Introducción y Objetivos:

Las metástasis en glándula mamaria de melanoma son inusuales, representando el 1.3-2.7% de todos los tumores malignos de mama. Se asocia con formas más agresivas y con una pobre respuestas a los tratamientos. Es más frecuente la afectación de la misma por neoplasias hematológicas, concretamente linfomas y dentro de los tumores sólidos destacan pulmón y melanoma.

Materiales:

Presentamos el caso de un varón de 47 años que en Noviembre`02 consulta por tumoración laterocervical izquierda. Tras citología, compatible con lesión neoplásica maligna ,se realiza disección cervical izquierda con histología de metástasis de melanoma.

Tras estudio no se indentifica el primario.

Con el diagnóstico de Melanoma (TxN1bM0) estadio IIIb pasa nuestro servicio donde recibe tratamiento con Interferón alfa-2b a altas dosis durante 12 meses con buena tolerancia.

Siguió controles, permaneciendo libre de enfermedad hasta Junio`08 donde ingresa para estudio de nódulo mamario izquierdo de 3cm que ulcera a piel.

Resultados:

Dado que la lesión mamaria presentaba características radiológicas de malignidad con axila negativo se toma biopsia informándose como metástasis de melanoma con positividad para S-100, HMB-45 y Melan A y negatividad para marcadores epiteliales, C-Kit y VEGF.

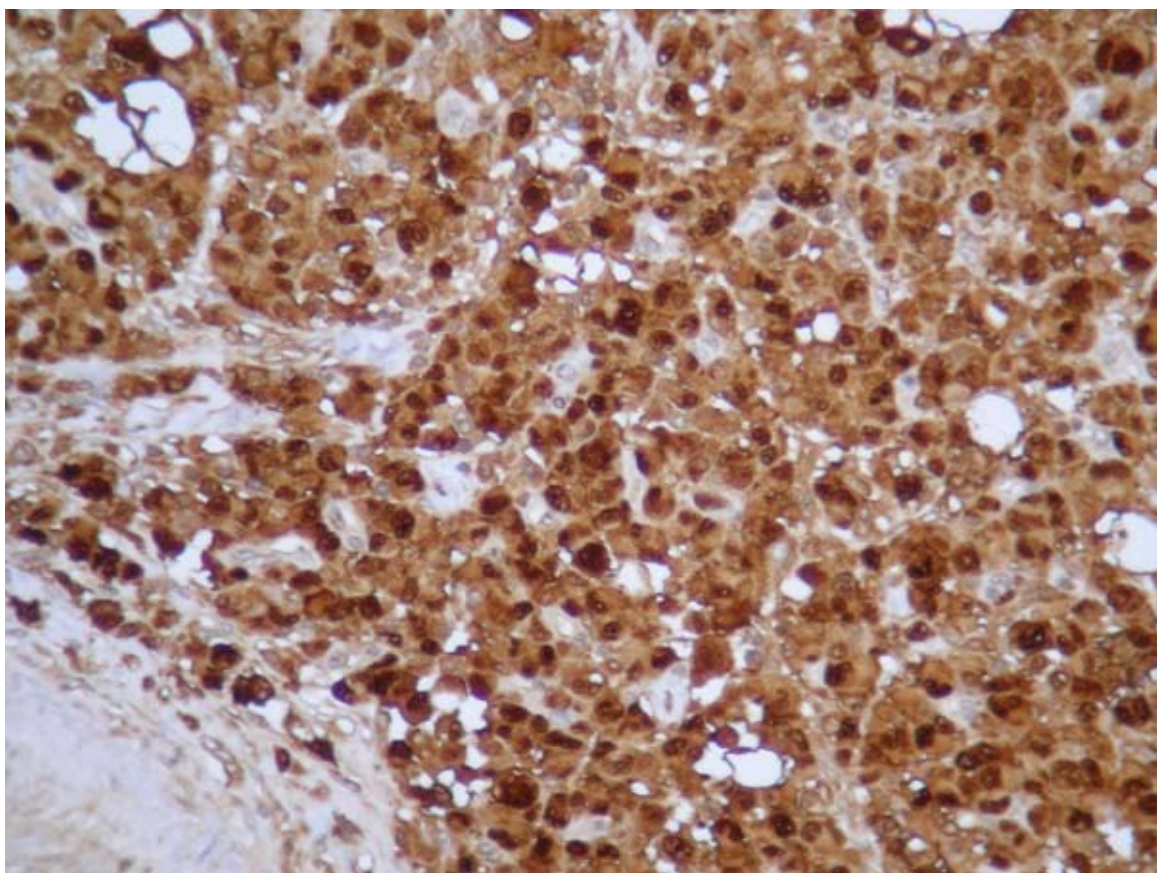
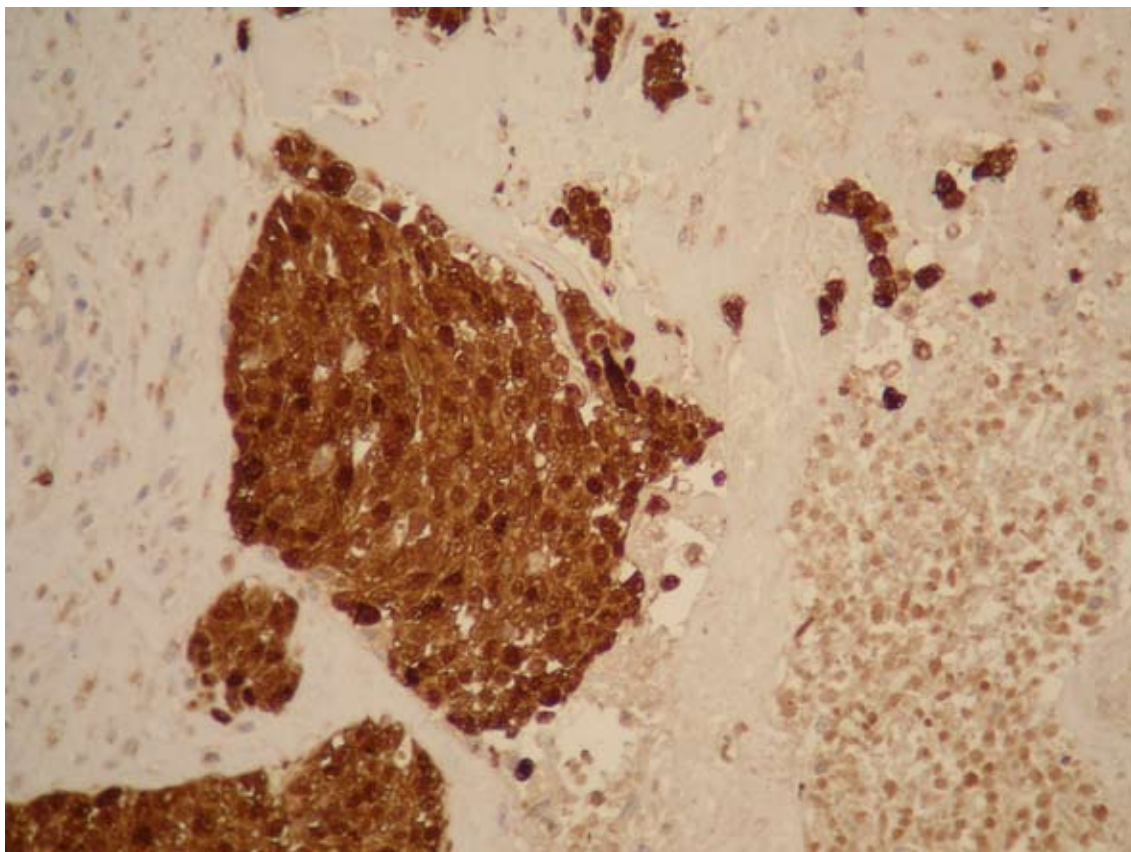
Dados los síntomas locales mamarios se realiza una mastectomía confirmandose dicha histología. Se amplía estudio por imagen evidenciándose recidiva en forma de metástasis gástrica, intestino delgado, meso y vejiga urinaria.

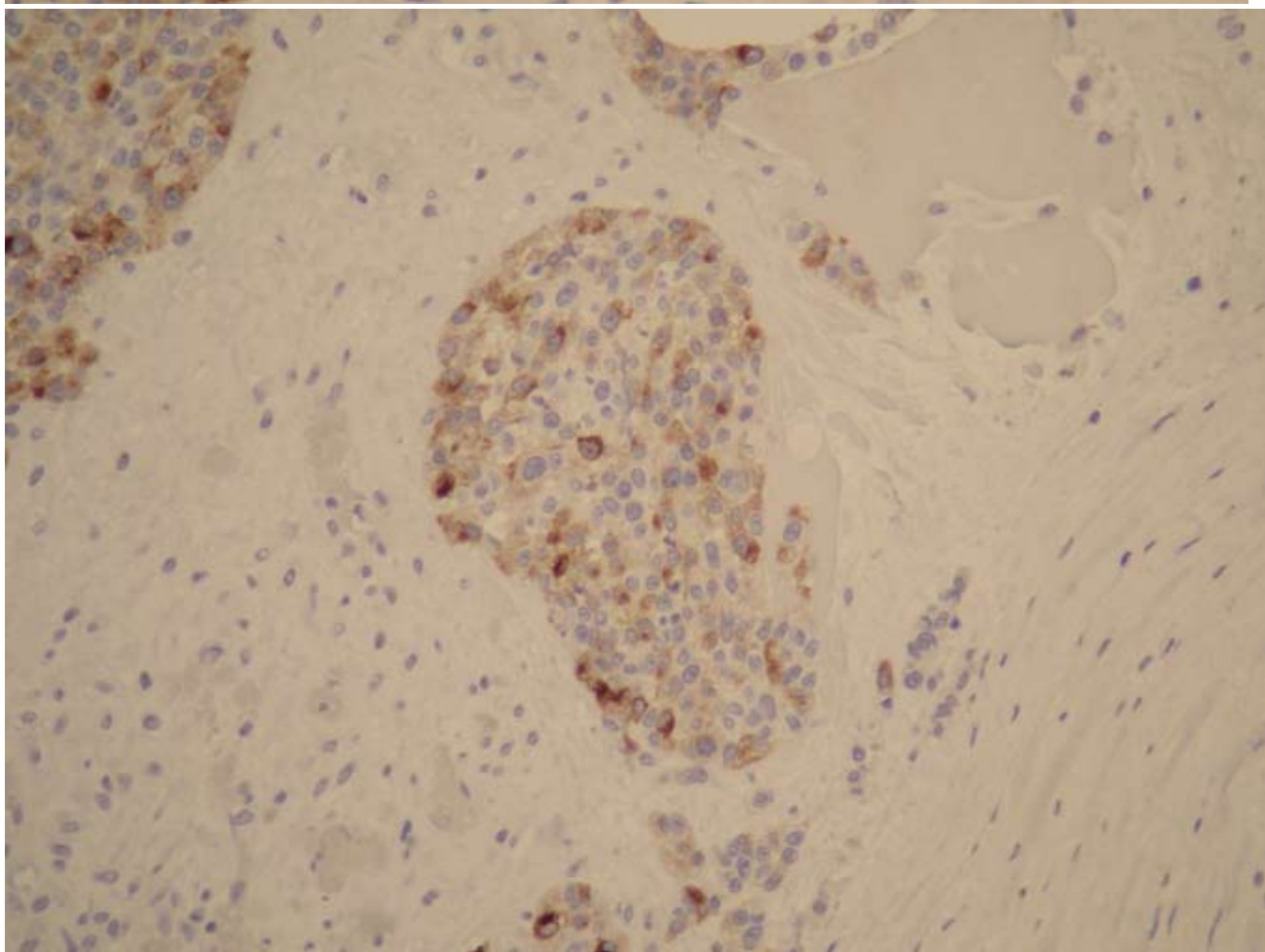
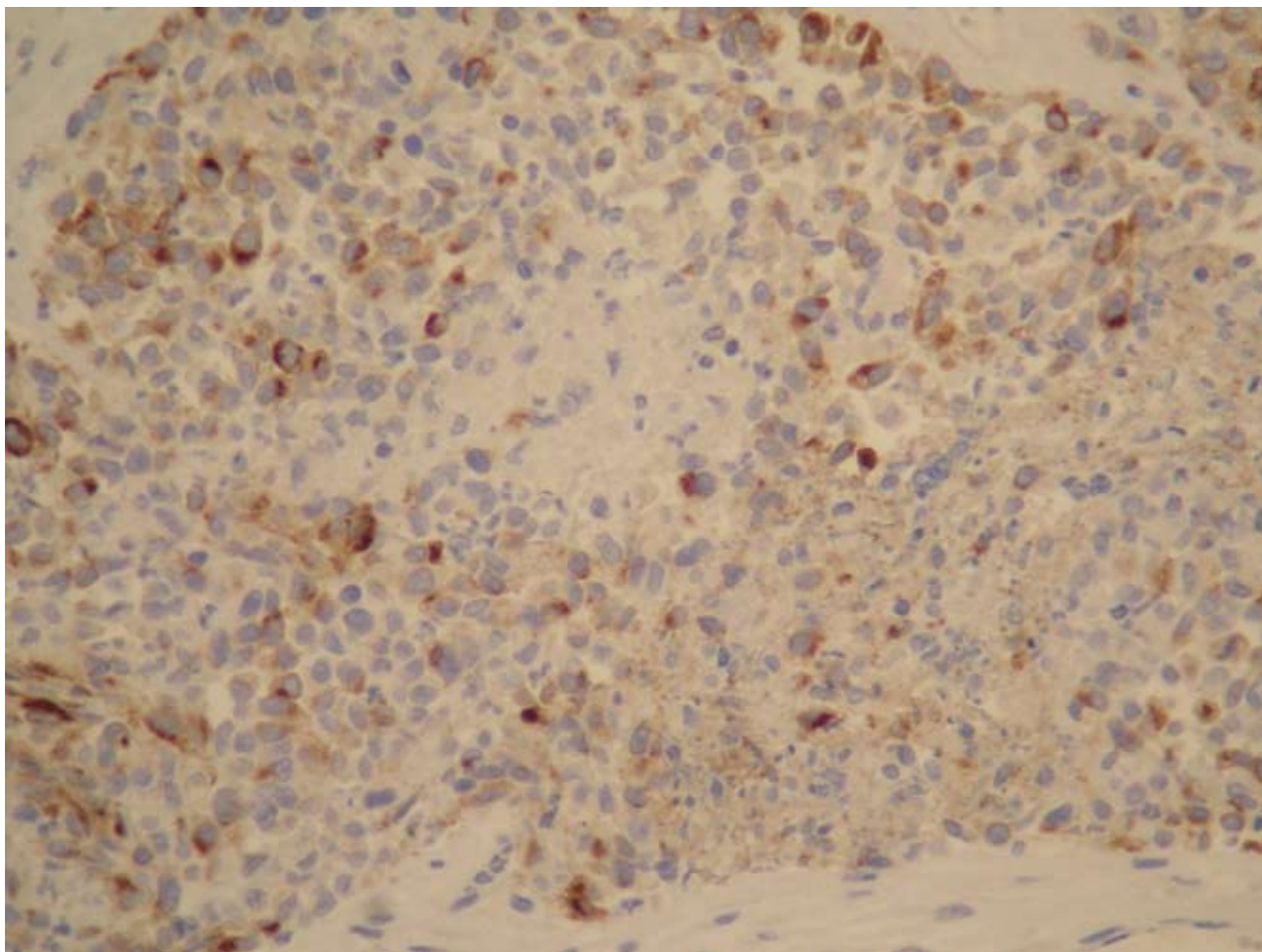
Ante la progresión de enfermedad se decide iniciar tratamiento con Fotemustina 100 mg/m² , de la que recibe 3 ciclos de inducción presentando toxicidad hematológica con neutropenia y trombopenia grado IV que requieren ingreso. Durante el cual debuta con cuadro de disartria ,desviación de la comisura bucal y paresia ambos miembros superiores, ante la sospecha de metástasis cerebrales se inicia tratamiento conservador, pese al cual el paciente fallece a los pocos días.

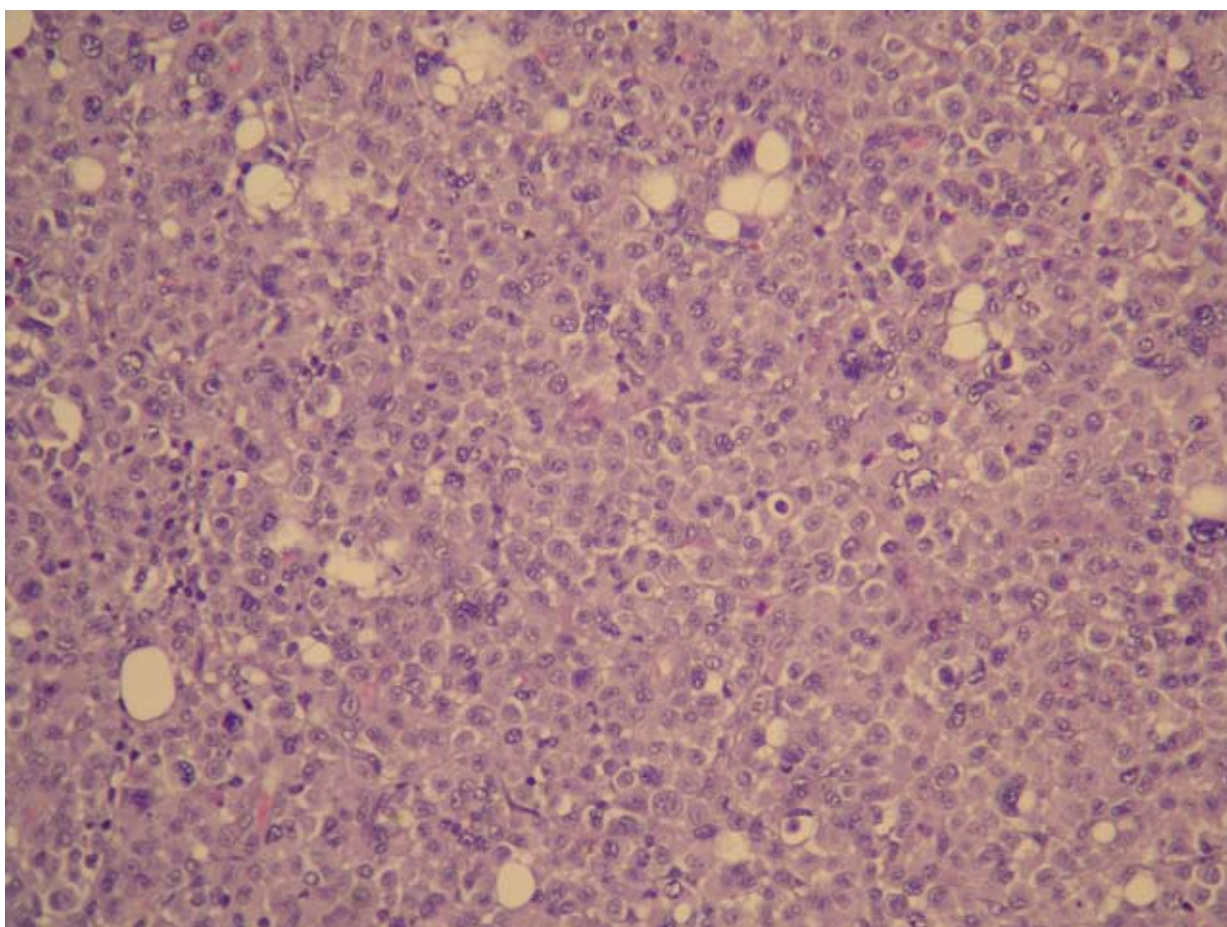
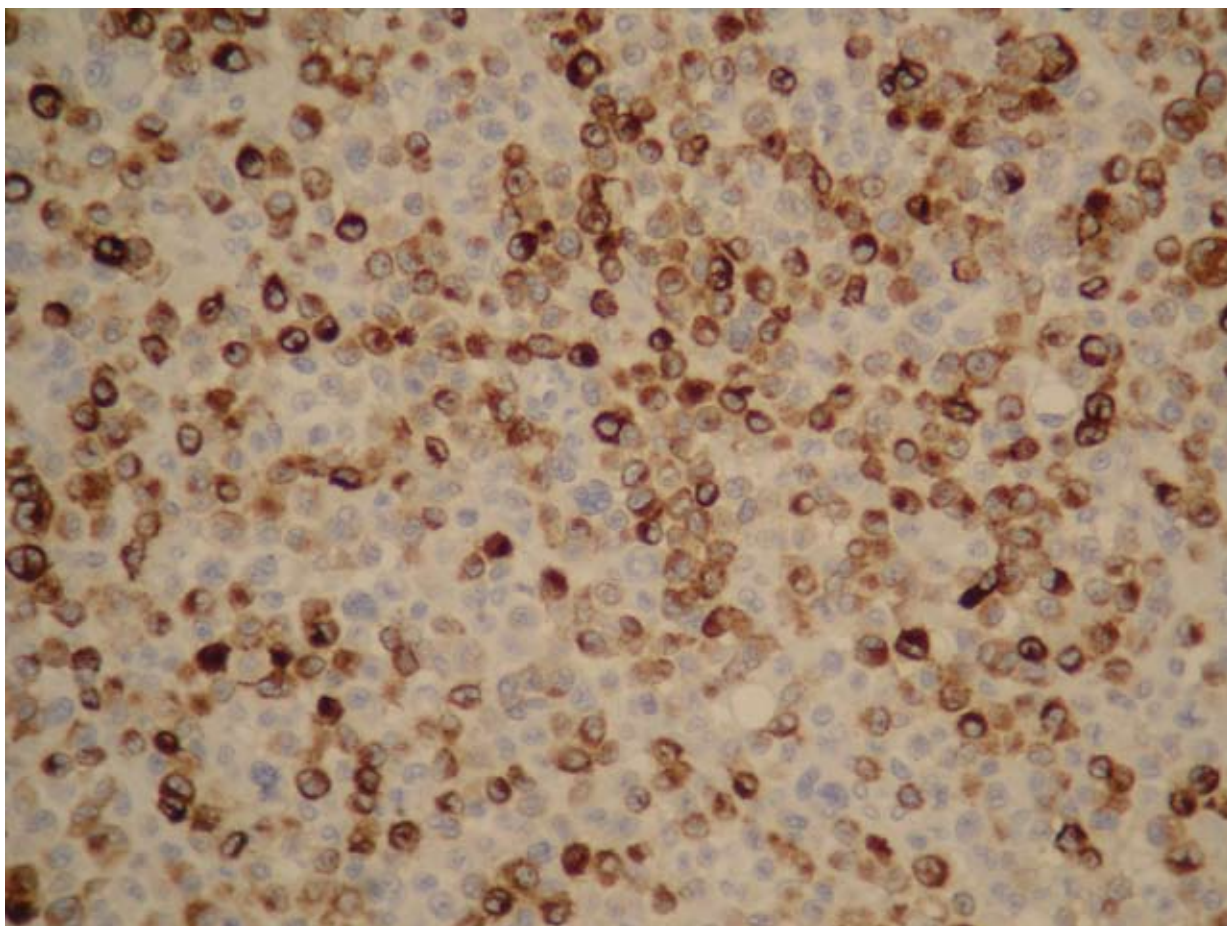
Conclusión:

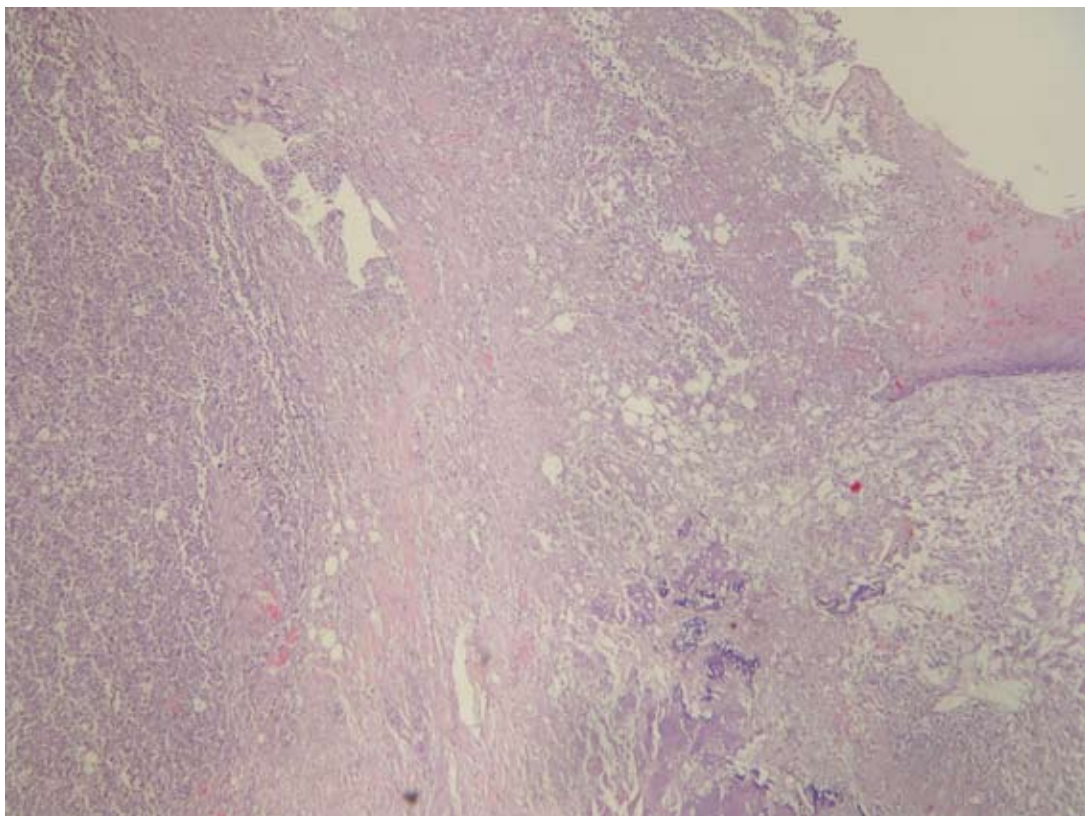
La presentación de metástasis en mama de melanoma es muy infrecuente y su manejo es exclusivamente paliativo bien con citostáticos, drogas biológicas y/o quirúrgico.

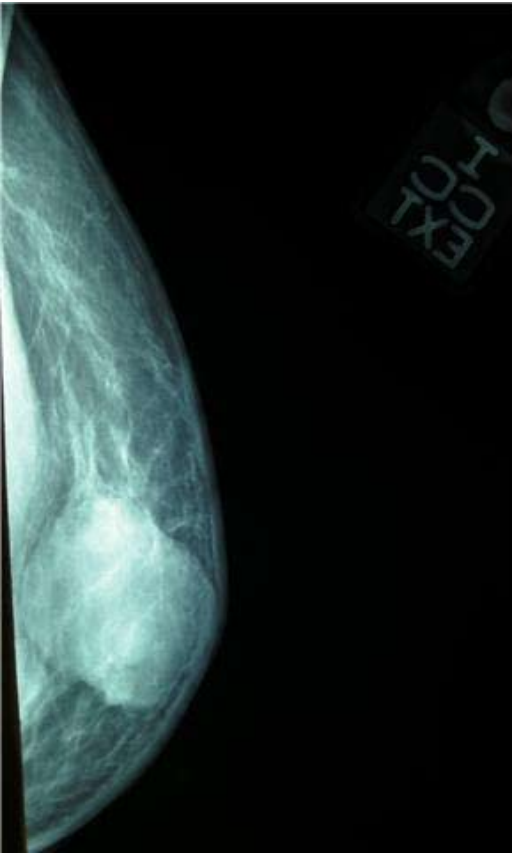
En cuanto a la resección quirúrgica únicamente estaría indicada para el control de los síntomas locales(ulceración, dolor...)como sucede en nuestro caso; ya que parece no mejorar el pronóstico.











Autores: *M.Zurita Herrera, J.C. Ramirez, N. Rodriguez, C. De Haro, I. Martín ,E. López, R.Del Moral, R. Guerrero, M. Martínez.*

Centro: Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen: Introducción:

La radioterapia externa pélvica (RTEP) y la BQT asociadas a quimioterapia (QT) son el tratamiento estándar en el cáncer de cervix.

La utilización de la BQT HDR ha permitido la optimización de la dosimetría y su aplicación ambulatoria.

Objetivos:

Analizar los resultados clínicos de nuestra serie y valorar la toxicidad este tratamiento.

Material y Métodos:

Desde Mayo de 2005 hasta Mayo de 2008 se han tratado en nuestro centro veintiuna pacientes con una edad media de 51 años (37-70) con esta enfermedad mediante radioquimioterapia (45- 50,4 Gy) más sobreimpresión con BQT HDR con sonda central uterina. Cada paciente recibe 4 o 5 aplicaciones de BQT HDR.

Estadío tumoral: 4 EII B, 3 E III B, 3 E IV, y 1 EI.

El diametro medio máximo del tumor por RMN es de 5,7 cm

Es necesaria una descripción del GTV (gross target volume) y CTV (clinical target volume) previo a cada tratamiento por su modificación. La dosis biológica efectiva en GTV y órganos de riesgo, recto y vejiga fue de media 76,9 Gy ,71,30 Gy y 80 Gy respectivamente.

Resultados:

Con un seguimiento medio de 11 meses obtenemos un control pélvico de 81,8 % y una supervivencia global de 99%

La toxicidad observada ha sido: 2 proctitis, 3 cistitis y 3 leucitis vaginal.

Conclusión:

La radioquimioterapia concomitante seguida de BQT HDR es un tratamiento factible y eficaz para pacientes con cáncer de cervix avanzado. Permite un recubrimiento completo del GTV y CTV lo que es crucial para el control local.