

# **ARCHIVOS ANDALUCES DE CANCEROLOGIA**

**III Epoca, Año III, Número 8**

**Mayo 2003**

## **DIRECTOR**

Dr. D. Antonio Duque Amusco

## **REDACTOR JEFE**

Dr. D. Juan José Bretón García

## **EQUIPO DE REDACCIÓN**

Dr. D. J. Luis García Puche  
Dr. D. E. Murillo Capitán  
Dr. D. J.A. Virizuela Echaburu

## **SECRETARIO**

Dr. D. Pedro Pastor Gaitán

## **CONSEJO EDITORIAL**

Dr. D. E. Alba Conejo  
Dr. D. J. Américo Navarro  
  
Dr. D. E. Aranda Aguilar  
Dr. D. J. Belón Carrión  
  
Dra. D<sup>a</sup> E. Blanco Campanario  
Dr. D. M. Codes M. De Villena  
  
Dr. D. L. Errazquin Sáenz de Tejada  
Dr. D. R. González Cámpara

Dr. D. C. Iturrate Vázquez  
Dr. D. A. Martínez  
Sahuquillo  
Dr. D. A. Matilla Vicente  
Dr. D. J. A. Moreno  
Nogueira  
Dr. D. V. Pedraza Muriel  
  
Dr. D. A. Rodríguez-  
Antúnez  
Dr. D. E. Stiefel Barba  
Dr. D. M. Vidarte Zabala

## **ÍNDICE:**

### **EDITORIAL:**

PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA. UNA  
PROPUESTA PERTINENTE  
José Expósito Hernández

### **ESPECIAL:**

COMUNICACIONES AL CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA  
DE CANCEROLOGIA

### **ORIGINALES:**

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y DEL COSTE-  
EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS (1º PARTE)  
José Expósito, J. Hernández, A. Fernández Feijoo, Eduardo Briones  
Pérez de la Blanca

CONOCER EL DIAGNOSTICO. ESTUDIO DE METODOLOGIA CUALITATIVA  
Juan J. Bretón

### **REVISIONES:**

CÁNCER DE RECTO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
Aranda Narváez JM, Sánchez Pérez B, Navarro Piñero A, Mera Velasco  
S, Cabello Burgos A, Castro Santiago MJ, De La Fuente Perucho A.

## **ZONA DE EXPLOR@CIÓN y NOTICIAS**

### **DE INTERÉS.....**

CODIGO EUROPEO CONTRA EL CANCER  
CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO  
LISTADO DE REGISTROS DE CANCER

## **PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA. UNA PROPUESTA PERTINENTE.**

Por circunstancias a veces inexplicables, determinados problemas de salud emergen con fuerza y se hacen durante un cierto tiempo centro de la atención, los esfuerzos y la consideración de muchos grupos sociales. En el caso del cáncer estas circunstancias parecen algo más claras y explicables. La complejidad de los tratamientos, que cada vez implican a más profesionales, así como el elevado coste social (no sólo el económico) que supone, pusieron el acento durante los últimos quince años en la necesidad de medir los resultados que se iban obteniendo. La información resultante ha permitido, de una parte, la constatación de que, pese a un enorme interés mantenido y una gran tenacidad por parte de muchos grupos de investigación (básica y aplicada), los logros no alcanzaron las expectativas previstas. La posibilidad de compararnos unos países con otros, y dentro de éstos, unas comunidades con otras, ha obligado, además, a poner el acento en una revisión completa de todo el abordaje del paciente, incluyendo no sólo los aspectos puramente terapéuticos, sino también los preventivos, de soporte y cuidado, sin olvidar la propia familia.

Fruto de estas reflexiones son los diversos **planes oncológicos** que han aparecido en los últimos años en España y fuera de ella. Tienen en común, a mi modo de ver, el ser una apuesta decidida por mejorar la atención que prestamos al paciente y sobre todo tiene en común una visión de problema que pretende ser integral e integradora. Es decir abarcar todas las facetas de la enfermedad y también incluir todos aquellos recursos que pueden mobilizarse y de hecho se movilizan en estos momentos para lograr mejores resultados en cáncer. Pero sobre todo son el fruto de una lectura crítica de cómo se han venido haciendo las cosas o, si se quiere, el reconocimiento de la necesidad de un cierto giro, que quizá otros planes anteriores no lograron.

El **Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006**, se articula en torno a 12 líneas generales que se presentan para cumplir una serie de objetivos explícitos y también para satisfacer a una serie de expectativas expresadas por los diferentes actores (pacientes, familiares y profesionales) y recogidas de hecho en el texto del Plan. Como cualquier instrumento de este tipo, presenta líneas que no son competencia exclusiva del Plan y diferentes niveles de concreción en su articulado. Pero en todas las líneas estratégicas que se presentan existen como factores

comunes una constante presencia del paciente (o ciudadano, según el caso) y una visión insisto, integradora. Estos dos elementos parecen determinantes.

Desde la Dirección de Plan nos planteamos una serie de objetivos prioritarios que tiene que ver con la definición de estándares de calidad y acreditación reconocida que nos permita, allí donde no existe, acercarnos a los mejores opciones para los pacientes. Concretamente quisiéramos fueran objetivos de especial interés los siguientes:

- 1.- Definición, planificación y extensión a toda la Comunidad Autónoma de una red de Cuidos paliativos.
- 2.- Oncología Pediátrica, mediante la definición de unidades necesarias y sus requerimientos básicos, así como la puesta en marcha de un Registro de Tumores Infantiles.
- 3.- Red asistencial centrada en el acercamiento del tratamiento al paciente mediante la creación de unidades de tratamiento oncológicos en hospitales comarcales funcionalmente ligadas a los centros de referencia, en el equipamiento de unidades de Radioterapia (externa e intracavitaria) moderno y suficiente, y al creación de unidades específicas de tratamientos quirúrgicos de especial complejidad.
- 4.- La adopción de una metodología de trabajo clínico que permita abordar el manejo del enfermo de manera continua entre atención primaria y especializada (procesos).
- Y 5.- Intentaremos dotarnos en Andalucía de los sistemas de información que permitan monitorizar en el futuro los resultados que se vayan obteniendo.

Desde esta presentación, necesariamente esquemática y por tanto parcial, sí que me gustaría insistir en la necesidad de que este proyecto que entiendo pertinente y acertado, se lleve a cabo con la mayor participación de profesionales posibles, utilizando allí donde fuere preciso no sólo nuestros criterios y opiniones, si no también los mejores soportes bibliográficos y metodológicos. Aspectos en los que los profesionales dedicados a cuidar y tratar pacientes con cáncer resultan verdaderamente imprescindibles.

Dr. José Expósito Hernández,  
Director del Plan Integral de Oncología de Andalucía.  
Granada. 14 de Julio de 2003.

**COMUNICACIONES AL IX CONGRESO DE  
LA SOCIEDAD ANDALUZA DE  
CANCEROLOGÍA**

**Carmona, 2 de Febrero de 2003**

# COMUNICACIONES

## ORALES

### A-01 QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE OVARIO INICIAL TRAS CIRUGIA NO ÓPTIMA.

D. Vicente, E. Calvo. L. Iglesias, E. Arriola, A. López-Ladrón, J. Fuentes, A. Fernández, P. Pastor. MV. Abrio. A. Casas. R. Lasso, M. Ruiz, R. González M. Noguera, JA. Moreno. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla..

**Palabras clave.** Cáncer de ovario, estadios iniciales, quimioterapia.

**Introducción:** La quimioterapia (QT) adyuvante en el Cáncer de ovario en estudios precoces de alto riesgo es una práctica habitual. Nuevos estudios han demostrado su validez. La laparotomía de estadificación es fundamental, pero no siempre se realiza completa lo que puede influir en los resultados. **OBJETIVO:** Evaluar nuestra experiencia con QT adyuvante (carboplatino + ciclofosfamida) en pacientes con cirugía incompleta y conocer datos de supervivencia para este subgrupo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Recogemos retrospectivamente los

datos de todas nuestras pacientes tratadas por cáncer de ovario y con cirugía incompleta. Incluimos estadios la-lb grado histológico (GH) II-III, estadios Ic-Ila independientemente del GH y tipo células claras independientemente del estadio y GH. Todas recibieron carboplatino 350 mg/m<sup>2</sup> o AUC 5 y ciclofosfamida 750 mg/m<sup>2</sup>. **RESULTADOS:** Entre 1990-1999 tratamos 38 pacientes. Mediana de edad; 54.5 años, rango 31-76. Tipo de cirugía: Histerectomía 100%, doble anexectomía 97.3%, omentectomía 76.3%, lavado peritoneal 73.7%, biopsia peritoneal 23.6%, ganglios ilíacos 18.4%, aorta-cava 18.4 %, repliegues paracólicos 15.8% citología diafragma 5.3%. Tipo histológico; seroso 16 (41.2%) células claras 9 ( 23.6%) endometriode 6 (15.8%) mucinoso 5 (13.2 %) e indiferenciado 2 (5.3%). GH: Bien dif: 16 ( 41.2%) moderadamente dif. 7 (18.4%) mal dif. 7 (18.4%) Estadios: la 5 (13.2%), Lc 29 ( 76.3%), Ila 4 (10.5%). Toxicidad grado II-IV: anemia 4 pacientes (10.5%, IC 95% 1%-20%), Neutropenia 11 pacientes ( 29%, IC 95%, 15%-43%) Trombopenia 1 paciente ( 2.6%) náuseas 4 ptes. (10.5%), vómitos 2 ptes. (5.3%), Alopecia 3 pacientes (7.9%). No se registraron muertes tóxicas. Mediana de seguimiento 66

meses. Supervivencia global a los 5 años; 87.4 %IC 95% ( 75%-99%).  
**CONCLUSIÓN:** La QT adyuvante en ptes. con ca. de ovario inicial, de alto riesgo, sometidas a cirugía incompleta parece conseguir buenos resultados en cuanto a supervivencia. Nuestros resultados son concordantes con la literatura.

#### **A-02 EXPERENCIA CON EL CÁNCER DE MAMA MENOR O IGUAL A 1 cm CON GANGLIOS NEGATIVOS.**

**J. Miramón\*, E. Alba, N. Ribelles, A. Márquez , A. Rueda, L. Alonso, L. Sevilla, V. Villarreal, E. Torres, I. Ruiz.**

**H. Clínico de Málaga, \* H.G.B Serranía de Ronda.**

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento del cáncer de mama  $\leq 1$  cm con ganglios negativos es controvertido. Frente a los que defienden la necesidad de tratamiento adyuvante existe una opinión contraria a su uso basada en el escaso beneficio que aportaría dado el bajo número de recaídas y en general su buen pronóstico.

**OBJETIVO:** Estudiar los pacientes con cáncer de mama  $\leq 1$  cm tratadas en nuestro centro y analizar los factores pronósticos y tratamiento recibido. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los ca de mama  $\leq 1$  cm. tratados

entre 1/1/81 y 31/12/01 en nuestro centro, analizando las variables: edad, tipo y grado histológico, receptores: RE y RP, c-erb-2, tratamientos recibidos recidivas y mortalidad . estas se correlacionaron con la supervivencia libre de enfermedad . (SLE). **RESULTADOS:** Se analizaron 115 pacientes con mediana de seguimiento de 23.5 meses. Edad media: 56 años, 70% postmenopáusicas, y 20% con ant familiares de Ca de mama. Grado histológico: I:28%, II:34% III:11 Desconocido: 27%. Tipos histológicos: Ductal 69%. Lobulillar: 15%.Mixtos: 6%. Especial: 10%. Receptores: RE (+):42, RE (-):13, RE desc: 60; RP (+):38, RP(-):15,RP desconocidos:62. Tratamiento sistémico: HT:2(40%) QT:1(20%) Ninguno: 2(40%). Evolución: Metástasis tras recidiva : 2(40%). Muerte:1; VCE: 1;VSE:113. Pronóstico: No hubo diferencias significativas en la SLE en relación con el tamaño ( subgrupos  $<0.5$  cm y  $0.5-1$  cm) tipo y grado histológico , edad, (subgrupos 30-35 y 36-79 años), receptores: RE y RP ni con tratamientos recibidos. Tampoco la encontramos en el subgrupo: Grado histológico II-III RE y RP negativos sin tratamiento sistémico. **CONCLUSIONES:** El Cáncer de mama  $\leq 1$  cm con ganglios negativos tiene buen pronóstico

siendo muy bajo el número de recaídas por lo que no consideramos justificado el tratamiento adyuvante dado que el beneficio que aportaría sería mínimo en relación con su potencial toxicidad.

### **A-03 CMF CONCOMITANTE CON RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADO DEL CANCER DE MAMA, NUESTRA EXPERENCIA .**

Autores: Begara J\*, Medina JA\*, Moreno P\*, Sacchetti A\*, Burgos L\*\*, Cobo\*\*\* y Rueda \*\*\*\*.

Centro: + Croasa \*\* Ginecología (HRM)\*\*\* Oncología Médica (HRM) \*\*\*\* Oncología Médica ( HCU), Málaga.

**OBJETIVOS:** Evaluar la administración concomitante de quimioterapia con 6 ciclos de CMF y radioterapia (toxicidad) en el tratamiento conservador de cáncer de mama, sin detrimento de la eficacia. **MATERIAL Y MÉTODO:** Desde 1990 a 2001, 243 pacientes han sido remitidas y tratadas en nuestro centro (CROASA) con RT externa tras cirugía conservadora por cáncer de mama. Todas han recibido de forma concomitante QT con 6 ciclos de CMF, en diferentes centros y en el nuestro. La mediana de seguimiento es de 59 meses. La toxicidad se evaluó con criterios de la OMS, salvo para piel y tejido

subcutáneo que se usó los criterios de la RTGO. **RESULTADOS:** En un 30% respectivamente hubo toxicidad aguda cutánea G-I y G-II. Sólo en un 12% hubo toxicidad G-III . La toxicidad crónica en piel y tejido subcutáneo se observó en un 33%, pero solo un 2% presentaba G-III. En 12 pacientes se produjo una neutropenia G-IV. y en 4 pacientes toxicidad de mucosas G-IV; no completaron el tratamiento con QT y RT sólo 8 y 4 pacientes, respectivamente. Pero la toxicidad fue causa del incumplimiento de la QT en solo una paciente. En el 59% de los pacientes se ha evaluado el resultado estético: excelente en 44%, bueno 41%, regular en el 8% y malo en el 7% . En el seguimiento hemos observado 13 recaídas locales (10 exclusivas), 7 recaídas regionales y 34 recaídas a distancias. Al cierre del estudio 199 pacientes `permanecen VSE, y 13 VCE. 25 pacientes MCE y 2 MSE. **CONCLUSIÓN:** Este esquema de administración concomitante de QT y RT tiene una toxicidad aceptable y no afecta a los resultados finales en términos de control local y supervivencia.

### **A-04 CUANTIFICACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.**



Sánchez-Rovira P.<sup>1</sup>, Serrano M.J.<sup>2</sup>, Sirvent A.<sup>2</sup>, de la Torre N.<sup>2</sup>, Campos M.<sup>2</sup>, Delgado-Rodríguez M.<sup>2</sup>, Lozano A.<sup>1</sup>, Gaforio J.J.<sup>2</sup>

Hospital Universitario Ciudad de Jaén<sup>1</sup>.  
Dpto. Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén<sup>2</sup>.

**Palabras clave:** cáncer de mama, citoqueratina, separación inmunomagnética.

En el cáncer de mama, las metástasis se pueden producir en estadios tempranos. La detección de las células tumorales circulantes en sangre puede tener importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. Este estudio se ha diseñado para investigar la presencia y cuantificar las células tumorales circulantes en sangre periférica de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Hemos utilizado la selección inmunomagnética para el aislamiento de las células tumorales en sangre (Magnetic Cell Sorting, MACS). Brevemente, las muestras de sangre (10 ml) fueron sometidas a un doble gradiente de densidad (Histopaque-1077 y -1119). De las células resultantes se aíslan las células tumorales mediante separación inmunomagnética utilizando el kit comercial "Carcinoma Cell Enrichment Kit" (Miltenyi Biotec, Bergisch Gladbach, Germany). Las células tumorales marcadas magnéticamente (utilizando un anticuerpo anti-

citoqueratina 7/8 unido a microbolas magnéticas) fueron aisladas mediante una columna de selección positiva bajo la acción de un campo magnético (Mini MACS separador, Miltenyi Biotec). La fracción celular enriquecida es citocentrifugada en un porta y posteriormente marcada por inmunocitoquímica utilizando un anticuerpo monoclonal anticitoqueratina 7/8. La reacción del anticuerpo se detecta mediante la técnica inmunoenzimática alcalin-fosfatasa-anti-alcalin-fosfatasa (APAAP).

Utilizando este procedimiento no se detectaron células citoqueratin (CK) positivas en la sangre de 14 donantes sanos utilizados como control. Estudiamos 92 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, y los resultados muestran que en 55 casos (59%) aparecen células CK positivas, con un rango que varía entre 1 y 61 células. Utilizamos el test de Fisher para correlacionar la presencia de células tumorales y algunas características del estadio del tumor. Los resultados indican que hay una diferencia significativa en cuanto a la presencia de células CK positivas en relación al estadio N ( $p = 0.021$ ), pero no en relación a la presencia de metástasis ( $p = 1.0$ ). En cuanto a la relación entre el tamaño tumoral y la presencia de células CK positivas en sangre periférica se observó una

relación que está en el límite de lo significativo ( $p = 0.07$ ).

#### **A-05 TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN EL CARCINOMA DE PRÓSTATA**

M.C Fernández Fernández, E Rodríguez, E Montero, FJ Peracaula, B Quintana, J Luis Simón, J.L García. A Gómez, M.J Jiménez, M Maillo, E Altolaguirre.

Servicio de Oncología Radioterápica. H. U “ Virgen del Rocío”. Sevilla.

**Palabras clave:** Cáncer de próstata, radioterapia.

**INTRODUCCION:** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del carcinoma de próstata con radioterapia externa y hormonoterapia con intención radical.

**MATERIAL Y METODOS:** Desde 1995 hemos tratado 40 pacientes afectos de carcinoma de próstata con una edad media de 69 años ( 58-81). Los síntomas más frecuentes fueron disuria y polaquiuria en 20 pacientes ( 50%) y el tiempo medio que se tardó en diagnosticar la enfermedad fue de 11 meses. El diagnóstico se realizó con biopsia. Los estadios fueron: 6 pacientes en T1c, 18 en T2a, 6 con T2b y 4 con T3. El grado de Gleason en 18 pacientes era menor de 4 en 12 entre 5 y 7 y en 10 mayor de 7. El PSA antes de la radioterapia fue en 24 pacientes menor de 20 ng/ml, en 6 entre 20-40

ng/ml y en 10 mayor de 40 ng/ml. El tratamiento consistió en irradiación con fotones de 18 Mv, 4 campos en box sobre pelvis alcanzándose una dosis media en próstata de 64 Gy (55-70). Todos los pacientes tuvieron un bloqueo androgénico completo durante el tratamiento radioterápico.

**RESULTADOS:** En la actualidad viven 38 pacientes, habiendo fallecido 2 pacientes, uno con metástasis óseas y otro con enfermedad local. La histología del tumor era de adenocarcinoma en el 100 % de los casos. La supervivencia (Kaplan - Meier) ha sido del 90% a los 60 meses. Las cifras de PSA finalizado el tratamiento fueron inferiores a 1 ng/ml en 30 pacientes y en los restantes pacientes se normalizaron posteriormente. Las complicaciones agudas fueron en 15 pacientes (37%) un síndrome miccional y en 11 (27.5%) fueron intestinales. Entre las complicaciones crónicas tuvimos en 4 pacientes con toxicidad intestinal grado 3. **CONCLUSIONES:** El tratamiento con radioterapia y hormonoterapia en el carcinoma de próstata ofrece resultados excelentes en el control de esta enfermedad no teniendo una gran toxicidad.

#### **A-06 RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA**

## **PROSTÁTICO.**

**Rico JM\*, Begara J\*, González P\*, Muesa MJ\*, Correa R\*\*. Domínguez A\*\*.**

\* Centro CROASA. \*\*S de Oncología Radioterápica Hospital Regional. mMálaga

**INTRODUCCION:** La radioterapia conformada tridimensional se ha relacionado con un incremento del índice de repuestas permitiendo un aumento de la dosis administrada sin incremento de la toxicidad.

**MATERIAL Y METODOS:** Análisis retrospectivo de 75 pacientes tratados entre mayo-1999 y Junio-2001 mediante radioterapia conformada tridimensional +/- hormonoterapia.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 68.9 +/- 6.6 (47-86) Gleason: 2-4 (14.6%) 5-7 (64%), 8-10 (10-6%), desconocido (10%) Estadio T1 845.3%). T2 (30.7%). T3 (17.3%) , T4 (2.6%), desconocido (4%). Dos pacientes presentaron metástasis ganglionares al diagnóstico.. El PSA previo a la radioterapia fue de 24.11 ( 0.1-107). La dosis media administrada fue 71.05 +/- 1.74 Gy ( 64.8-73.8) el 84% recibió mas de 70 Gy y el 47 mas de 72 Gy. En el 22.7% de los pacientes recibió algún tratamiento hormonal. Tras una mediana de seguimiento de 24 meses, el nadir de PSA sérico fue < 0.5 ( 59%), 0.5-1 (28%), 1-2 (9%),> 2 (4%). Ha habido

ocho recidivas ( 6 bioquímicas y 2 clínicas). En la actualidad 62 pacientes viven sin evidencia de enfermedad, 8 viven con enfermedad y ha habido 5 muertes por causa distinta al cáncer ). La supervivencia global, libre de enfermedad clínica y libre de fallo bioquímico a los tres años fue del 97 %, 93% y 90 % respectivamente. **CONCLUSIÓN:** La radioterapia conformada tridimensional proporciona un elevado índice de respuestas de larga duración con baja toxicidad. Es necesario un mayor seguimiento para valorar supervivencia global.

## **A-07 ESTADIFICACION DEL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCITICO (CPNM) MEDIANTE VIDEOTORACOSCOPIA EXPLORADORA ( VTE):**

Pachón J, Alonso M, Villanego I, Mesa C, Hebrero L, Aresté R, Laviana C, Bonafé C, Sánchez Calzado JA, Errazquin L.

Servicio de Oncología Radioterápica. H. U. Virgen Macarena , Sevilla

Palabras clave: Cáncer de pulmón, videotoracosopia, estadiaje.

**OBJETIVOS:** La estadificación es fundamental para la toma de la decisión terapéutica. La VTE en una técnica útil para el diagnostico de CPNM. Por ello, se analizó la

concordancia de la VTE con la anatomía patológica post-cirugía (AP) en la estadificación de pacientes afectados de CPNM evaluados para tratamiento oncológico. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo de casos de CPNM evaluados para RT en el año 2000, en los que se disponía de realización de VTE, cirugía y anatomía patológica de la pieza quirúrgica (AP). El estadio definitivo fue el obtenido con AP: Se analizó la concordancia de la VTE globalmente (estadio de la UICC) y según las categorías T y N. En los pacientes con discordancia se analizó su influencia en la decisión de tratamiento complementario. Se utilizó un estudio descriptivo de cohortes; los valores se expresan como mediana, rango (r) y porcentajes. **RESULTADOS:** Ochenta y cinco pacientes con CPNM fueron evaluados para RT; de los cuales 34 casos cumplían los requisitos mencionados. La mediana de seguimiento fue de 17 meses (r, 2-28). Treinta pacientes (88%) eran hombres, la mediana de edad fue de 64 años (r, 36-78). Las localizaciones fueron: LSD 14.7%, histológicos fueron: epidermoide 55.9%, adenocarcinoma 32.4% y células grandes, mucoepidermoide, blastoma y carcinosarcoma 2.9% cada uno. El tiempo mediano desde el inicio de los síntomas hasta el VTE fue de 2

meses (r, 0.25) y exitus ocurrió en 17 (50%). Discordancia en el estadiaje entre VTE y AP existió en 12 pacientes (35.3%), con infraestadiaje por VTE en 5 y supraestadiaje en 7; la discordancia en el T ocurrió en 6 (17.6%) y en N en 11 (32.4%). En 9 de los 34 pacientes (26.5%) la AP modificó la decisión de irradiación respecto a los hallazgos de la VTE. **CONCLUSIONES:** 1- La VTE es una técnica segura que permitió el estadiaje correcto del CP en el 64.7%. 2. Su discordancia con la AP fue mayor en el N que en el T. 3. En los pacientes evaluados para RT, la AP modificó el régimen terapéutico en el 26.5% de los casos.

#### **A-08 ESTUDIO DE VALOR PRONÓSTICO Y PREDICTIVO DE RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA DE LA DETERMINACIÓN EN SANGRE DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR.**

Antonio Irigoyen Medina\*, Carolina Fernandez Ramos, Rosa Muñoz Sanchez, Javier Valdivia Bautista, Encarnación González Flores, Juan Ramón Delgado, Pedro Ballesteros, Pilar Gutierrez, \* Manuel Sanchez Moreno, Joaquin Belón Carrión.

**S. Oncología Médica. Hospital Virgen de la Nieves de Granada, \* Facultad de Ciencias, Universidad de Granada.**

Los tratamientos que administramos a los pacientes con cáncer se eligen basados en la estadística global de ensayos clínicos previos. Será útil disponer en la clínica de factores predictivos que permitan seleccionar el tratamiento efectivo individual. Un enfoque racional para el tratamiento de los pacientes con cáncer es examinar la expresión aumentada de los genes implicados en la proliferación celular, angiogénesis, invasión celular y protección de la apoptosis. La investigación básica ha descubierto marcadores biológicos en el suero de los pacientes con potencialidad pronóstica y predictiva de respuesta, que no se utilizan en la práctica clínica.

Nuestro grupo de investigación está determinando varios marcadores biológicos en el suero de pacientes que van a recibir quimioterapia, entre ellos el factor de crecimiento endotelial vascular (vascular endothelial growth factor, VEGF) que tiene actividad antiapoptótica, mitogénica y de incremento de la permeabilidad vascular, y cuyas isoformas VEGF 121 y 161 son segregadas en cantidades significativas en la circulación.

Las extracciones de muestras se realizaron antes de iniciar el tratamiento, al tercer ciclo, al finalizar la terapia, y ante progresión de la

enfermedad en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, ovario, estómago, cabeza y cuello, colon y recto. Una vez extraído el suero se almacenó a -20°C hasta su ensayo.

Presentamos los resultados preliminares que muestran:

-La relación de los niveles de VEGF en el grupo de pacientes con cáncer de pulmón con el estadio de la enfermedad, y con la presencia de afectación ganglionar y metastásica.

-La diferencia en la concentración de VEGF en los estadios iniciales de cáncer de colon y recto respecto a los estadios avanzados, y la disminución de los niveles en los pacientes en respuesta al tratamiento.

-La disminución de los niveles de VEGF en los pacientes con cáncer de ovario avanzado tras el inicio de quimioterapia.

#### **A-09 DESCRIPCION DE UNA UNIDAD DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS (HDR), EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS HAYA DE MALAGA.**

Azcoaga J, Herruzo L, Garcia Rios L, Macias J\*, Correa R, Rivas D, Galán P\*.

S de Oncología Radioterápica. \*S. de Física y Protección Radiológica. H. Carlos Haya de Málaga.

#### **INTRODUCCION**

La braquiterapia consiste en la

colocación de fuentes radiactivas muy cerca o en contacto con el tejido que se pretende irradiar. Se considera braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR) aquella que es capaz de liberar dosis superiores a 200 cGy/h. Debido a esta tasa de dosis, es potencialmente más probable causar una toxicidad mayor que con baja tasa de dosis (LDR), por lo que se recurre al fraccionamiento de la dosis. La HDR tiene una serie de ventajas sobre la LDR, tales como minimizar el tiempo de estancia hospitalaria, reducir la posibilidad de desplazamiento de las fuentes, reducir la necesidad de anestesia y permitir la optimización de la distribución de la dosis.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga se puso en marcha en el mes de febrero de 2002 una unidad de Braquiterapia de alta dosis, siendo la primera unidad de estas características instalada en Andalucía. La unidad consta fundamentalmente de un radioquirófano para la colocación de los aplicadores y la obtención de las radiografías ortogonales., de una sala de tratamiento protegida radiológicamente para la aplicación de los tratamientos, y de un sistema de planificación en tiempo real que

permite que el proceso tenga una duración total muy reducida.

Desde la puesta en marcha de la unidad en nuestro servicio se han tratado 46 pacientes ginecológicas y 1 caso de ca. rectal. De ellos 11 han requerido aplicadores dosis por fracción ha oscilado entre 4.5 y 5 Gy, y el número de aplicaciones totales entre 2 y 8, según se clasificara a los pacientes en bajo o alto riesgo. El número de fracciones semanales ha variado entre 1 y 2 dependiendo de si la braquiterapia se combinara o no con radioterapia externa.

En resumen, la braquiterapia HDR presenta una serie de ventajas sobre la de baja tasa de dosis a igualdad de resultados, sin que la toxicidad se vea incrementada significativamente. En nuestra experiencia la tolerancia ha sido excelente en todos los pacientes, no habiendo registrado ningún caso de toxicidad local, vesical ni rectal.

## **A-10 PAPEL DE LA RADIOTERAPIA EN EL CARCINOMA DE CERVIX UTERINO**

Montero E, Rodriguez E, Peracaula F.J, Fernandez M.C, Quintana B, García Fernandez J.L.

Hospital universitario Virgen del Rocío. Servicio de Oncología Radioterápica.

**Palabras clave:** Carcinoma de cervix, radioterapia externa, braquiterapia, cirugía de rescate.

**OBJETIVOS:** Observar el beneficio obtenido con tratamiento radioterápico por las pacientes afectas de carcinoma de cervix no operables.

**MATERIAL Y MÉTODO:** se han revisado de manera retrospectiva a 166 pacientes afectas de carcinoma de cérvix uterino de las cuales 63 de ellas nos fueron remitida sin haber recibido tratamiento médico o quirúrgico algún; se trataron en nuestro servicio desde enero del 98 a enero del 02 con carácter radical. Con una media de edad al diagnóstico de 50 días como mediana ( 0-2555) desde el primer síntoma; un 74.60 % debutaron con metrorragias y un 6.34% IIA, 36.50% IIB, 6.34% IIIA, 41.26% IIIB y 4.76% IVA.. El tipo histológico predominante fue el carcinoma epidermoide con un 68.25% seguido del adenocarcinoma con un 19.04% y el de células claras con un 4.76%. De ellas el 100%

recibió un régimen de radioterapia externa con cuatro campos en box sobre pelvis hasta 45 Gy, de estas pacientes un 66.66% (42) recibió sobreimpresión de parametrios de 10 Gy, y un 4.76% (3) sobreimpresion sobre cúpula vaginal de 20 Gy, ambas con radioterapia externa; con un régimen de 2Gy sesión y una dosis de 50 benefició de quimioterapia concomitante con Cisplatino a una dosis de 50 mg/ m<sup>2</sup> cada 21 día.

**RESULTADOS:** Tras régimen fueron evaluadas de nuevo por servicio de oncología ginecológica, de las cuales el 31.7% ( 20) se beneficiaron de cirugía de rescate, presentando el 60% de estas 8 129 una anatomía patológica blanca. Como alternativa a la cirugía de las otras 43 (58.7%) mujeres, 3 recibieron sobreimpresión vaginal y 2 pacientes sobreimpresion de parametrios, en ambos casos con radioterapia externa; 35 de ellas ( 81%) se propusieron para braquiterapia, pudiendo tratarse con esta técnica 23 pacientes ( 53% de las no intervenidas y 66% de las propuestas) con Cs 137 con un a dosis de 20Gy. La supervivencia total fue de 20 meses y la libre de enfermedad de 10 meses como medianas.

**CONCLUSIONES:** La radioterapia es el tratamiento de elección en los estadios avanzados de carcinoma de cervix pudiéndose beneficiarse un

porcentaje importante de pacientes de una cirugía de rescate posterior.

## **A- 11 PAPEL DE OCTREÓTIDO EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.**

I. Fernández,, M.M. Gordon, J.M. Rodríguez, E. Jiménez, J.L.Pérez.

Unidad de Oncología Médica. Hopistal Jerez de la Frontera ( Cádiz).

Otreótido /obstrucción intestinal.

**INTRODUCCIÓN:** La obstrucción intestinal es una complicación muy frecuente en la evolución de paciente oncológico. Las causas son muy variadas, tumoración intestinal, heridas post-quirúrgicas o postradioterapia, carcinomatosis peritoneal, fármacos, alteraciones neurológicas, hipercalcemia,...Es necesario hacer un diagnóstico diferencial de la causa desencadenante con vistas a un tratamiento quirúrgico o conservador. Una vez descartada la cirugía, el tratamiento conservador debe incluir las siguientes medidas: aspiración digestiva mediante SNG, sueroterapia, analgesia, antieméticos, antibioterapia de amplio espectro y nutrición parenteral si el cuadro se prolonga. Se han ensayado tratamientos que incluyen casos de cuadro obstructivo.

**PACIENTES Y METODOS.** en este estudio se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer

avanzado que presentaron obstrucción intestinal y precisaron ingreso en nuestra área de hospitalización desde Agosto de 2.000 hasta Agosto de 2002. Una vez descartado tratamiento quirúrgico, iniciamos medidas conservadoras que incluían Otreótido a dosis de 0.05 mg/ 8-12 horas. Hemos analizado la mejoría de los síntomas, la resolución del cuadro obstructivo, así como la necesidad o no de colocar SNG:

**RESULTADOS:** se recogieron 15 pacientes, como enfermedad de base 10 presentaban cáncer de colon, 3 cáncer de cérvix, 1 cáncer gástrico y 1 de vejiga. La edad media fue de 60 años y 11 de los pacientes eran mujer. Los síntomas principales consistieron en dolor abdominal., vómitos y estreñimiento en 9 pacientes, 3 debutaron sólo con dolor, 2 con vómitos y 1 con estreñimiento. Tras 5 días de tratamiento con Otreótido mejoraron las náuseas y los vómitos en 8 de los 11 pacientes, toleraron la alimentación 11 de los 15 pacientes analizados, se resolvió el tránsito intestinal en 7 pacientes y sólo fue necesario la SNG en 2 de nuestros pacientes. A partir de la esta semana, 7 pacientes volvieron a ingresar por el mismo cuadro clínica, instaurándose las mismas medidas terapéuticas en algunos de ellos.

**CONCLUSIONES:** El Otreótido es



un análogo sintético de la somastatina que presenta una vida media más larga. Su uso ha demostrado ser una buena medida en el tratamiento de la obstrucción intestinal de los enfermos con cáncer avanzado. Puede paliar las náuseas y vómitos, el estreñimiento, el dolor y en algunos casos ha resuelto el cuadro suboclusivo. El Octreótido se presento como tratamiento eficaz en estos pacientes.

#### **A-12. PAMIPADRONATO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS ÓSEAS.**

D. Vicente, M. Ruiz, A. López, P. Peracaula, E. Arriola, E. Rodriguez, J. Fuentes, A. Casas, P. Pastor, MV Abrio, E. Calvo, M. Noguer, L. Iglesias, J. Moreno. Servicio de Oncología Médica y Radioterapia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Palabras clave:** Pamidronato, metástasis óseas, cáncer de mama.

**INTRODUCCIÓN:** Dolor, fracturas patológicas e hipercalcemia causan una gran morbilidad en pacientes con cáncer de mama y metástasis óseas. El pamidronato (PAM) disminuye estos eventos negativos e incrementa la calidad de vida de estas pacientes (ptes) **OBJETIVO:** Conocer la eficacia de PAM en las ptes con cáncer de mama y metástasis óseas tratadas en

nuestro Servicio. **MATERIAL Y METODOS:** Hemos recogido los datos de 60 ptes, tratadas con PAM ( 90 mg en infusión de 2 horas. El tratamiento fue repetido cada 3 ó 4 semanas, al menos en 6 ocasiones, mediana 6 ( rango 6-24). Las características de la ptes. fueron las siguientes: Mediana 6 ( rango 6-24). Las características de la ptes. fueron las siguientes Mediana de edad: 54 años. Karnofsky

30/40/50/60/70/80/90/100, 1/1/2//4/12/23/11/6. Un 77% y un 58% de la ptes. habían recibido, respectivamente, hormonoterapia y quimioterapia previas para la enfermedad metastásica. Un 41,7% presentaba metástasis extraesqueléticas. Mediana de seguimiento de 11 meses ( rango 6-37). La eficacia de PAM fue determinada según los siguientes criterios: Respuesta subjetiva, incremento en el valor de Karnofsky y reducción del consumo analgésico. Se consideraron eventos óseos negativos los siguientes, fractura patológica (FP), radioterapia (RT y/o cirugía (CG), compresión medular (CM) e hipercalcemia (HC).

**RESULTADOS:** Respuesta subjetiva: 42/60; 70%, IC 95% (58-82%), aumento del karnofsky 25/60, 42%, IC 95% (30-54%), reducción de la analgesia 25/60,42%,IC 95% (30-54%). Eventos óseos negativos:

14/60; 23.3% IC 95% (12-34), FP2, RT 9, CM 2, HC 1. **CONCLUSIONES:** Pamidronato desempeña un papel importante en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama y metástasis óseas.

### **A-13 QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CPNM ESTADIO IIIA/IIIB.**

Morales R, Barneto I, Mendez MJ, Serrano R, Gómez A, González S, De la Haba J, Rubio MJ, García A, Aranda E. Servicio de Oncología Médica. Hospital Reina Sofía Córdoba.

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía sigue siendo la modalidad terapéutica de elección en CPNM en estadios precoces. El empleo de quimioterapia neoadyuvante con esquemas que incluyan platino ha demostrado su beneficio en respuestas y supervivencia, incluso en estadios IIIB considerados inicialmente no quirúrgicos. Los objetivos del estudio en conocer la supervivencia global, el intervalo libre de enfermedad, el intervalo libre de progresión y la tasa de resecabilidad de los pacientes diagnosticados de CPNM estadios IIIA/IIIB, tratados en nuestro servicio desde 1997 a 2001. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han evaluado 62 pacientes diagnosticados de CPNM, estadio IIIA, y III, bien por N2 o

irresecabilidad inicial, entre 1997 y 2001. **RESULTADOS Y**

**CONCLUSIONES:** Mediana de edad de 60.5 años ( 38.76). Un 33.87% eran estadios IIIA y 66.13% IIIB. Los tipos histológicos fueron: 4.8% indiferenciados, 66.1% epidermoides, 19.4 células grandes, 9.7% adenocarcinomas. De ellos 18 eran operables-resecables, 37 inoperables irresecables, 3 inoperables-resecables. 4 operables-irresecables. Todos los esquemas de quimioterapia administrados incluyeron cisplatino. La mediana de ciclos administrados fue de 4 ( 3-6). La respuestas observadas tras quimioterapia fueron: 1.6% de RC, 45.16% RP, 43.54% EE y 9.7% PRO. 18 pacientes (32.3%) fueron intervenidos, 10 neumectomias, 9 lobectomias y 1 segmentectomía; down-stating” en 17 de los 20 resecados. Hubo 1 paciente con respuesta patológica completa. Actualmente ha progresado un 52.4%, habiendo fallecido 21 pacientes y 7 han recurrido tras la cirugía. Con una mediana de seguimiento de 20.1 meses, la mediana de supervivencia con el método de Kaplan-Meire es de 41.23 meses.

### **A-14 TRATAMIENTO COMBINADO PREOPERATORIO EN EL CARCINOMA DE RECTO.**

García S, Gómez A. Serrano R.

Rodríguez M, Morales R, Palacios A, Aranda E. Servicio de oncología Radioterápica y Médica. Hospital Reina Sofía de Córdoba.

**INTRODUCCION:** Debido a su especial localización las recidivas locales del carcinoma de recto son frecuentes. Los datos actuales orientan a la realización de un tratamiento preoperatorio. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Abril de 2001 hemos tratado a 21 pacientes, 19 para el análisis de datos. Estadificados preoperatoriamente por ecografía endorrectal, se incluyeron UT3-UT 4 y/o N+, Realizamos un tratamiento preoperatorio combinado con 5FU en infusión continua a 300 mg/m<sup>2</sup>/día concomitante con Radioterapia con fotones de alta energía administrándose una dosis total al PTV ( Tumor primario más margen y cadenas ganglionares linfáticas) de 45 Gy con fraccionamiento de 180 cGy/día 5 s/semana. Entre las 4-6 semanas postfinalización fueron intervenidos, posteriormente recibieron tratamiento adyuvante con Isovorin -5FU 6 ciclos; un paciente recibió sobreimpresión tras la cirugía por afectación de márgenes con 10Gy.

**RESULTADOS:** La media de edad fue de 61 años ( 39-73), el 58% fueron varones, 84,2% T3 y 15.8%

T4, 52.6%N\* y 10.5%Nx. La sintomatología más frecuente al diagnóstico fue retrorragia junto a síndrome constitucional en el 58%. No hubo toxicidad grado III/IV . En el 42% de los pacientes se consiguió preservación de enfinteres. La disminución de T fue estadísticamente significativa, no así la del N. La distribución por respuesta completa, 2 (10.52%) pacientes con T4, 8( 42.1%) con T3, 6 (31.57%) conT2 y 1 (5.26%) con T1. A nivel ganglionar 63.15% ( 12 pacientes) fueron N0. Hasta el momento 1 paciente presenta enfermedad a distancia , el resto está libre de enfermedad.

**CONCLUSION:** El tratamiento preoperatorio parece una buena opción terapéutica con escasa toxicidad.

#### **A-15 EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL FENTALINO TRANSDERMICO EN UN SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA**

J. Contreras, I. Herruzo, A Villanueva, A. Wals, R. Corea, A. Domínguez, J. Azocoaga, R.Delgado, I. Fortes, I García. Servicio de Oncología Radioterápica H. Carlos Haya de Málaga.

**P. clave:** Fentalino transdermico, dolor, radioterapia.

**INTRODUCCION:** El dolor crónico es uno de los síntomas frecuentes en los pacientes con cáncer. Alrededor del 65% de los tumores malignos avanzados cursan con dolor moderado a severo, siendo a menudo necesario utilizar vías alternativas de administración de fármacos cuando la enfermedad progresa. El objetivo del presente estudio es evaluar, en pacientes oncológicos que precisan analgesia de tercer escalón, la efectividad, toxicidad y satisfacción de los pacientes tratados con fentalino-TTS en un Servicio de Oncología Radioterápica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han incluido pacientes con dolor oncológico no controlado que requieren analgesia de tercer escalón y que presentan intolerancia a opioides vía oral, polimedicación o disfagia. Fueron evaluados al inicio del estudio con prescripción de fentalino-TTS, y posteriores revisiones a las 72 horas y a los 30 y 60 días. En el seguimiento se evaluó la intensidad del dolor, dosis de fentalino-TTS, efectos secundarios y satisfacción del paciente.

**RESULTADOS:** Se han incluido 225 pacientes, con una edad media de 60 años ( rango de 4 a 92 años) . En el 22% de los pacientes el dolor era secundario a alguna complicación del tratamiento oncológico, siendo en el resto ( 78%) causado directamente por un tumor.

Un 68 % inició fentalino-TTS tras opioides menores. Tras 60 días, la disminución de la intensidad del dolor fue de 4.06 puntos en la escala EVA (  $p < 0.005$ ). Los efectos secundarios fueron en su mayoría leves-moderados, siendo el mas frecuente el estreñimiento ( 60%), seguido de nauseas leves (20%) coincidiendo en general con el inicio del tratamiento con fentalino-TTS. Un 58% de los pacientes calificó su satisfacción como alta, moderada un 32% y nula un 10%.

**CONCLUSION:** Podemos concluir que fentalino-TTS es un fármaco útil en los Servicios de Oncología Radioterápica por su sencillez de uso y escasos y manejables efectos secundarios en pacientes con dolor crónico oncológico que precisan analgesia de tercer escalón, fundamentalmente en pacientes polimedcados, con disfagia o intolerancia opioides mayores vía oral.

#### **A-16 TRATAMIENTO RADIOQUIMIOTERÁPICO PFREOPERATORIO CON PIRIMIDINAS ORALES EN EL CARCINOMA RECTAL.**

Gonzalez P, Medina JA, Sacchetti A, Moreno P, Wals A, Breton J, Alba E. Centro “ Croasa . Radioterapia HRM Oncología Médica HRM; Oncología Médica HCM ( Málaga).

**OBJETIVOS:** Describir el downstaging en el carcinoma rectal inducido por agentes radiosensibilizantes en unión con radioterapia preoperatoria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde 1998 a 2002 han sido tratados en nuestro centro con RTQT preoperatorio 38 pacientes ( p) con diagnóstico histológico de carcinoma rectal. Edad media: 58 a ( 31-75) Sexo: 31 varones y 7 mujeres. Histología: Epidermoide: 0p. adenocarcinoma: 38p. Clasificación TNM: T2:7p.T3:30p. T4:1p. Tratamiento: AL, Fotones 6-15MV, 4 campos, sobre target y áreas ganglionares de drenaje: Dosis : 45GY; fraccionamiento: 1.8 Gy; Radioterapia 3-D: 22p. Concomitante todos recibieron quimioterapia esquema Utefos 800 mg/ día. Seguimiento medio fue de 12 meses. La toxicidad fue evaluada mediante los criterios de la RTOG. Método estadístico:: Kaplan-Meier.

**RESULTADOS:** Todos los pacientes completaron el tratamiento. Status en el momento del análisis: VSE: 29p ( 76%). VCE: 5P( 13%). MPE: 1p(2%) Mtoxicos: 1p(2%) perdidos: 2p (5%). Cirugía: 35p (92%), de estos 1p. (206%)falleció por cuadro séptico,2p.(5.2%) no disponemos la AP y 32p ( 84.4%) fueron evaluados :downstaging: 17p.(53%) igual estadio: 15p. (47%). Tipo de cirugía:

AAP: 25p.(71%). RAB : 10p. (29%). No cirugía: 3p.(8%). Se aportará curvas de supervivencias. El tratamiento fue bien tolerado, no interrupción del mismo. Toxicidad: rectitis 22p. G-1,6p.G-3.

**CONCLUSION:** El tratamiento es bien tolerado. Cuando se administra pirimidinas orales concurrente con la irradiación inducen un downstaging. Será necesario estudios posteriores para confirmarlo.

#### **A-17 RADIOQUIMIOTERAPIA EN CANCER DE ESOFAGO**

Gómez-Millán J, Reina Zoilo JJ, Bayo Calero J, Velázquez Miranda S, Márquez García-SM, Rodríguez A, Montaña Periañez A, Muñoz Carmona D, Bayo Lozano E.

Servicios de Oncología Médica y Radioterápica . Servicio de Radiofísica. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**OBJETIVO:** Aportar los primeros resultados de protocolo hospitalario, haciendo énfasis en toxicidades y respuestas. **MATERIAL Y MÉTODO:** Entre Octubre de 1997 y Octubre de 2002 hemos tratado a 24 pacientes afectos de cáncer de esófago con radioquimioterapia simultánea (RTQT) con o sin cirugía posterior. Criterios de inclusión: Edad menor a 75 años, ECOG: 0-2, diagnóstico histológico de adenocarcinoma, carcinoma epidermoide o

indiferenciado, estadios I a IV. Tratamiento quimioterápico con CDDP ( 75 mg/m<sup>2</sup>/cada 21 días) y 5FU ( 175 mg/m<sup>2</sup>/ic durante la irradiación). Tratamiento radioterápico con fuente de Cobalto 60, simulación virtual y planificación en 3D ( Theraplan plus), irradiado a profilácticamente mediastino con 45-46 Gy y sobreimpresión del tumor hasta 50-54 Gy en función de cirugía posterior y tolerancia según histogramas. En aquellos pacientes que presentaban ganglios negativos clínicos, PS menor o igual a 2, y tumores resecables o en el limite de la resecabilidad se valoró cirugía mediante esofagectomía transhiatal tras RTQT. **RESULTADOS:** 23 pacientes eran de sexo masculino y 1 de sexo femenino, con una edad media de 62 años y un rango entre 44 y 74 años, 13, de ellos eran de histología epidermoide (56.3%), 9 adenocarcinomas (31.3%) y 2 indiferenciados (12.4%). La longitud tumoral media fue de 6.9 cms ( 4 a 10 cms). El síntoma más frecuente fue la disfagia (87.5%). El 75% de los pacientes presentaban un performance status ( escala ECOG) de 1 y el 18.8%, de 2, no presentado ningún pacientes valores de 0 ni de 3-4. De los 24 casos analizados, el 31% asentaban en el tercio superior del tórax ( desde 18 cms a 24 cms), el 50% asentaban en tercio medio (

desde 24 a 40 cms) y el 19% sobre el tercio inferior ( desde 40 cms). De 14 casos analizados, 2 casos se presentaban ganglios positivos clínicos al diagnóstico. La dosis media aplicada al tumor ( PTV1) fue de 53.3 Gy ( rango entre 46 y 60 Gy) y al mediastino de 43.2 Gy (Rango entre 24 y 50.4 Gy). El tratamiento se interrumpió por toxicidad en 1 paciente. Aparte del paciente citado, ningún otro requirió descanso del tto ni cambios en intensidad de dosis de quimioterapia. 12 pacientes presentaron una respuesta una respuesta clínica completa. De los 6 pacientes intervenidos, en 3 de ellos se objetivo RC histológica. Por otra parte, sólo en 1 paciente intervenido se objetivaron ganglios histológicamente afectados. En cuanto a las toxicidades agudas más significativas ( grado3), 2 pacientes presentaron anemia , ningún paciente sufrió leucopenia, 1 paciente presentó toxicidad mucosa. 3 pacientes esofagitis. Las toxicidades crónicas presentadas han sido, esofágica grado 1 en 2 pacientes y pulmonar grado 1 en 2 pacientes. Se aportan supervivencia. **CONCLUSIONES:** En nuestra corta serie, con seguimiento limitado, el esquema empleado obtiene alta tasa de respuestas completas, toxicidad muy baja y una mediana de supervivencia libre de enfermedad alta en comparación a

otras series.

#### **A-18 RADIOTERAPIA RETROORBITARIA EN LA OFTALMOPATÍA DE GRAVES.**

Rodríguez E, Montero E, Peracaula FJ, Fernández MC, Quintana B, García JL, Arriola E, Vicente D, Fuentes J. S. De Oncología Radioterápica, HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

**OBJETIVO:** La radioterapia retroorbitaria es un tratamiento contrastado en el manejo de la oftalmopatía asociada a la enfermedad de Graves, con respuesta favorable en aproximadamente el 60% de los casos. su eficacia es mayor en pacientes con diagnóstico reciente, y mejora con la combinación con dosis altas de corticoides sistémicos. En este trabajo exponemos nuestra experiencia con pacientes afectos de esta patología y resistentes al tratamiento corticoideo.

#### **MATERIAL Y METODO:**

Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre 33 pacientes tratados en nuestro servicio entre agosto de 1996 y agosto de 2002, 14 hombres y 19 mujeres, de edades comprendidas entre los 32 y los 78 años. Se les administró radioterapia retroorbitaria con dosis acumulada de 20 Gy, en dos campos oblicuos con

un fraccionamiento de 0.2 Gy al día y una distribución del 50%, con fuente de fotones de Ale 18 MV.

**RESULTADOS:** Experimentaron mejoría 26 pacientes, 10 con una mejoría transitoria de los síntomas y posterior estabilización del proceso, 6 con una regresión parcial permanente de la oftalmopatía, y 10 con desaparición total de los síntomas y un alto grado de satisfacción. De los 7 pacientes que no mejoraron uno desarrolló una endooftalmítis, uno presentó una recidiva tras una regresión inicial y precisó terapia con ciclosporina, y los otros mostraron una progresión de la clínica que en dos casos precisó de cirugía.

**CONCLUSION:** La radioterapia retroorbitaria asociada a corticoides sistémicos es efectiva en el manejo de oftalmopatía de Graves, y bien tolerada por los pacientes.

#### **A-19 ANALISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EN EL GLIOBLASTOMA MULTIFORME.**

Romá,, P; Gil Salú, JL.; Salas, MC; Benítez, E; Jaen, J; Gutierrez,L; Alonso, E; de las peña, MD; Peracaula, F; Cruz, F; López - Escobar, M:

H.U. "Puerta del Mar": Radioterapia, Neurocirugía y Epidemiología.

**OBJETIVO:** Análisis y estudio del costo económico relacionándolo con

la efectividad para diferentes modalidades terapéuticas y para una supervivencia global de 52 y 72 semanas. **MATERIAL Y MÉTODO:** 73 pacientes con Glioblastoma multiforme, tratados entre 1.995 y 2.001, se agrupan en tres modalidades terapéuticas: Cirugía sola (C); + Radioterapia (RT) y C + RT+ Temozolomida (TMZ). Trás analizar la supervivencia para cada grupo según el kaplan-Meier , se calculan los efectos obtenidos para cada uno de ellos, con el fin de deducir y valorar el coste por paciente y modalidad terapéutica para una supervivencia global de 52 y 72 semanas. **RESULTADOS:** Las 52 semanas, resulta mas efectiva la modalidad que asocia la C +RT+TMZ pero con un mayor coste por efecto conseguido. A las 72 semanas, sigue siendo la más afectiva a esta alternativa, pero con un menor coste que la anterior, con lo cual resulta ser mas eficiente. **CONCLUSION:** La eficiencia del tratamiento de Glioblastoma Multiforme, se evidencia al realizar el estudio coste- efectividad a mayor periodo de tiempo de supervivencia.

## **A-20 ANALISIS DE SUPERVIVENCIA AL AÑADIR TEMOZOLAMIDA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y RADIOTERAPICO EN PACIENTES**

## **CON GLIOBLASTOMA MUTIFORME.**

Romá,, P; Gil Salú, JL.; Salas, MC; Benítez, E; Jaen, J; Gutierrez,L; Alonso, E; de las peña, MD; Peracaula, F; Cruz, F; López - Escobar, M: S. Neurocirugía, Radioterapia, Epidemiología; H. U Puerta de Mar; Cadíz.

**P. clave:** Glioblastoma multiforme; quimioterapia; temozolamida; supervivencia.

**OBJETIVOS:** Analizar en distintos grupos de pacientes con glioblastoma multiforme (G.M.)el efecto de las distintas terapias, cirugía, RDT y QMT (temozolamida) en la supervivencia.

**MÉTODO:** Se analiza (estadística descriptiva, Kaplan. Meier) la supervivencia global de un total de 85 pacientes con diagnóstico histopatológico de G.M.; los pacientes se dividen en 4 grupos de tratamiento: Grupo 1 (n = 24): pacientes no sometidos a tratamiento quirúrgico + radioterapia ( grupo control tratamiento parcialmente efectivo); grupo 4 (n=27): pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico + radioterapia + quimioterapia con temozolamida (TMZ) (grupo de estudio actual).

**RESULTADOS:** La edad media ( análisis ANOVA para un factor) no mostró diferencia significativa entre grupos. La media/ mediana de la supervivencia en semanas mostró



para el grupo 1: 18/16; grupo 2: 23/14; grupo 3: 48/42; grupo 4: 470/64. En el análisis de Kaplan-Meier el corte de 50 % de supervivencia fue en semanas, para el grupo 1: 16.00; grupo 2: 14.29; grupo 3: 42.00; grupo 4: 64.43, evidenciando una diferencia significativa el hecho de añadir radioterapia ( grupo 3) al tratamiento quirúrgico ( grupo 2) o a la abstención terapéutica ( grupo 1), y una diferencia significativa (  $p < 0.0001$ ) en la supervivencia al añadir TMZ ( grupo 4) al tratamiento convencional hasta la fecha de cirugía + radioterapia ( grupo 3). **CONCLUSIONES:** La cirugía sola no aporta mayor supervivencia a los pacientes con G.M., aunque permite el diagnóstico AP; mejorar síntomas y signos atribuibles a la hipertensión intracraneal o la topografía tumoral y reducir el nº de células objetivo de tratamientos complementarios. La radioterapia mejora la supervivencia y la quimioterapia con TMZ administrada tras la misma añade una mayor supervivencia a los pacientes.

#### **A-20 ESTUDIO FASE I-II DEL REGIMEN PACLITAXEL Y RADIOTERAPIA CONCOMITANTE EN CÁNCER AVANZADO DE CABEZA Y CUELLO.**

Sánchez - Rovira Pedro, Medina Begoña; Dueñas M<sup>a</sup> Rosario, Martínez Esther; Jaén Ana;

Mohedano Nicolas; Martos Maximiliano Fernández Margarita; Lozano Ana.

**INTRODUCCION:** El objetivo del estudio fue determinar la eficacia y toxicidad de paclitaxel concomitante con RT en pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se incluyeron 27 pacientes entre Noviembre 1998 y Agosto 2000. La media de edad fue 60.5 años ( 34-74) PS 0-1. Las localizaciones del tumor primario fueron las siguientes: 5 nasofaringe, 11 orofaringe, 10 laringe, y 1 adenopatías de origen desconocido. Veinticinco pacientes recibieron tratamiento de inducción con distintos esquemas de quimioterapia, seguido de paclitaxel 50 mg/ m<sup>2</sup> semanal con RT concomitante ( 60Gy).

**RESULTADOS:** Veintisiete pacientes han sido evaluados para respuesta y toxicidad. se han obtenido 81% RO ( 44% RC y 37% RP) y 18.5 % de progresión. Siete de los pacientes con RP en quimioterapia de inducción obtuvieron RC con tratamiento concomitante. De las cinco progresiones cuatro lo fueron en la inducción y no completaron tratamiento concomitante. La principal toxicidad no hematológica fue mucositis grado II-IV (73%) hematológica: Neutropenia grado III-

IV 11.4 %). Trombopenia grado III-IV (7%). Se registró una muerte tóxica por neutropenia grado IV. Otras toxicidades como radiodermatitis y digestiva fueron de carácter leve. Con una mediana de seguimiento de 39 meses el 22.2% de los pacientes se encuentran libres de progresión. **CONCLUSIONES:** El uso de paclitaxel concomitante con RT obtiene un elevado porcentaje de respuestas si bien, a expensas de una severa mucositis y una muerte tóxica por neutropenia febril.

#### **A-21 RADIOTERAPIA CON SOBREIMPRESION CONCOMITANTE EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.**

Medina JA, Rico JM, Begara J, González P, Sacchetti A, Contreras J, Rueda A y Cobo M. Centro CROASA, Hospital Regional, Hospital Clínico ( Málaga)

**OBJETIVOS:** Evaluar los resultados obtenidos ( eficacia y toxicidad) con radioterapia (técnica de sobreimpresión concomitante ) radical en tumores de cabeza y cuello, tratados en nuestro centro. **MATERIAL Y MÉTODOS:** La radioterapia siguió el esquema publicado por RTOG con sobreimpresión concomitante. La toxicidad se evaluó con criterios de OMS, salvo para las mucosas y

cutáneas que siguieron criterios de la RTOG: Las respuestas según criterio de la OMS, a los tres meses de finalizar el tratamiento, mediante exploración física y TAC, 68 pacientes recibieron quimioterapia. En 35 pacientes se hizo Radioterapia-3D. **RESULTADOS:** Entre 04-00 y 08-02, se han tratado 78 pacientes Características de los pacientes: sexo : 71V/7M; mediana de edad 557, ECOG 0-1: 90%. Localización: hipofaringe 19%, laringe 21%, orofaringe 36%, cavidad oral 21%, otras 3%, estadio: II (3%) III (22%), IV (75%) .Toxicidad : La toxicidades G-3 fueron: neutropenia ( 2 pacientes), dérmica ( 25%), mucosas (89%), faringoesofagica ( 47%); no hubo toxicidad G-IV: El 35% de pacientes precisaron sonda nasogástrica. Ha habido tres muertes tóxicas. Respuestas (valores en 71 pacientes): Han alcanzado remisión completa 53 p. ( 75%), remisión parcial 15 ( 21%) y 7 progresaron. estado actual: 42 pacientes están vivos sin enfermedad. **CONCLUSIÓN:** es un esquema terapéutico muy activo y con importante toxicidad ( sobre todo cuando se asocia a quimioterapia ), lo que obliga a un seguimiento estrecho del paciente. Es necesario un mayor seguimiento para valorar supervivencia global y causa-especifica; así como calidad de vida del paciente.

## **A-22 VALOR PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN**

### **INMUNOHISTOQUÍMICA DE COLÁGENO IV EN LOS ESTUDIOS I Y II DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA ORAL.**

H. Galera Ruiz, F Muñoz Borge, Mesa, A. Rollón, J Pachón, M Alonso, I Villanego, ML Hebrero, JA Sánchez y L Errazquin. Servicio de O.R.L , Oncología Radioterápica y Cirugía Maxilofacial. H. U Virgen Macarena . Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** La lengua oral es la localización más frecuente de carcinoma Epidermoide ( CE) en la cavidad oral, que a su vez es la más frecuente en la región de la cabeza y cuello. El pobre pronóstico que tiene estadios precoces en esta localización, y la frecuencia con la que se presentan en nuestro entorno, han sentado las bases para la realización de este trabajo. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se trata de 36 pacientes diagnosticados de estadios I y II de CE de lengua oral ENTRE 1985 Y 1994. Se estudian parámetros clínicos, histológicos y la expresión inmunohistoquímica de colágeno IV. Se valora la intensidad y extensión de la inmunotinción en una escala de 1 a 8. El análisis estadístico de los resultados se obtuvo mediante el programa informático SPSS.

**RESULTADOS:** El porcentaje de recidiva y/o exitus por enfermedad fue el 40%. La expresión de colágeno fue positiva para los componentes vasculares y epiteliales sanos. Por otro lado, en las regiones tumorales se observó una fina línea de tinción en los focos neoplásicos. Se demostró relación estadísticamente significativa entre presencia de metástasis ganglionar y expresión de colágeno IV (p-value-0.033).

**DISCUSIÓN:** Estos resultados apoyan la bibliografía, que reconoce al colágeno IV como un indicador muy interesante de metástasis ganglionar, un hecho de tener en cuenta en el tratamiento con radio/ quimioterapia en todos los casos, pero, sobre todo, cuando se haya optado por una cirugía conservadora en lugar de cirugía radical. **CONCLUSIONES:** Existe relación inversa entre inmunotinción positiva para colágeno IV y la probabilidad de ocurrencia de metástasis ganglionar .

## **A-23 DIAGNOSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA . OTRO PUNTO DE VISTA.**

Morales R, De la Haba J, Gómez A, Serrano R, Méndez M.J, González S, Rubio M.J, Barneto I, García A, Aranda E. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina

Sofía . Córdoba.

**INTRODUCCION:** En enero de 2002 la Physicians Data Query( PDQ) Screening and Prevention Editorial Board advierte de las dudas de evidencia sobre beneficio de la mamografía de screening en la población general. Esta publicación ha venido a incrementar la controversia sobre los programas de diagnóstico precoz en cáncer. Se hace necesario por tanto que analicen desde diferentes puntos de vista ( científico, económico y político) los resultados de los diferentes programas de screening que en la actualidad están funcionando en nuestro medio. **OBJETIVOS:** Nuestra intención es mostrar el cambio que ha supuesto el inicio del screening, en las características diagnósticas y terapéuticas de las pacientes atendidas en el servicio de oncología médica. **PACIENTES Y MÉTODOS:** De forma aleatoria se ha realizado un muestreo evaluado 664 pacientes vistas en el servicio de oncología médica. De estas, 333 pacientes fueron diagnosticadas antes del inicio del programa de screening en Córdoba ( Marzo-1999) y 331 tras el inicio del mismo. Se han recogido las siguientes variables: primer síntoma, tamaño en centímetros, número de ganglios afectados, TNM, grado de diferenciación, receptores hormonales

y tratamiento adyuvante que recibieron. Como objetivos analizamos: incremento en los diagnósticos de carcinoma in situ, descenso significativo en el tamaño de los tumores y en el número de ganglios afectados e incremento significativo en la tasa de cirugía conservadora. **RESULTADOS:** De la muestra estudiada 107 pacientes (16.6%) son procedentes del programa de screening se muestran en la siguiente tabla.

Características	Screening	Prescreening	Postscreening	P (entre Pre y Postscreening)
N	107	333	331	
Edad (media)	58.44	58.14	54.85	0.08
Tamaño tumor (cm)	1.8cm	3.2	2.6	<0.001
Ganglios negativos	79.4%	33.6%	48%	0.002
Carcinoma in situ	19.8%	9%	4%	0.017
C. Conservadora	41.8%	17.1%	24.3%	0.23

**CONCLUSIÓN:** El programa de diagnóstico precoz en cáncer de mama ha modificado el perfil general de la paciente atendida en el servicio de oncología médica de Córdoba. A la vista de los resultados cabría esperar una modificación significativa de la supervivencia global. Un mayor tiempo de seguimiento y un análisis de todas las mujeres diagnosticadas podrían confirmar estos hallazgos.

**A-24 VALOR PRONÓSTICO DE LE EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE p53 EN LOS ESTADIOS Y I y II DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LENGUA ORAL.**

H Galera Ruiz, F Muñoz Borge, CM Mesa, M Alonso, J Pachón, J Villaniego, ML Hebrero, JA Sánchez , y L Errazquin. Servicio de ORL y de Oncología Radioterápica . Hospital Universitario “ Virgen Macarena”. Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** La lengua oral es la localización más frecuente de carcinoma epidermoide (CE) en la cavidad oral, que a su vez es la más frecuente en la región de la cabeza y cuello. La p53 es una fosfoproteína implicada en el control del ciclo celular, la reparación del ADN, la apoptosis y la conservación de la integridad genómica; su mecanismo de acción consta en un bloqueo transitorio del paso de fase G1 a la fase S en células con daño en el ADN. El pobre pronóstico que tienen estadios precoces de CE en esta localización, y la frecuencia con la que se presentan en nuestro entorno, han sentado las bases para la realización de este trabajo. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se trata de un estudio en un grupo de 116 pacientes ( 36 estadios I y II) diagnosticados de CE

de lengua oral entre 1985 y 1994. Se estudian parámetros clínicos, histológicos y la expresión inmunohistoquímica de p53. Se valora la intensidad y extensión de la inmunotinción en una escala de 1 a 8. El análisis estadístico de los resultados se obtuvo mediante el programa informático SPSS. **RESULTADOS:** El porcentaje de recidiva y/o exitus por enfermedad fue del 40%. La expresión de p53 se produjo en 54% de los casos, fue de predominio nuclear, y heterogénea en cuanto a la extensión. Se demostró relación estadísticamente significativa entre recidiva y/o exitus por enfermedad y expresión de p53 ( $p < 0.05$ ) y relación inversa con el tiempo medio de supervivencia. Los resultados de nuestro trabajo van en la línea de los autores que defienden la hipótesis de que el índice de p53 es un factor pronóstico independiente de gran interés y fiabilidad. **CONCLUSIÓN:** Existe directa entre inmunotinción positiva para p53 y la probabilidad de aparición de recidiva y/o muerte por enfermedad. Existe relación inversa entre inmunotinción positiva para p53 y el tiempo medio de supervivencia.

## COMUNICACIONES EN POSTER

### P-1 COMPLICACION INFRECUENTE DE UN RESERVORIO VENOSO SUBCUTANEO: ROTURA Y EMBOLIZACIÓN DE UN FRAGMENTO DE CATÉTER.

Vallejo L; San Pedro JM<sup>a</sup>; Bohollo R;  
Díaz JC; Jiménez E.

Hospital del SAS de Jerez ( SCCU y  
Sección de Oncología).

**P. clave:** Reservorio venoso  
subcutáneo. Síndrome Pinch-Off.  
Rotura catéter.

**OBJETIVO:** Los accesos venosos  
subcutáneos permanentes  
representan un gran avance en el  
tratamiento a largo plazo de los  
enfermos oncológicos. En nuestro  
Hospital se han implantado 222  
reservorios venosos subcutáneos en  
los últimos tres años ( 93 de ellos en  
pacientes oncológicos). Dentro de las  
complicaciones graves describimos  
un caso de rotura de catéter y  
embolización hasta el ventrículo  
derecho, cuya causa fue el síndrome  
del pinzamiento ( pinch-off). **CASO  
CLÍNICO:** Enferma de 43 años  
diagnosticada de carcinoma medular  
atípico de mama. Se procedió a  
colocación de reservorio venoso

subcutáneo infraclavicular derecho  
para quimioterapia, y dos años  
después se procedió a explante por  
finalización del tratamiento. En la  
radiografía posteroanterior y lateral de  
tórax, previa a la retirada del  
reservorio, se observó fractura del  
catéter a nivel de clavícula derecha  
con el fragmento distal alojado en el  
ventrículo derecho. En u primer  
tiempo se retiró el reservorio y la parte  
proximal del catéter y, en un segundo,  
el extremo distal a través de la vena  
femoral derecha y empleando un  
catéter- lazo ( Retriever ), sin  
incidencias. **COMENTARIO:** El  
síndrome del pinzamiento se origina  
cuando accede a la vena subclavícula  
en posición muy medial,  
produciéndose compresión y  
cizallamiento del catéter entre la  
clavícula y la primera costilla con los  
movimientos de la cintura escapular,  
pudiendo originarse su fractura. la  
incidencia de esta complicación,  
potencialmente grave, es inferior al  
1%. Las medidas dirigidas a evitarla  
y/o detectarla son el acceso más  
lateral y alejado de la clavícula,  
controles radiológicos postimplante,  
asi como cuando aparece resistencia  
a la infusión de fluidos por el  
reservorio y, como ocurrió en este  
caso, antes de realizar el explante. El  
hallazgo de imágenes compatibles  
con signos de pinzamiento, implicará  
la retirada de todo el sistema,

realizando un nuevo abordaje.

## **P-2 CARCINOMA MICROCITICO SINCRONICO.**

Conde V, Luque R, Valdivia J, Gonzalez E, M;artínez-Galán J, Martínez Ballesteros C, Delgado J.R., Ballesteros P, Irigoyen A, Belón J.

Servicio Oncología Médica H.U. Virgen de las Nieves. Servicio Radioterapia H.U. Virgen de las Nieves.

**Palabras clave:** small-cell lung carcinoma, samll- cellgastrointestinal carcinoma, synchronic tumors.

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma de pulmón de células pequeñas constituye el 15 -20 % de la neoplasias malignas de pulmón. Se trata de un tumor altamente agresivo y habitualmente extendido en el momento de diagnóstico. El carcinoma de células pequeñas extrapulmonar es una entidad diferente al carcinoma de pulmón de células pequeñas , de muy baja frecuencia de presentación y de mal pronostico. La aparición de ambos tumores de forma sincrónica es extremadamente rara. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un paciente de 64 años diagnosticado de Julio de 2002 de carcinoma indiferenciado de pulmón de células pequeñas enfermedad limitada y carcinoma indiferenciado de pulmón

de células pequeñas enfermedad limitada y carcinoma indiferenciado de células pequeñas en colon transverso, consideramos como tumores sincrónicos. El paciente inicio tratamiento quimioterápico con cisplatino +VP 16 co buena tolerancia al tratamiento. Tras el primer ciclo de quimioterapia el paciente presentó remisión clínica aparente de la masa abdominal. Tras recibir el cuarto ciclo de quimioterapia se realizó TAC toraco-abdominal de reevaluación confirmándose la respuesta completa a nivel abdominal junto con respuesta parcial de la masa pulmonar. Tras el cuarto ciclo de quimioterapia el paciente presentó toxicidad renal , motivo por el cual el cisplatino fue sustituido por carboplatino. **CONCLUSIONES:** Los carcinomas indiferenciados de células pequeñas pulmonar y extrapulmonar son tumores altamente agresivos que se tratan con esquemas de tratamiento quimioterápico similares. En ambos casos la respuesta al tratamiento es buna pero la recaída es la norma con una mediana de supervivencia entre 8 y 12 meses. El carcinoma de células pequeñas extrapulmonar es raro ( 0.1-0.4% de todos los cánceres) siendo excepcional la presentación sincrónica de ambas entidades.

## **P-3 TUMOR DESMOPLASICO DE CELULAS PEQUEÑAS REDONDAS.**

Luque R, Conde V, Gonzalez E, valdivia J, Martínez -Galán J, Bezares A.B., Delgado J.R. Ballesteros P, Irigoyen A, Belón J. Servicio Radioterapia H.U. Virgen de las Nieves.

Palabras clave. desmoplastic small-round cell, intra-abdominal.

**INTRODUCCION:** El tumor desmoplásico de células pequeñas redondas constituye una entidad neoplásica maligna con una características citogenéticas, inmunohistoquímicas e histológicas propias. Es una enfermedad rara, altamente agresiva, de pronóstico pobre y predilección por varones jóvenes. Su localización principal es la cavidad abdominal. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un paciente de 22 años diagnosticado en Agosto del 2001 de tumor desmoplásico de células pequeñas redondas intra-abdominal, localizado en riñón y suprarrenal derechas con importante afectación ganglionar retroperitoneal. este mismo mes se realiza nefrectomía derecha con extirpación de suprarrenal derecha y adenopatías interaortocavas, dejando tumor residual macroscópico. Posteriormente se programa tratamiento quimioterápico según el esquema Hiper-CAV ( primer, segundo, tercer, y sexto ciclos) e IFO-VP16 ( cuarto, quinto y séptimo).

Comienza el 28/ Agosto/01 y finaliza el 13/Marzo/02, con tolerancia clínica moderada pero toxicidad hematológica importante. En Noviembre/2001 el paciente presenta respuesta completa de su enfermedad. El intervalo de supervivencia libre de enfermedad es de 4 meses ya que, coincidiendo con el fin de la quimioterapia, se detecta por técnicas de imagen recidiva tumoral en el lecho renal y progresión hepática. Se decide segunda línea con BOMP. Recibe dos ciclos. Sin embargo la progresión tumoral continúa y el paciente fallece en Mayo del 2002 por cuadro secundario a metástasis leptomeníngicas.

**CONCLUSION:** El tumor desmoplásico de células pequeñas redondas es una enfermedad maligna de alta agresividad que requiere de un tratamiento multidisciplinar que incluya cirugía, radioterapia externa y quimioterapia. Su pronóstico es pobre, más aun, cuando la resección quirúrgica es incompleta, como ocurre en la mayoría de los casos. En relación a la quimioterapia, la respuesta inicial es rápida, con reducción de la masa tumoral; pero la norma es la recaída tumoral con refractariedad al tratamiento, lo que supone la muerte del paciente. Se han ensayado protocolos de intensificación con resultados poco esperanzadores.



**P-4 CARCINOMA RENAL METASTASICO DE LARGA SUPERVIVENCIA.**

González Flores E, Luque Caro R, Martínez Galán J, del Moral Avila R, Conde V, Bezares Alarcón AB, Martínez Ballesteros C, Valdivia Bautista J, Belón Carrión J, Hernández García Vidal. Servicio de Oncología Médica y Servicio de Oncología Radioterápica del H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

**INTRODUCCION:** El cáncer de células renales es un tumor poco frecuente que representa un 3% de todas las neoplasias. Su histología más frecuente es adenocarcinoma. En el momento de diagnóstico aproximadamente el 30% de los pacientes presenta enfermedad metastásica, siendo sus localizaciones más frecuentes pulmón ( 75%), tejidos blandos ( 36% ) y hueso (20%). **MATERIAL Y MÉTODOS:** A propósito de un caso,

presentamos a un paciente de 63 años diagnosticado en 1994 de un adenocarcinoma renal izquierdo grado nuclear 3, estadio IV ( metástasis pulmonares bilaterales u adrenal derecha). En Julio del mismo año, es intervenido quirúrgicamente realizándose nefrectomía radical izquierda más lindenectomía

aórtica. Posteriormente recibe tratamiento quimioterápico con esquema VbL + INF alcanzando estabilización de la enfermedad. Tolerancia moderada. Tres años más tarde se objetiva en pruebas de imagen progresión tumoral a nivel pulmonar a nivel pulmonar y adrenal junto con aparición sucesiva de metástasis en otras localizaciones ( riñón contralateral, páncreas y óseas ). El paciente permanece asintomático acudiendo a revisiones periódicas.

**CONCLUSIONES:** La supervivencia de los pacientes con carcinoma de células renales en estadio metastásico es baja, siendo aproximadamente del 0 al 20% a los 5 años. En muy raras ocasiones podemos encontrar largos supervivientes como es el caso descrito con una supervivencia actual de 7 años.

**P-5 SCHWANNOMA EPITELIOIDE MALIGNO SUPERFICIAL.**

Conde Herrero V, González Flores E, Martínez Galán J, Luque Caro R, Delgado JR, Del Moral Avila R, Bezares AB, Martínez Ballesteros C, Vidal Hernández, Belon Carrión J. Servicio de Oncología Médica y Servicio de Oncología Radioterápica del H. U Virgen de las Nieves. Granada.

Palabras clave: Epithelioid malignant schwannoma.

**INTRODUCCION:** El Schwannoma epitelioides maligno es un tumor que se origina en la vaina de los nervios periféricos, extremadamente raro. Se localiza con mayor frecuencia en extremidades y retroperitoneo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos a un paciente de 41 años, diagnosticado en Julio de 2002 de un Schwannoma epitelioides maligno tipo superficial a nivel de hueso popliteo derecho. Se realiza biopsia excisional con amplios márgenes. El resultado anatomopatológico fue de Schwannoma epitelioides maligno en su forma periférica, de 2.2 x 1.6 cm de tamaño, con frecuentes atipias y mitosis (15 mitosis por 10 campos de gran aumento). El estudio de extensión resultó negativo. En Septiembre de 2002 inicia tratamiento con radioterapia externa adyuvante con acelerador lineal de electrones y fotones de 6 Mev, en 2 campos oblicuos. Dosis total administrada : 60Gy , fraccionamiento 5 x 2 Gy/ sesión.

**CONCLUSIONES:** El Schwannoma epitelioides maligno es una neoplasia de comportamiento altamente agresivo, en el que la recurrencia local y las metástasis son frecuentes, pudiendo aparecer incluso después de la radioterapia, por lo que cabría valorar también tratamiento sistémico con quimioterapia.

**P-6 HEMANGIOPERICITOMA INTRACRANEAL METASTASICO EN MAMA.**

Martínez Galán, Luque Caro R, González Flores E, Del Moral Avila R, Martínez Ballesteros C, Bezares Alarcón AB, Conde Herrero V, López Ramírez E, Hernández García V, Belón Carrión B.

Servicio de Oncología Radioterápica. Servicio de Oncología Médica. H. U Virgen de las Nieves de Granada.

**P. clave:** Intracranial hemangiopericitoma and metastasis.

**INTRODUCCIÓN:** Los hemangiopericitomas intracraneales son tumores poco frecuentes que se originan en la duramadre, de comportamiento agresivo y con capacidad metastatizante. Son más frecuentes en varones y suelen aparecer entre la 4ª- 5ª década.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos a una paciente de 57 años diagnosticada en junio de 1993 de un meningioma angioblástico de la hoz occipital derecha y sometida a exéresis del mismo. En Noviembre de 1993 es reintervenida y el resultado histológico fue de meningioma angioblástico con patrón evidente de hemangiopericitoma. Como tratamiento complementario se realizó radioterapia externa en unidad de Co-60 con dos campos laterales y un

fraccionamiento de 5 x 1.8 Gy/ sesión hasta alcanzar una dosis de 45 Gy. Posteriormente se sobrepresionó el tumor primario con una dosis de 16 Gy con un fraccionamiento de 5 x 2 Gy/ sesión. Dosis total : 61 Gy con efectos secundarios presentó alopecia grado I y leucoencefalopatía post-radioterapia. La paciente permanece controlada y en seguimiento hasta el 2 - Agosto-2002 cuando se realiza tumorectomía de un nódulo en mama derecha con resultado anatómopatológico de hemangiopericitoma maligno con atipia leve y moderado índice proliferativo. Coincidiendo con la citada recaída, en resonancia magnética craneal se aprecia lesión parieto-occipital derecha que se extirpa quirúrgicamente el 6 Agosto 2002 y cuyo resultado fue de hemangiopericitoma.

**CONCLUSIONES:** Los hemangiopericitomas son tumores que presentan larga supervivencia cuando el tratamiento se realiza con intención curativa. No obstante, la recurrencia local y a distancia tras un largo intervalo libre de enfermedad es frecuente, teniendo un mayor riesgo los localizados en retroperitoneo y meninges. La localización más frecuente de metástasis extracraneales según el escaso número de casos publicados son a nivel hepático y pancreático ni siendo muy frecuente la localización en

mama. Todo esto hace pensar que una terapia adyuvante debería ser considerada y evaluada para tumores en estas localizaciones.

#### **P-7 A PROPÓSITO DE UN CASO: MELANOMA PARANASAL.**

Martínez Galán J, González Flores E, Luque Caro R, Del Moral Ávila R, Bezares Alarcón AB, Martínez Ballesteros c, Martínez Carrillo M, Valdivia Bautista , Irygoyen A, Hernández García V, Belón Carrión. Servicio de Oncología Radioterápica y Oncología Médica del H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

**P. Clave:** Paranasal melanoma

**INTRODUCCIÓN:** El melanoma nasal es un tumor poco frecuente con mal pronóstico y alto riesgo recaída local. Clínicamente produce obstrucción de la cavidad nasal y afectación de pares craneales por invasión del seno cavernoso. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos a una paciente de 71 años de raza caucásica, sin exposición solar prolongada y sin presencia de lesiones premalignas . En abril 2002, presenta lagrimeo por ojo izquierdo junto con inflamación de seno maxilar izquierdo y nodulación en fosa nasal izquierda de unos 4 cms de tamaño aproximadamente que protuye hacia ala nasal ocasionando clínica de insuficiencia respiratoria

nasal. En Mayo 2002, es explorada por el Servicio de Otorrinolaringología observando ocupación nasal izquierda hasta vestíbulo. En tomografía axial computerizada cráneo-cervical, se describe la presencia de una tumoración sólida que ocupa fosa nasal izquierda desplazado tabique nasal y ocasionando osteolisis de pared medial de seno maxilar izquierdo y porción de paladar duro. Dicha tumoración se extendía a senos etmoidales con dudosa afectación orbitaria y mínima afectación de la fosa pterigo-maxilar. El 17-junio-2002 se realiza toma de biopsia con resultado anatómico-patológico de melanoma HMB 45 positivo. El caso es presentado en comité de Cirugía Máxilo-facial y Otorrinolaringología considerándose una tumoración irresecable, decidiéndose realizar tratamiento quimioterápico neoadyuvante con temozolamida.

**CONCLUSIONES:** La revisión de la literatura muestra al melanoma nasal como una entidad con un curso evolutivo muy rápido y de pronóstico fatal, con una supervivencia a los 5 años pobre y mínima a los 10 años. El tratamiento quirúrgico es el de elección en esta situación clínica. La radioterapia debe ser administrada tras cirugía con régimen de hipofraccionamiento. Igualmente la radioterapia puede ser un alternativa en los casos inoperables al igual que

la quimioterapia con fármacos prometedores con el melanoma como la temozolamida.

## **P-8 GANGLIO CENTINELA EN CANCER DE MAMA. VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA EN NUESTRO MEDIO.**

Scholz V, Gómez S, Molina M, Soler C, Alba E.

Unidad de Mama . Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**P. clave:** Ganglio centinela, cáncer de mama, validación.

**OBJETIVOS:** El objetivo de nuestro trabajo es revisar la técnica de la biopsia del ganglio centinela (GC) en cáncer de mama en nuestra Unidad de Mama, mediante el análisis de los primeros 50 casos realizados en los que se ha podido comparar la biopsia selectiva de GC con el resto de los ganglios obtenidos del vaciamiento axilar convencional. **MATERIAL Y MÉTODOS:** En la unidad de Mama de Hospital Universitario de Málaga se inició la biopsia de ganglio centinela en cáncer de mama en el año 2001. Desde septiembre del 2001 a octubre del 2002 se ha practicado biopsia de GC en 50 pacientes consecutivas. Los criterios de inclusión han sido aquellos casos que presentaron tumor menor o igual a 2 cm. con PAAF positiva y axila clínicamente negativa.

se realizó marcaje de GC con trazador isotópico (inyección periareolar de TC 99) y colorantes (inyección peritumoral del azul patente, Lymphazurin). **RESULTADOS:** Un total de 50 pacientes con edad media de 58 años desde septiembre de 2001 a octubre del 2002. la relación de tumores palpables/ no palpables ha sido de 28/22. El grado histológico ha sido I en el 9% de los casos, II en el 43% y III en el 48%. la frecuencia según el tipo histológico ha sido: Ductal *in situ* 82.4%), Lobulillar (7.1%) entre otros. La identificación del GC en la linfogammagrafía se realizó en el 100% de los casos. En cuanto a la validación de test, fueron Verdaderos Positivos 16, Verdaderos Negativos 33, Falsos Negativos 1. La sensibilidad del Test ha sido del 94 % con un Valor Predictivo Negativo del 97%. **CONCLUSIONES:** En nuestra Unidad de Mama la biopsia selectiva del ganglio centinela permite el diagnóstico de las axilas negativas para metástasis de carcinoma de mama con bastante exactitud como alternativa a la linfadenectomía axilar rutinaria en pacientes seleccionadas.

**P-9 ACONDICIONAMIENTO PARA EL TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA CON IRRADIACION CORPORAL TOTAL HIPERFRACCIONADA. ESTUDIO**

**TOXICIDADES Y PATRON DE RESPUESTAS.**

I. Herruzo, C Bodineau, J. Macias; F Galán, A Villanueva, M.J Pascual, MC Villalta, J Azocoaga, I Fortes.

S de Oncología Radioterápica S de Física y Protección Radiológica, S de hematología. H Carlos Haya de Málaga.

**INTRODUCCION:** La RT un papel fundamental en el acondicionamiento previo al trasplante de médula ósea en los tumores hematológicos, siendo una técnica segura, con mínimo de complicaciones cuando se utiliza con esquemas hiperfraccionados.

Describimos nuestra experiencia desde 1995 hasta junio de 2001.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** desde Mayo de 1995 hasta junio de 2001 hemos realizado ICT a 26 pacientes, con una edad media de 33 años, 15 varones y 11 mujeres. El diagnóstico previo al trasplante era de L. de Hodgkin ( 2p.) L. no Hodgkin ( 8 p.) LLA ( 9 pac.) LMC 2 pac, LMA 1 pac. Mieloma, 3 pac, Neuroblastoma 1 pac. Se realizó trasplante los pacientes estaban en RC en 6 pacientes y RP en 16 pacientes, un caso en fase crónica y otra en fase acelerada de su LMC y un caso de mieloma en fase de progresión. Todos los pacientes fueron sometidos a ICT con esquema hiperfraccionado de 8 sesiones, 2 sesiones diarias de 165 cGy, con una dosis total de 1320

cGy, se utilizaron 4 campos, dos laterales y campo AP y PA, tratándose el primer día los campos laterales y AP/PA, los días 2 y 3 los campos AP y PA y el cuarto día los campos AP y PA y laterales. Se protegía los pulmones en el campo PA y cristalino en el campo AP y laterales. La dosis en pulmón se dejaba en menos de 900 cGy y la dosis en cristalino en menos de 500 cGy. Se utilizaron compensadores tisulares para homogeneizar la dosis en un máximo de 10 % de diferencia y una tasa de menos de 5cGy/ minuto.

**RESULTADOS:** Postransplante entraron en RC 21 pacientes y RC 21 pacientes y RP 4 pacientes.

Han recaído 16 pacientes. En la última revisión se encontraban vivos sin enfermedad 5 pacientes, vivos con enfermedad 3 pacientes, muertos sin enfermedad 4 pacientes y muertos por la enfermedad 13 pacientes. No ha habido toxicidad crónica relacionada con el acondicionamiento de RT; no teniendo ningún caso de neumonitis intersticial idiopática, objetivándose en los casos de neumonitis un agente infeccioso o una hemorragia alveolar masiva. Creemos es una técnica segura, con buenos resultados y fácil de implementar en la asistencia diaria de un servicio.

## **P-10 IMPLANTACIÓN DE LA TECNICA DE IMPLANTE**

## **PERMANENTE PROSTÁTICO CON SEMILLAS DE I-125 EN EL C. HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CARLOS HAYA DE MALAGA. DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN.**

I. Herruzo, C. Bodineau, P. Galán, F. Díaz, P. Rodero, M. Hidalgo , J. Azcoaga, A Wals, J Contreras, R. Correa.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer localizado de próstata es un tumor que ha experimentado un gran cambio en su planteamiento terapéutico en los últimos 10 años, ligado a las innovaciones tecnológicas en el campo de la RT, la imagen diagnóstica y la dosimetría. Además se ha ido implantando una cultura de tratamiento multimodal de estos tumores gracias al avance en el tratamiento con implante permanente de semillas de I-125. Hoy día, podemos ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad de elegir entre tratamiento quirúrgico, radioterapia externa o implante con semillas de i-125, en aquellos cánceres localizados de próstata que cumplen unos requisitos como son valor de Gleason < 7, valor de PSA < 11, tumores en estadio T1 a hasta 72a y valor de índice de IPSS < 20. En los restantes casos es necesario valorar

individualmente, proponiéndose tratamiento combinado con RT externa si PSA con valor 10.-20 o Gleason 7-8. Son contraindicaciones formales estadio T3-T4, Gleason 9-10 o PSA > 20. **MATERIAL Y METODOS:** En nuestro Servicio, hemos implementado la técnica de implante permanente prostático con semillas de I-125, gracias al trabajo en equipo con los Servicios de Urología y Física y Protección Radiológica. Se ha realizado un implante, estando actualmente en la fase de “tutorización” por parte del Servicio de Urología y de RT de Instituto Catalán de Oncología. La técnica seguida ha sido la desarrollada en Seattle, con estudio volumétrico previo al implante, mediante ecografía transrectal y programa informático específico para cálculo de implante. Describimos los pormenores de la técnica, la metodología de funcionamiento y las dificultades encontradas para su implantación, que creemos puede ser de interés para otros servicios en fase de implantación de la técnica.

#### **P-11 IRRADIACION NODAL TOTAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO ACONDICIONADO EN EL TRANSPLANTE DE MEDULA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA APLASICA.**

Peracaula FJ, García JL, Rodríguez

E, Montero E, Vicente D, Quintana B, Fernández MC, Dávila R.

Servicios de Oncología Radioterápica y Oncología Médica. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.

**P. Clave:** nodal total irradiacion, bone marrow transplatation , aplastic anemia.

**OBJETIVOS:** El Transplante de médula ósea (BMT) aligénico HLA- idéntico, es el tratamiento de elección de las anemias aplásicas, como régimen de acondicionamiento previo se ha utilizado clásicamente una combinación de Ciclofosmida e irradiación Corporal Total (TBI) o Nodal Total (INT). La INT es un potente inmunosupresor que disminuye el porcentaje de rechazos y reduce aceptablemente la mortalidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** recogemos un estudio descriptivo retrospectivo de 11 pacientes tratados en nuestro centro entre marzo de 1994 y marzo de 2002, 7 de sexo masculino y 4 femenino, que recibieron ILT a dosis 4.5 Gy en sesión única, con fuente de fotones Ale 18MV junto con ciclofosmamida como modalidad de régimen acondicionador en el transplante de médula ósea, en 1 paciente con anemia de Fanconi (AF) paciente se añadió globulina antitimocítica : La mediana de seguimiento fue de 45 meses. La edad media al diagnóstico

fue de 13.1 años. En cuanto a la patología 8 padecían anemia aplásica severa (AAS) y 3 AF. Todos los pacientes recibieron profilaxis de la Enfermedad injerto contra huésped (EICH), administrándose a todos ciclosporina. 2 con AAS además prednisona, y 6 pacientes con AAS más 2 con AF recibieron junto a la ciclosporina metotrexate. **RESULTADOS:** Todos los pacientes al trasplante presentaban aplasia medular. 4 pacientes recibieron TASPE, y 7 médula ósea ( todos alogénicos emparentados excepto en 1) la supervivencia media fue de 42.1 meses ( 2-96 meses ). Todos los pacientes presentaron como toxicidad aguda náuseas y vómitos, 2 toxicidad vesical grado I, 2 toxicidad hepática grado I, 5 Mucositis grado I-II y 2 Mucositis grado III-IV 8 pacientes presentaron EICH aguda, 5 con grado I-II, 3 con grado III-IV . En 2 pacientes la EICH crónica no fue valorable, en 6 no apareció, y 3 tuvieron EICH crónica extensa. La mortalidad fue del 18.2 % pero analizada la causa un paciente con AF falleció de EICH aguda grado IV a los 10 meses del trasplante y un paciente con AAS falleció de EICH aguda grado IV a los 2 meses del trasplante. **CONCLUSIONES:** El uso de INT como parte del acondicionamiento en trasplante, de médula ósea, se ha demostrado

eficaz en el control de las anemias aplásicas, con un porcentaje de curación cercano al 82% en esta serie, evitando la morbilidad aguda sobre órganos críticos que provoca la TBI: y un paciente con AF falleció .

## **P-12 TRATAMIENTO RADIOQUIMIOTERÁPICO CON INTENCIÓN PREOPERATORIA EN EL CARCINOMA ESOFÁGICO.**

González P, Begara J, Sacchetti A, Moreno P, Walls A, Cobo M , Sevilla I, CROASA , Radioterapia HRM. Oncología Médica Hospital Regional Carlos Haya (Málaga).

**INTRODUCCIÓN:** Los resultados del tratamiento con radioterapia exclusiva o cirugía en el carcinoma esofágico son pobres; con supervivencias menores del 10%. La radioterapia (RTQT) con intención preoperatorio ha demostrado un aumento del ILE así como de la supervivencia.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde 1997 a 2001 han sido tratados en nuestro centro con RTQT preoperatorio 8 pacientes ( p) con diagnóstico histológico de carcinoma esofágico. Edad media: 62 a ( 48-70). Sexo: 8 varones. Histología: Epidermoide: 7 p. adenocarcinoma : 1p. Localización: cervical: 2p. torácico : 5p unión gastro-esofágica: 1p. Grado de diferenciación: G-I: 1p. G-II.: 6p. G-



III: 1p. Clasificación TNM: T3: 8 p. NO: 6p. N1: 2p. St II: 6p St III:2p. Tratamiento: AL, Fotones 15MV, 4 campos, sobre target y areas ganglionares de drenaje: Dosis: 45Gy; Fraccionamiento: 1.8 Gy; Radioterapia 3-D: 6p. Concomitante todos recibieron quimioterapia esquema CDDP 75 mg /m2 en bolus el día 1º y 5FU . 1000 mg/m2 en i.c. días 2 al 5 por 4 ciclos . Seguimiento medio fue de 12.2 meses. La toxicidad fue evaluada los criterios de la RTOG. Método estadístico: Kaplan-Meier. **RESULTADOS:** Todos los pacientes completaron el tratamiento. Status en el momento del análisis. VSE: 1p. VCE: 2p. MPE.: 5p. Cirugía . 5p. ( 62,5%) 2 de los mismos (25%) pTOpNo; 1p ( 12.5%) no cirugía: RC con el tto RTQT; 2 p ( 25%) no cirugía: progresión a distancia. Recaída: 4p. ( 40%); locorregional: 1p, a distancia: 3p. ILE: 12.47 m (11-15). Supervivencia media: 15 m; supervivencia actuarial a 12 m: 62.5%. El tratamiento fue bien tolerado, no interrupción del mismo. Toxicidad hematológica: 6p. G-1, Esofagitis: 4p. G2. **CONCLUSIÓN:** El tratamiento RTQT simultaneo con intención preoperatorio en bien tolerado y aumenta el ILE y la supervivencia si se compara con serie históricas.

### **P-13 TRATAMIENTO RADIOQUIMIOTERÁPICO ( CDDP+ 5FU) EN EL CARCINOMA ESOFÁGICO.**

González P, Rico M, Domínguez A, Muesa MJ, Herruzo I, Gil S, Sevilla I. Radioterapia HRM, Oncología Médica HRM; Oncología Médica HCM; "OMI" ( Málaga)

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma esofágico tradicionalmente ha sido tratado con cirugía o radioterapia exclusiva, pero la tasa de supervivencia los 5 años es pobre 10 y 5%. La radioquimioterapia ha demostrado una superioridad sobre estos tratamientos y se considera actualmente tratamiento estándar. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde 1991 a 2001 han sido tratados en nuestro centro con RTQT radical 18 pacientes (p) con diagnostico histológico de carcinoma esofágico. Edad media: 60 a ( 44-79). sexo: 16 varones, 2 mujeres. Histología: Epidermoide: 16p. adenocarcinoma: 2p. Localización: cervical: 4p torácico. 11p. tercio distal : 3p. Grado de diferenciación: G-I, 2p. G-II: 10p. G-III: 6p. Clasificación: TNM: T3: 13p. T4:5p. NO: 13p. N1: 5p. St II: 12p. St

III: 6p. Tratamiento: AL, Fotones 15MV, 2 o 4 campos, sobre target y áreas ganglionares de drenaje: Dosis media: 56.1 Gy ( 40.4-70Gy); Fraccionamiento: 1.8 gy; radioterapia 3-D: 11p. De manera simultanea todos recibieron quimioterapia: esquema CDDP 75 mg/ m2 en bolus el día 1º y 5Fu 1000 mg/ m2 en i.c. días 2 al 5 por 4 ciclos: 14p. Pirimidinas orales 800 mg/ día: 4p. Seguimiento medio fue de 12 meses ( 3-54) la toxicidad fue evaluada mediante los criterios de la RTOG. Método estadístico: Kaplan - Meier. **RESULTADOS:** Todos los pacientes completaron el tratamiento. Mejoría de la disfagia se obtuvo en todos los p. Status en el momento del análisis . VSE: 5p. VCE : 2p. MPE: 11p. RC: 7p. RP:6p. EE: 1p. PE: 4p. . Supervivencia media: 13.5m; Supervivencia actuarial a 12 m: 54%. El tratamiento fue bien tolerado, interrupciones: 3p. esofagitis: 10p. G-3. Supervivencia actuarial a 12 m en p. que recibieron 50.4 Gy: 55%; >50 Gy: 38%. **CONCLUSION:** El tratamiento con radioquimioterapia simultaneo en el carcinoma esofágico es bien tolerado. Sus resultados son claramente superiores a la radioterapia exclusiva. Los resultados parecen indicar que dosis superiores a 50Gy no mejoran la supervivencia ni ILE.

#### **P-14 TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO LOCALMENTE AVAZANDO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE.**

M. Espinosa. R. Morales, S. García, S Gonzalez, A Bejar, MJ Rubio, A.. Palacios. Servicio de Oncología Radioterápica . Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio de Oncología Radioterápica. Avda Menéndez Pidal s/n. 14004 Córdoba 957-011415.

**INTRODUCCIÓN:** La radioquimioterapia es el tratamiento estándar en el carcinoma de cérvix localmente avanzado. Se analiza nuestra experiencia clínica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Entre julio de 1999 y junio de 2002 se evalúan 15 pacientes con carcinoma de cérvix uterino localmente avanzado, tratados con radioquimioterapia concomitante, previa a cirugía y sobreimpresión posterior con radioterapia (RT). La distribución por estadios fue: 3 (20%) IIA, 4 (26.6%) IIB, 2 (13.3%) IIIA, 4 ( 26.6%) IIIB y 2 ( 13.3%) IVA. El esquema terapéutico consistió en la irradiación pélvica mediante 4 campos conformados ( técnica en box) hasta una dosis total de 4500 a 5040 cGy,

en fracciones de 180 cgy/ día. Simulación virtual. Planificación 3D. Concomitante se administró quimioterapia (QT) con el esquema clásico de CDDP ( 75 mg/m<sup>2</sup>) + 5Fu ( 1000 mg/m<sup>2</sup> en infusión continua por 4 días) cada 21 días ( 3 pacientes recibieron exclusivamente CDDP a 40 mg/m<sup>2</sup>/sem durante 6 semanas). La QT se inició el primer día de la irradiación coincidiendo el último ciclo con el final de RT ( +/-7 días). La respuesta al tratamiento se valoró mediante TAC y exploración clínica. Se intervinieron aquellas pacientes consideradas quirúrgicas tras tratamiento inicial, con sobreimpresión radioterápica posterior según hallazgos . En los casos considerados no quirúrgicos se finalizó el tratamiento mediante RT, bien externa o la combinación de ésta con braquiterapia. **RESULTADOS:** En 10 pacientes consideras resecables se practicó cirugía radical según técnica de Wertheim-Meigs. de éstas 5 fueron remisiones patológicas completas, 3 R.P. y en 2 se apreció enfermedad residual microscópica. Sobreimpresión braquiterapica en cúpula vaginal se practicó n 9 pacientes. 5 casos se sobreimpresionaron mediante RT extra sobre tumor primitivo +/- parámetros administrado una dosis de 10-25 Gy. La toxicidad fue aceptable. Se registró una trombopenia y 2

diarreas. La supervivencia media es de 11.63 meses IC 95% (6.36-16.90). Siendo la supervivencia global del 73% (4 pacientes han fallecido y 2 siguen vivas con enfermedad) y la supervivencia libre de enfermedad a 3 años es de 60 %. **CONCLUSIONES:** la tasa de respuestas de este esquema puede considerarse favorable por obtener una tasa de respuestas patológicas completas del 50%. Aunque el seguimiento es corto, las tasas de control local y supervivencia apreciadas son equivalentes a las descritas con este esquema terapéutico en las series de referencia.

#### **P-15 TRATAMIENTO DE HEMANGIOMAS VERTEBRALES. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO.**

S. García, P. Cabrera, M Rodríguez, R. Carvajal, M. Espinosa, A. Palacios, L. Tudela. Hospital Universitario Reina Sofía . Servicio de Oncología Radioterápica. Avda Menéndez Pidal s/n. 14004. Córdoba . 957/011415.

**INTRODUCCIÓN:** Los hemangiomas vertebrales son lesiones vasculares benignas que normalmente se diagnostican de forma casual. La mayoría son asintomáticos y solo requieren tratamiento cuando producen dolor o clínica neurológica. Presentamos n la experiencia de

nuestro Servicio en el manejo de esta patología benigna. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Entre los años 1986 y 2002 se recibieron en nuestro servicio 18 pacientes ( 7 hombres y 11 mujeres) diagnosticados de hemangiomas vertebrales mediante TYAC o RMN. la edad media fue de 50 años (15-64). Según criterios previos el tratamiento con Radioterapia solo estaba indicado en 11 pacientes. La localización más habitual fue a nivel lumbar (11 lumbares y 7 dorsales). 5 pacientes fueron tratados con fotones de Cobalto-60 y 6 con rx de acelerador lineal de distintas energías. El PTV quedó limitado a la totalidad del cuerpo vertebral afecto. La dosis media fue de 39 Gy ( 36-40Gy) con un fraccionamiento de 200 cGy / sesión, 5 sesiones semanales. **RESULTADOS:** Durante un seguimiento medio de 44.48+/-, 42.73 meses, observamos 4 respuestas antiálgicas completas y 6 respuestas parciales, presentando 1 paciente parestesias. la respuesta antiálgica se apreció a los 2-3 meses tras la irradiación. No observamos toxicidad aguda ni tardía. **CONCLUSION:** La radioterapia es un tratamiento eficaz para un porcentaje de hemangiomas vertebrales sintomáticos. Se necesitan estudios para identificar factores pronósticos de respuesta.

## **P-16 ANÁLISIS RETOSPECTIVO DE LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL H. U. REINA SOFIA.**

Cabrera P, García S, Carvajal R, Rodríguez M, Palacios A, Romeo J.

Servicio de Oncología radioterápica H. U. reina Sofía, Córdoba.

Se realiza un análisis retrospectivo de los sarcomas de partes blandas, evaluando variables descriptivas y tasas de control local y de supervivencia. **MATERIAL Y**

**MÉTODOS:** Entre 1984 y 2002, 51 pacientes adultos fueron referidos a nuestro servicio de los cuales 42 recibieron tratamiento con Radioterapia Externa.

**RESULTADOS:** De los 51 pacientes 29 fueron hombres ( 57%) y 22 mujeres ( 43%). la edad media fue de 52 años ( rango de 13-92). El 66% de ellos se localizó en extremidades ( 56% localizados en extremidades inferiores). El subtipo histológico más frecuente fue el fibrohistiocitoma maligno ( 25%), junto a liposarcoma (25%). El grado histológico fue: G1(59%), G2 (10%) G3(23%) y G4 ( 8%). estadio: I(35.2%) II( 33.3%), III (15.6%) y IV (15.6%). Tipo de cirugía: excisión simple ( 41%), resección amplia 847%) , cirugía compartimental ( 8%) y amputación 84%).Margen quirúrgico: desconocido 8 51%) y afecto 8m 17.6) . tratamiento

individualizadas según localización, extensión tumoral y procedimiento quirúrgico previo. En 11 pacientes se produjo recaída local, de los cuales 7 (63%) se le había practicado excisión simple, apareciendo dicha recidiva antes del año. Igualmente, de los 9 pacientes que no recibieron RT adyuvante, por distintos motivos, 4 (44%) recayeron localmente. La supervivencia global a los 2 y 5 años fue del 77% y 65% respectivamente según Kaplan Meier.

**CONCLUSION:** Las recidivas locales, en nuestra serie, se distribuyen en 2 subgrupos de pacientes: aquellos que aún con cirugía conservadora no recibieron radioterapia postoperatoria, y en aquellos que a pesar de recibir radioterapia adyuvante tenían cirugía subóptima.

## **CÁNCER DE RECTO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

(Ponencia en las Quintas Jornadas Invernales de la Sociedad Andaluza de Cancerología Sierra Nevada, Granada 7-8 de Febrero de 2003)

*Aranda Narváez JM, Sánchez Pérez B, Navarro Piñero A, Mera Velasco S, Cabello Burgos A, Castro Santiago MJ, De La Fuente Perucho A.*

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Digestiva . Hospital Regional Carlos Haya. Avda. Carlos Haya s/n, 29010, Málaga

**Correspondencia:** José Manuel Aranda Narváez. Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Regional Carlos Haya, Avda. Carlos Haya s/n, 29010, Málaga.  
*e-mail: jaranda@hch.sas.cica.es*

### **RESUMEN**

Han sido muy diversos los cambios acontecidos en cuanto al tratamiento del cáncer de recto en los últimos años. Inmersos aún en el dilema de la adyuvancia pre o postoperatoria, lo que sí permanece bien definido es que la planificación de la estrategia terapéutica debe ser individualizada y multidisciplinar y que el gesto más importante es la resección quirúrgica. La indicación de la técnica de resección comienza preoperatoriamente con la consideración de una serie de variables, tanto del patrón de presentación tumoral como del propio paciente. Dos importantes aspectos de la resección rectal han sufrido importantes modificaciones en los últimos años. El primero de ellos es la descripción y la necesidad del exhaustivo cumplimiento de una serie de patrones que determinen unos adecuados márgenes de resección distal, circunferencial y mesorectal. Una nueva concepción de la anatomía y la disección pélvica permitieron dar respuesta a cómo minimizar a la vez el fallo local y la comorbilidad asociada a la lesión de la inervación autónoma. Por otra parte, el advenimiento de las suturas mecánicas y la recalificación del margen distal han contribuido a la creciente cifra de cirugía conservadora de esfínteres sin compromiso de los resultados oncológicos. Se hace necesario el conocimiento y el adecuado cumplimiento de los cánones de resección para permanecer en el rango de los patrones de calidad que permiten la homogeneidad de resultados y la minimización de la variable cirujano como predictora de resultados, tanto en cirugía electiva como urgente.

Nuevas posibilidades técnicas como la exéresis por vía laparoscópica o la resección local se han incorporado al arsenal terapéutico. Sus potenciales ventajas ante la

indudable menor agresión quirúrgica deben aún considerarse cautelosamente y aplicarse solamente en el seno de una correcta indicación y un meticuloso análisis de resultados.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde que Lisfranc publicara la primera resección de un tumor rectal, las descripciones más importantes en cuanto a aspectos quirúrgicos fueron realizadas por Miles (1) y Dixon (2), configurando lo que aún hoy día se consideran las dos opciones de resección mayor: la resección anterior (RA) y la amputación abdómino-perineal (AAP). La admisión de la necesidad de obtener un margen distal de 5 cm junto a la dificultad que conllevaba la realización de una anastomosis intrapélvica determinó que hasta los 70 la cirugía resectiva del recto por excelencia era la AAP. Sin embargo, el advenimiento y la creciente implantación de los dispositivos de grapado lineal y sutura circular, así como la redefinición del margen distal (de 5 a 2 cm) (3, 4) supusieron el decreciente porcentaje de tumores de recto resecados mediante AAP, con cifras de conservación esfinteriana en torno al 80% en la actualidad. Asimismo, las sucesivas aportaciones de Heald (5), con una nueva concepción de la anatomía y la disección pélvica y la necesidad de resección completa del mesorecto, se convierten en referencia obligada para los cirujanos especialmente dedicados a la patología neoplásica del recto. Sus tasas de recurrencia local en torno al 4%, refrendadas en diversos estudios posteriores, así como las aportaciones que constataron similares resultados oncológicos con cirugía con y sin conservación esfinteriana, determinaron la resolución al principal problema tras resección de neoplasias rectales: la recidiva locoregional. Solo una meticulosa técnica de resección puede minimizar las cifras de fallo local y el factor cirujano como variable predictiva de resultados tanto oncológicos como funcionales. Una vez resuelto el problema del fallo local, hoy día los esfuerzos se dirigen hacia la mejora en la calidad de vida de los pacientes resecados, intentando disminuir la incidencia del denominado síndrome de la resección anterior.

## **ASPECTOS PREOPERATORIOS**

Existen diversas variables que necesariamente han de ser evaluadas de forma preoperatoria para planificar un adecuado enfoque terapéutico.

### **1) Consideración de las variables del tumor:**

**-Localización:** Se consideran tumores rectales aquellos cuyo límite inferior se haya situado a menos de 15 cm del margen anal: tercio inferior 3 o 4-7 cm; tercio medio 7-

11 cm; y tercio superior 11-15 cm. La localización del tumor por el colonoscopio flexible es poco fiable y su determinación debe realizarse por tacto rectal o rectoscopia rígida. Determina la susceptibilidad de radioterapia (RT) preoperatoria (si el protocolo multidisciplinario la incluye), e igualmente permite una primera e importante aproximación hacia la susceptibilidad de cirugía conservadora de esfínteres.

**-Extensión local:** la fijación pélvica lateral debe ser examinada mediante tacto rectal. Igualmente la ecografía endoanal, con una fiabilidad superior al 90% en cuanto a invasión parietal (algo menor para el diagnóstico de afectación linfática) permitirá individualizar el tratamiento (RT preoperatoria en tumores localmente avanzados, resección local en tumores T0/T1).

**-Grado histológico:** aunque no siempre es una información fiable (los tumores presentan áreas con distinta diferenciación) el conocimiento de un tumor indiferenciado obliga a la obtención de un margen mayor de resección (mayor diseminación intramural).

**-Estudio de extensión** (ECO/TAC abdominal, radiografía de tórax) y **diagnóstico de neoplasias sincrónicas** (colonoscopia completa).

## **2) Consideración de las variables del paciente:**

-Deseos del paciente de conservación esfinteriana.

-Grado de continencia previa (es importante evitar la confusión entre una potencial incontinencia y la urgencia / tenesmo ocasionados por el tumor).

-Extensión tumoral y patología asociada (valorar no anastomosar en pacientes añosos con comorbilidad asociada o enfermedad diseminada con poca esperanza de vida).

-Información sobre las posibilidades de estoma temporal / permanente y de las secuelas de la cirugía pélvica: consentimiento informado.

## **TECNICA QUIRÚRGICA**

Para las técnicas de resección mayor existen una serie de aspectos comunes que detallamos a continuación. Ha sido precisamente la descripción de estos aspectos y la necesidad de su exhaustivo cumplimiento lo que ha definido la concepción actual de la cirugía de resección rectal.

-La **posición** del paciente es la de litotomía-Trendelenburg (Lloyd-Davies), que permite el abordaje de ambos campos, abdominal y perineal. Es en estos momentos cuando se realiza el **tacto rectal** que definirá si es posible la conservación esfintérica o por el contrario es necesaria una AAP, en cuyo caso se procede al lavado con



solución citolítica (povidona yodada) y al **cierre anal** mediante sutura en bolsa de tabaco. La incisión es una laparotomía media suprainfraumbilical.

-El primer paso es la **disección de la fascia de Toldt**, permitiendo la liberación del colon izquierdo del retroperitoneo y la identificación del uréter izquierdo.

-**Ligadura del pedículo linfovascular proximal**. Debido a que el drenaje linfático rectal es predominantemente ascendente existía el convencimiento de que la ligadura alta de los vasos mesentéricos, arteria y vena, cerca de su origen, obtenía mejores resultados en cuanto a supervivencia que su ligadura baja conservando la cólica izquierda. Sin embargo, estudios posteriores demostraron que la invasión de ganglios proximales era signo de enfermedad diseminada (6). Sin embargo éste es un gesto quirúrgico de mínima morbilidad y fácil realización, necesario para la completa liberación del colon izquierdo y disminuir así la tensión a nivel anastomótico, teniendo menor valor cuando se va a realizar una AAP. Con estos paradigmas en la mayoría de los casos es necesaria la liberación del ángulo esplénico.

-**La disección pélvica del recto y la resección total o subtotal del mesorecto** es sin duda el aspecto más importante en la cirugía resectiva. Por un lado la necesidad de evitar o minimizar las disfunciones sexuales y urinarias tras resección rectal y por otro la definición del margen rectal circunferencial y su impacto pronóstico (80% de riesgo de recidiva local en caso de afectación) a partir de los trabajos de Quirke (7) han convertido las directrices técnicas de Heald con la escisión total o subtotal del mesorecto con preservación de la inervación autónoma de la pelvis en el “gold standard” de la cirugía rectal.

a) El **plexo hipogástrico superior**, situado entre la salida de la arteria mesentérica inferior y la bifurcación aortoiliaca, derivado del SP toraco-lumbar (D11-12, L1), es el responsable de la eyaculación. Se bifurca en los dos **nervios hipogástricos**, que son fácilmente identificables a nivel postero-lateral íntimamente unidos a la fascia visceral del mesorecto, por lo que deben ser identificados y preservados en todo momento. Van a buscar al plexo pelviano lateral o hipogástrico inferior. Una vez identificados los dos nervios hipogástricos, es fácil entrar en el plano retrorectal con tijera y continuar en la disección con electrocauterio, hasta la denominada **fascia rectosacra**. La sección de la fascia rectosacra permite la completa liberación del recto posterior. No debe visualizarse el periostio del sacro en ningún momento, pues dicha visualización orientaría hacia un plano incorrecto y la posibilidad de lesión del plexo venoso presacro con el consecuente peligro de hemorragia de difícil control.

b) El segundo elemento es el **plexo pelviano lateral o hipogástrico inferior**. Situados en la pared lateral de la pelvis, a ellos convergen también los nervios

erectores procedentes del PSP sacro (S2-3-4), responsables de la erección. Desde aquí, dirigiéndose anteriormente nacen los nervios cavernosos, con componente tanto SP como PSP, que a nivel periprostático determinan las denominadas bandeletas neurovasculares por fuera de la fascia próstato-peritoneal de Denonvilliers del varón. Estos elementos anatómicos son más difícilmente reconocibles, y por tanto su preservación debe hacerse necesaria progresando: a) en la pelvis lateral con disección cortante y electrocauterio a baja intensidad, evitando la clásica disección manual roma y las clásicas ligaduras de las "aletas" laterales del mesorecto, sustituyéndolas por la hemostasia selectiva de las arterias hemorroidales medias, presente en tan solo un 50% de casos, casi siempre unilateralmente y de pequeño calibre (8); b) en la parte anterior del varón, aunque una reciente revisión (9) define tres diferentes planos de progresión (rectal, mesorectal, extramesorectal), en la práctica es difícil su delimitación porque al abrir la reflexión peritoneal se visualizan casi de inmediato las vesículas seminales lo que implica la incorporación de la fascia de Denonvilliers en la pieza quirúrgica, por lo que el plano más usado es el extramesorectal, además de ser el recomendado para las resecciones oncológicas. En este caso es necesaria precaución en no lesionar las fibras nerviosas adyacentes a las ramas vasculares. En la mujer la progresión anterior es más sencilla por el tabique rectovaginal.

c) Finalmente, la sección circunferencial permite la visualización de la musculatura elevadora. En este momento puede visualizarse el aspecto bilobulado del mesorecto cuya integridad debe comprobar el propio cirujano.

Mediante este procedimiento se consigue la preservación de la inervación autónoma sin detrimento en las cifras de recidiva locoregional, con un 4% en la serie de MacFarlane (10) y un 7,8% en la de Enker (11), que sólo incluyeron estadios B2 y C, cifras obtenidas sin tratamiento adyuvante.

En el otro punto de la balanza se encuentra las grandes excisiones radicales de linfáticos pélvicos y extrapélvicos, preconizadas sobre todo por trabajos japoneses, desde la tercera porción duodenal hasta los ganglios ilíacos y de la fosa obturatriz, incluso con el sacrificio de parte de la inervación autónoma dependiendo del estadiaje preoperatorio del tumor ("nerve-sparing") (12). Cifras de fallo local en torno al 5% avalan esta técnica quirúrgica, pero las comparaciones entre las series oriental y occidental son complejas y es difícil aceptar el contradictorio hecho de que, aunque estas técnicas se basan en las descripciones de que un 18% de tumores presentan invasión de ganglios ilíacos (13), con la exéresis completa del mesorecto las tasas de recidiva locoregional sean inferiores al 10%.

-El momento de la decisión final viene determinado por el margen distal. Diversas aportaciones han demostrado que no hay diferencias en cuanto a supervivencia y

recidiva en pacientes sometidos a resección anterior baja con 2-3 cm de margen distal comparados con aquellos en los que se obtuvieron márgenes mayores (4, 5), conduciendo a la aceptación de un margen de 2 cm como adecuado en tumores bien o moderadamente diferenciados.

Sin embargo, existen dos situaciones en las que debe mantenerse el límite distal de 5 cm. En primer lugar en tumores del recto superior, en los que la diseminación mesorrectal puede superar a la intramural (14). Mientras sea posible la consecución de un margen distal de 5 cm, en tumores del recto superior no es necesaria la excisión completa del mesorrecto. Y por otra parte, en tumores anaplásicos de elevada malignidad, en los que la diseminación intramural supera los 2 cm.

-Una vez decidido el límite de resección distal debe realizarse un **lavado con solución citolítica** para evitar la implantación de células neoplásicas descamadas (15). No existe uniformidad respecto al tipo de drenajes pélvicos (capilaridad, aspiración, sistema de lavado para evitar la formación de hematomas perianastomóticos que favorezcan la dehiscencia...).

### **TÉCNICAS SIN RESTITUCIÓN DE LA CONTINUIDAD (ESTOMA PERMANENTE)**

**-Amputación abdomino-perineal (AAP):** consiste en la realización de una incisión en huso perianal, progresar en la disección por la grasa isquiorrectal, seccionar el ligamento anocóxigeo para ingresar en el abdomen y posteriormente ir seccionando la musculatura elevadora lateralmente. Se evierte la pieza y es entonces cuando se completa la disección de la cara anterior (íntimamente adherida a próstata y uretra prostática en el varón y a la pared vaginal posterior en la mujer).

Aunque existen ostensibles diferencias en cuanto al porcentaje de tumores que pueden ser tratados mediante cirugía conservadora de esfínteres y AAP, se recomienda que menos del 40% de tumores sean resecados mediante la técnica de Miles, pues si la indicación es correcta la RA ofrece los mismos resultados oncológicos en cuanto a recidivas locales que la AAP (16). Se trata por tanto de una técnica en franca regresión que debe reservarse para tumores que infiltran el aparato esfinteriano o en casos de problemas por el factor paciente (incontinencia previa, pelvis estrecha del varón).

**-Intervención de Hartmann:** poco indicada en cirugía electiva de resección, se reserva para tumores rectales en los que se contraindique una anastomosis baja (incontinencia previa, comorbilidad asociada, edad avanzada, enfermedad diseminada...). Con esta técnica se reduce el tiempo operatorio y desaparece la morbilidad asociada a la herida perineal.

## **TÉCNICAS DE PRESERVACIÓN ESFINTERIANA**

Tras realizar la resección anterior (baja: anastomosis por debajo del peritoneo pélvico; ultrabaja: disección y anastomosis a nivel del plano de los elevadores, tras resección completa del mesorecto; anastomosis coloanal: anastomosis del colon proximal con el canal anal) puede restablecerse la continuidad de muy diversas formas, siendo las más usuales las que a continuación se detallan:

**-Técnicas de doble y triple grapado:** han sustituido a las anastomosis manuales por su simplicidad. El instrumento empleado es una grapadora de sutura circular con un cabezal en el remanente colónico proximal y el mango introducido por ano. Tras seccionar el recto con un dispositivo de sutura lineal, el colon proximal es anastomosado tras realizar una jareta alrededor del cabezal del dispositivo (doble grapado) o mediante la extracción del cabezal a través de otra sutura mecánica lineal (triple grapado) eliminándose la contaminación ocasionada por la apertura del muñón rectal.

-En ocasiones, en tumores muy bajos pero sin afectación esfinteriana puede hacerse necesario para la obtención de un margen distal adecuado la disección interesfintérica y la realización de la **anastomosis coloanal de Parks** (17), realizada de forma manual por vía transanal. Los resultados publicados con este procedimiento han sido satisfactorios en cuanto a funcionalidad y variables oncológicas.

-Para evitar las secuelas de estas anastomosis ultrabajas y coloanales surgieron los denominados reservorios colónicos.

**\*El reservorio colónico en J** (18, 19) nació de la experiencia con reservorios ileales pélvicos tras cirugía de la colitis ulcerosa. Consiste en la plicatura del colon proximal y el grapado o la sutura manual del mismo para obtener un reservorio de 5-6 cm, el más aceptado por su menor tasa de defecación incompleta. Descrito para compensar la pérdida de la función de reservorio del recto, de los resultados comunicados (20) se deduce que la realización de un J-pouch colónico no incrementa las complicaciones postoperatorias, no compromete los resultados oncológicos y ha demostrado disminuir la frecuencia de deposiciones por día con respecto a los pacientes con anastomosis directa, aunque la tasa global de continencia es similar en ambos grupos. Estos resultados parecen mantenerse incluso a largo plazo (21). Se trata de una prometedora opción que las unidades de cirugía colorectal deben probablemente incorporar al espectro de técnicas de restitución.

**\*La coloplastia transversa** (22, 23) consiste en la realización de una apertura longitudinal de 8-10 cm a 4-6 cm del extremo distal del colon proximal y suturarla transversalmente. Es una alternativa al pouch en pacientes con pelvis estrecha y

mesocolon prominente que pudieran comprometer la viabilidad del reservorio, y sus resultados funcionales (aunque muy preliminares) son similares al pouch colónico.

Los principales factores de riesgo de dehiscencia definidos en estudios multivariante han sido el nivel de la anastomosis (por debajo de 6-7 cm) y el sexo masculino (por la especial complejidad anatómica de la pelvis). La asociación de una **ostomía derivativa** no disminuye el riesgo de dehiscencia pero minimiza la morbilidad asociada a la misma al excluir el tránsito. El debate sobre su realización sistemática en anastomosis bajas y sobre la conveniencia de una ileostomía o una colostomía transversa aún no está resuelto.

### **CALIDAD DE VIDA**

Desde que la exhaustividad en la técnica quirúrgica ha conseguido controlar la recidiva locoregional, la tendencia actual se dirige hacia la mejora funcional y de la calidad de vida de los pacientes. Diversos estudios recientes afirman la mala tolerancia de determinados pacientes al denominado síndrome de la resección anterior, causado por la pérdida del reservorio rectal y consistente en aumento de la frecuencia deposicional, urgencia defecatoria e incontinencia, presente entre el 25-40% de los pacientes sometidos a procedimientos preservadores de esfínteres (aunque si se investigan trastornos menores pudiera llegar a afectar al 90% de los mismos) (24).

El examen de la calidad de vida de los pacientes resecados ha revelado resultados que proponen cierta reflexión, pues diversos estudios no han evidenciado claras diferencias entre pacientes sometidos a técnicas conservadoras de esfínteres y AAP (25). Una explicación plausible es el hecho de que el paciente al que se le propone una AAP desarrolla un rechazo inicial en relación a la concepción de la comunidad sobre el paciente ostomizado, para luego percatarse de que no son tan importantes sus limitaciones. Sin embargo, el paciente sometido a una resección anterior confía, al disfrutar de la restitución de la continuidad, en recobrar su status basal tras la cirugía y se siente decepcionado al comprobar la variada sintomatología que conlleva esta opción quirúrgica. Tal reflexión no debe entenderse como una propuesta de regreso a la AAP, sino que en pacientes informados sobre la naturaleza de su enfermedad y concienciados de la necesidad de un estoma permanente como tratamiento de su patología neoplásica de base no debe apurarse en extremo la posibilidad de cirugía conservadora de esfínteres si ésta de alguna manera compromete los resultados oncológicos. El desesperado intento de preservación esfinteriana conduce a indicaciones incorrectas y por tanto a elevado riesgo de recidiva locoregional, por lo que la mejoría de la calidad de vida debe basarse más en el diseño de técnicas como

el reservorio en J que en aumentar a cualquier precio las tasas de cirugía conservadora de esfínteres.

### **PATRONES DE CALIDAD**

Es obvio que, inmersos en el tratamiento de una patología con unas directrices claramente marcadas, es necesario que los resultados obtenidos sean lo más homogéneos posibles y para ello se hace indispensable la auditoría personal y la comparación con los estándares de calidad. Las revisiones sistemáticas de la literatura y las guías de práctica clínica, de amplia difusión en la era de la información, ofrecen un buen punto de referencia (26, 27, 28):

<i>Tasa de mortalidad operatoria</i>	<i>Cirugía electiva: inferior al 5%. Cirugía de urgencia: inferior al 20%.</i>
<i>Tasa de infección de herida</i>	<i>Por debajo del 10%.</i>
<i>Tasa de dehiscencia anastomótica</i>	<i>Inferior al 8%.</i>
<i>Recidiva locoregional</i>	<i>Inferior al 10%.</i>
<i>Supervivencia</i>	<i>En función del estadio.</i>

### **CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER DE RECTO**

Las ventajas atribuidas al abordaje laparoscópico son la disminución del dolor y del íleo postoperatorio, así como la deambulación precoz y la reincorporación a la actividad normal, así como la disminución de la morbilidad asociada a la laparotomía. Las series publicadas, tanto retrospectivas como prospectivas, han manifestado unos resultados aceptables en cuanto a morbimortalidad operatorias, así como que las piezas de resección son similares en cuanto a tamaño, límites de resección y número de ganglios a las obtenidas mediante resección abierta. Sin embargo tres foros de discusión persisten sin clara resolución. En primer lugar la escasez de resultados a largo plazo mediante el abordaje laparoscópico. En segundo lugar, el problema de las recidivas en las puertas de entrada, aunque su frecuencia no parece superior a la esperada por la naturaleza avanzada de la enfermedad. Y por último, en recientes aportaciones se comunica una mayor incidencia de disfunción sexual masculina tras resección rectal por vía laparoscópica en comparación con cirugía abierta, particularmente en tumores voluminosos y bajos (29). Por todo ello en la actualidad se recomienda que la cirugía laparoscópica en el cáncer rectal sea realizada por cirujanos

con conocimientos en laparoscopia y coloproctología, con un exhaustivo control de sus resultados.

## **RESECCIÓN LOCAL EN TUMORES DE RECTO**

Las dos técnicas de resección local de tumores de recto son la resección endoanal directa y la microcirugía endoscópica transanal (TEM), la excisión de tumores rectales mediante un dispositivo endoscópico que permite una mejor visualización y accesibilidad. De una u otra forma debe realizarse resección de pared completa (hasta grasa perirectal), aunque no se actúa sobre el territorio de drenaje linfático. El principio de la resección local de casos seleccionados se basa en el hecho de que las metástasis ganglionares sólo ocurren en un 8,4% de los T1, en un 22% de los T2 y en un 60% de los T3. Aunque obviamente se trata de una agresión quirúrgica mucho menor, las indicaciones para su realización han sido aún más limitadas por recientes revisiones que comunican mayor incidencia de fallo local mediante resección local en comparación con resección mayor (30). En la actualidad, en espera de los resultados con quimioradioterapia adyuvante para estadios T2 y de los resultados a largo plazo con la TEM, la susceptibilidad de resección local solo es posible en tumores móviles, menores de 3 cm, bien o moderadamente diferenciados, estadio uT1.

## **CIRUGÍA DE URGENCIA EN EL CÁNCER DE RECTO**

La hemorragia masiva, la perforación y la obstrucción con válvula íleocecal competente (y peligro de distensión y perforación cecal) son urgencias no diferibles. La obstrucción con incompetencia valvular y por tanto descompresión proximal se aconseja sea diferida a horario diurno e intervenida por cirujanos con experiencia y dedicación a la coloproctología. Aunque el tratamiento debe individualizarse, es importante tener en cuenta que si el abordaje multidisciplinario contempla la RT preoperatoria, debe considerarse la *colostomía de descompresión* como gesto terapéutico para una posterior cirugía electiva tras la RT. Por otra parte, en caso de ser necesaria la resección rectal, y si las condiciones locales y generales del paciente lo permiten, la elección debe ser el *lavado intraoperatorio* y la anastomosis directa sobre el procedimiento de Hartmann. Se comunican muy buenos resultados con esta técnica en cuanto a dehiscencia y morbilidad postoperatoria, y se evita la cirugía de reconstrucción (que en muchos casos no llega a realizarse nunca y que supone una importante comorbilidad asociada en la disección pélvica hacia el muñón rectal). Igualmente el uso de prótesis autoexpandibles y posterior preparación cólica y cirugía

electiva en tumores oclusivos de tercio superior debe considerarse como alternativa preferencial sobre la intervención de Hartmann.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Miles WE. A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2:1812.
2. Dixon CF. Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid. *Ann Surg* 1948; 128:425.
3. Williams NS. Reappraisal of the 5 centimetres rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival.
4. Pollet WG, Nicholls RJ. The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection for carcinoma of the rectum. *Ann Surg* 1983; 198: 159-63.
5. Heald RJ. A new approach to rectal cancer. *Br J Hosp Med* 1979; 12: 61-4.
6. Moran MR. Prognostic value of positive lymph nodes in rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:579-81.
7. Quirke P. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection: histopathological study of lateral tumour spread and surgical excision. *Lancet* 1986; 2: 996-8.
8. Jones OM. Lateral ligaments of the rectum: an anatomical study. *Br J Surg* 1999; 86:487-89.
9. Lindsey I. Anatomy of Denonvilliers' fascia and pelvic nerves, impotence, and implications for the colorectal surgeon. *Br J Surg* 2000; 87: 1288-1299.
10. MacFarlane JK, Ryall RD, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993; 341: 457-480.
11. Enker W. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 335-346.
12. Moriya et al. Significance of lateral node dissection for advanced rectal carcinoma at or below the peritoneal reflection. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 307-15.
13. Mascagni D. Pattern of lymph node metastasis from low rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 6.
14. Scott N et al. Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumour spread in the mesorectum distal to rectal cancer. *Br J Surg* 1995; 82:1031-33.
15. Umpleby HC. Viability of exfoliated colorectal carcinoma cells. *Br J Surg* 1984; 71: 659-663.
16. Lavery IC et al. Chances of cure are not compromised with sphincter-saving procedures for cancer of the lower third of the rectum. *Surg* 1997; 122: 779-785.
17. Parks AG. Transanal technique in low rectal anastomosis. *Proc R Soc Med* 1972; 65: 975-6.

18. Lazorthes F. Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and coloanal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1986; 73:136-8.
19. Parc R. Resection and coloanal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma. *Br J Surg* 1986; 73: 139-41.
20. Dennet ER. Misconceptions about the colonic J-pouch: what the accumulating data show. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 804-11.
21. Dehni N. Long-term functional outcome after low anterior resection. Comparison of low colorectal anastomosis and colonic J pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 817-23.
22. Z'graggen K. Transverse coloplasty pouch. A novel neorectal reservoir. *Dig Surg* 1999; 16 (5): 363-9.
23. Fazio VW. Colonic "Coloplasty": novel technique to enhance low colorectal or coloanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2000; 1448-50.
24. Miller AS. Factors that influence functional outcome after coloanal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1995; 82: 1327-30.
25. Grumann MM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2001; 233 (2): 149-156.
26. Royal College of Surgeons of England (RCSE) and Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACGIBI). Guidelines for the management of colorectal cancer 1996.
27. Sociedad Valenciana de Cirugía. Guía de Práctica Clínica en el Cáncer Colorectal 2000.
28. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma. Supporting Documentation. 1999.
29. Quah HM. Bladder and sexual dysfunction following laparoscopically assisted and conventional open mesorectal resection for cancer. *Br J Surg* 2002; 89 (12):1551-1556.
30. García Aguilar J. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy. A word of caution. *Ann Surg* 2000; 231: 345-51.

# Zona de Exploración

Un Servicio para navegantes de salón

<b>Accesos para Oncología</b>	<b>Links de Oncología de Interés General:</b> <i>UICC:</i> <a href="http://www.uicc.ch/">http://www.uicc.ch/</a> <i>ASCO:</i> <a href="http://asco.org">http://asco.org</a> <i>PDQ:</i> <a href="http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/pdqphysp.menu.html">http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/pdqphysp.menu.html</a> <i>EORTC:</i> <a href="http://www.eortc.be/">http://www.eortc.be/</a> <i>ECOG :</i> <a href="http://ecog.dfci.harvard.edu/">http://ecog.dfci.harvard.edu/</a> <i>Oncolink (Univ. Pennsylvania):</i> <a href="http://oncolink.upenn.edu/resources/">http://oncolink.upenn.edu/resources/</a> <i>Ovid (con clave permite acceso a texto completo):</i> <a href="http://trial.ovid.com/">http://trial.ovid.com/</a> <i>Medline (pagina del Dr. Félix):</i> <a href="http://195.152.9.7/dfelix/">http://195.152.9.7/dfelix/</a> <i>Cáncer en Europa:</i> <a href="http://www.cancereurope.org/">http://www.cancereurope.org/</a> <i>C. Mayo:</i> <a href="http://www.mayo.edu/healthinfo/profess.html">http://www.mayo.edu/healthinfo/profess.html</a>
<b>Enlaces Útiles</b>	
<b>Herramientas de Internet</b>	
<b>Acceso al SAS</b>	
<b>Hospitales</b>	<b>ORGANISMOS ESPAÑOLES:</b> <i>Junta de Andalucía:</i> <a href="http://www.junta-andalucia.es/">http://www.junta-andalucia.es/</a> <i>Escuela Andaluza S.P.:</i> <a href="http://www.easp.es/index.htm">http://www.easp.es/index.htm</a> <i>Centro Cochrane Español:</i> <a href="http://linux.chpt.es/cochrane/">http://linux.chpt.es/cochrane/</a> <i>SEOM:</i> <a href="http://www.seom.org/">http://www.seom.org/</a> <i>Ministerio de Sanidad:</i> <a href="http://www.msc.es/home.htm">http://www.msc.es/home.htm</a> <i>Instituto Carlos III:</i> <a href="http://www.isciii.es/">http://www.isciii.es/</a>
<b>Cultura, Viajes</b>	
<b>Curiosidades</b>	<b>Utilidades:</b> <i>Avisador gratuito BOE:</i> <a href="http://www.avisaboe.com/">http://www.avisaboe.com/</a> <i>Utilidades Internet:</i> <a href="http://welcome.to/manuales">http://welcome.to/manuales</a> <i>Mejore su inglés:</i> <a href="http://dictionary.oed.com/">http://dictionary.oed.com/</a> <i>¿Necesita probar un programa? Vaya al sitio (muy completo):</i> <a href="http://www.arrakis.es/~valium/mocosoft.htm">http://www.arrakis.es/~valium/mocosoft.htm</a>
<b>Negocios</b>	<i>Si encuentra links interesantes, enviarlos a:</i> <a href="mailto:breton@redsac.com">breton@redsac.com</a>
<b>Y Muchas otras cosas.....</b>	<b>¡Ya se dispone de la publicación "on line" de Archivos!</b> BUSCA LA PAGINA DE LA S.A.C: <a href="http://www.redsac.com">www.redsac.com</a>
<b>Están en la Red</b>	

# Zona de Exploración

*Un Servicio para n@vegantes de salón*

## Patente de Corso

Eufemismo usado en las guerras del XVI al XIX, se refiere a que se permitía ejercer la piratería a honestos empresarios siempre que atacaran a enemigos y neutrales, y que dejaran un porcentaje a las arcas gubernamentales. (vamos, casi igual que ahora). Algo similar ocurre en Internet con la venta a distancia de todo tipo de productos farmacéuticos, algunos de potencial peligro sin asesoramiento médico. En Oncología, con unos pacientes especialmente sensibles, empieza a notarse la tentación de usar “remedios milagro”. Es preciso un control riguroso de las autoridades sanitarias y sobre todo, que vuelva la tradicional confianza en el médico.

**Todo sobre juegos: PC, Play,** demos, trucos, etc en <http://www.gamespy.com/>

**La Guía en Internet:** Todos los números de teléfono en: <http://www.guiatelefonica.com>

**¿Cuándo fue el último terremoto? Vaya a:** <http://neic.usgs.gov/neis/currennt/europe.html>

**y se sorprenderá de cuantos hay**

**Portal recomendado:** Sin duda, **Medscape** ofrece una información actualizada y relevante en oncología y otras disciplinas médicas que hace que destaquemos su página: <http://www.medscape.com/> Debe registrarse, pero es gratis.

**Datos:** En ocasiones se precisan datos estadísticos de población o actividad, para elaborar una memoria, aportar bibliografía, etc. *El I. de Estadística de Andalucía* está en: <http://www.iea.junta-andalucia.es/>. Si deseamos una consulta al I. Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/>

**Sea solidario. Con un “clic” alivie el hambre. No deje de ir a:** [www.tehungersite.com](http://www.tehungersite.com)

**Viaje al espacio.** En la pagina de la NASA, claro: <http://www.nasa.gov/>  
**Ocultismo:** ¿ Está preocupado por el futuro?. Se lo resolverán (eso dicen) en <http://www.astroworld.de/esp/>. La conocida revista *Mundo Misterioso* tiene su página en <http://www.mundomisterioso.com/>. Desde aquí hay enlaces a muchos sitios.

**Todo sobre coches, con lista de radares, incluido:** lo encontrará en <http://www.autocity.com>

**¿Podría incluir un paciente en un ensayo?.** Lo puede saber en <http://www.clinicaltrials.gov>

¡ Como ya se sabe, hay para todos los gustos en la Red de Redes ¡



**Fumar Mata**



# NOTICIAS

## ONCOLOGIA EN LA COMUNIDAD



### Actividades en Andalucía:

En febrero, se celebró una nueva edición de las *Jornadas Invernales de Sierra Nevada*. (ver en este número)

**El próximo Congreso de la Sociedad Andaluza de Cancerología** se celebrará en Carmona (Sevilla) posiblemente en Octubre, el tema elegido es: "Avances en Oncología" Coincidiendo con el Congreso se celebrarán **elecciones parciales** a la Junta Directiva.

En Diciembre se prepara un nuevo **Curso para Residentes de Oncología**. Lugar: Granada

### Becas y Ayudas:

**Becas FISS:** Los modelos de petición pueden obtenerse por Internet, en la pagina del *Instituto Carlos III*. (<http://www.isciii.es/>)

### Programa Sócrates/Erasmus:

<http://europa.eu.int/comm/education/erasmus.html>

### Un "Master" para todas las disciplinas:

<http://www.tumaster.com/>

### Trabajo en Gran Bretaña:

[www.jenrickmedical.co.uk](http://www.jenrickmedical.co.uk)

### Pensamientos:



*"El hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que este sufrimiento tenga un sentido".* (Victor Frankl)

*"Más puede negar un asno que probar un filósofo."* (Adagio Escolástico)

*"Cuando una batalla está perdida, sólo los que han huido pueden combatir en otra."* (Demóstenes)

### Correo del Lector:

Invitamos de nuevo a escribir a todos aquellos que quieran comentar algo sobre los temas aparecidos en *Archivos*.

**Current Opinion in Oncology:** Esta conocida publicación se distribuye gratis "on line" en <http://www.co-oncology.com/>

### Holland & Frei ¡Gratis!

En la dirección <http://www.hollandandfrei.com/> tiene acceso gratis a este prestigioso texto.

**24 Conferencia de San Antonio:** Medscape ofrece un resumen muy completo en su página de CME: <http://www.medscape.com/viewprogram/116>

---

## **Archivos A. de Cancerología. - Normas de Publicación**

---

Se prefieren originales en formato electrónico, preferiblemente Word (extensión .doc) Se aceptan otros formatos compatibles, aunque es mejor consultar. Se recomienda enviar también una copia en papel. La extensión de cada artículo no debe ser superior a 5 páginas a doble espacio con tipo de letra a 11 o 12 puntos, excluyendo tablas y gráficos, que se adjuntarán en un archivo distinto, en formato asimismo compatible. Todos los discos o manuscritos deben ir debidamente identificados. Se enviarán preferentemente por correo electrónico al Redactor-Jefe (*breton@redcsa.com*) o a cualquier miembro del Equipo de Redacción. Se efectuará acuse de recibo de los mismos.

Es aconsejable atenerse a las normas usuales de publicación en Medicina, aunque se admite cualquier otra que sea habitual en otras disciplinas, con la excepción de que la bibliografía se citará siempre al final del artículo.

Los originales y revisiones pueden incluir un resumen inicial, y palabras clave. Los autores deben indicar el modo de contacto con ellos (correo ordinario o electrónico, fax, tf.), etc.) Por el momento el equipo de redacción no puede enviar galeradas de prueba a los autores, y se reserva el derecho de modificar la ortografía o gramática de los originales, respetando siempre escrupulosamente el sentido y contexto de los artículos. Se procurará remitir al primer autor, o al mencionado como corresponsal, ejemplares del número en que se publique su artículo.

## **CORREO ELECTRONICO DE NUESTROS COLABORADORES Y AMIGOS**

<b>Nombre y Cargo</b>	<b>E-mail</b>	<b>Dirección, Tf</b>
Barnadas Molins, Agustí	<b>barnadas@ns.hugtip.sc s.es</b>	S. Oncología. H. German Trias i Pujol. Badalona
Die Trill, María Psicóloga Clínica	psionc@radonc.hggm.es	U. de Psico-Oncología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 91- 586 6736
Irastorza Aldasoro, Arantxa Programa Detección Precoz Cáncer de Mama	airastorza@sc.sas.junta_andalucia.es	Servicios Centrales del SAS.
Martínez García, Carmen Registro de Tumores. Granada	carmen@easp.es	E. A. De Salud Pública. Campus de Cartuja 958 – 16 10 44
de Ramón Garrido, Enrique Colaborador de “Archivos”	ederamon@teeline.es	S. Medicina Interna, Hospital Carlos Haya, M
Virizuela, J. Antonio Consejo Editorial	Med006776@nacom.es	S. Oncología Hospital de Jerez. 956 - 358047
Contreras Martínez, Jorge Colaborador “Archivos”	Contrer@hch.junta_andalucia.es	Radioterapia. H. Carlos Haya, Málaga.
Contreras Ibáñez. J. Antonio Colaborador de “Archivos”	joseacontreras@supercable.es	Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. 956-002949.
Monroy Antón, Jose Luis Colaborador de “Archivos”	becquer13@latinmail.com	Radioterapia. Fundación J. Díaz, Madrid- 91 – 639 28 96 41
Bretón García, Juan J. Redactor Jefe de “Archivos”	breton@redsac.com	S. Oncología. H. Carlos Haya, Málaga 951 – 030-175
Soler Tortosa, Miguel Colaborador de “Archivos”	msoler@fjd.es	Radioterapia. Fundación J. Díaz, Madrid- 91 – 639 28 96 41
Pastor Gaitan, Pedro	ppastorg@ene.es	S. Oncología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
López López, Rafael, Colaborador de “Archivos”	rlopez@ene.es	Oncología Médica. C. Hospitalario Universitario. Hospital de Conxo Santiago de Compostela 981 540500
Trujillo Vilchez. Rafael Socio de la SAC	rafaeltruj@yahoo.com rafaeltrujillo@airtel.net	S. Oncología. Hospital de Algeciras.
Sánchez-Escribano. Ricardo. Colaborador de “Archivos”	ricarsan@ene.es	H. Virgen Macarena, Sevilla

Si observa algún dato erróneo, por favor, avísenos.