



XXII CONGRESO SAC
SOCIEDAD ANDALUZA DE CANCEROLOGÍA
GRANADA 2022 · Hotel Maciá Real de la Alhambra · 17, 18 y 19 de febrero

ARCHIVOS ANDALUCES DE CANCEROLOGÍA
(Edición Especial)

REVISTA SAC- VOL. 14- Nº 2- 2022. ISSN: 1577-6875

Órgano de expresión de la Sociedad Andaluza de Cancerología
Fundada en 1961

INDICE

Junta Directiva y Comité.....	2
Programa XXII Congreso de la SAC.....	3
Póster Digitales	15
Resúmenes de Comunicaciones Orales.....	25
Resúmenes de Póster.....	69

JUNTA DIRECTIVA de LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CANCEROLOGÍA

Presidente-	Ana Serradilla Gil
Vicepresidente-	Ismael Herruzo Cabrera
Secretario General-	Arturo Aboal Seijas
Tesorero-	José Luis López Guerra
Vocal de Almería-	Jeannine Carolina Pérez
Vocal de Cádiz-	Isabel Villanego Beltrán
Vocal de Córdoba-	Sonia García Cabezas
Vocal de Granada-	Isabel Tovar Martín
Vocal de Huelva-	José Manuel Rico Pérez
Vocal de Jaén-	Olga Liñán Díaz
Vocal de Málaga-	José M ^a Azcoaga Blasco
Vocal de Sevilla-	Elena Montero Perea

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente-	Ana Serradilla Gil
Vicepresidente-	Ismael Herruzo Cabrera
Secretario-	Arturo Aboal Seijas
Vocales-	Sonia García Cabezas
	Javier Jaén Olasolo
	Olga Liñán Díaz
	José Luis López Guerra
	Elena Montero Perea
	Jeannine Carolina Pérez
	Isabel Tovar Martín
	Isabel Villanego Beltrán

ISSN- 1577-6875

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN-
GRUPO SUREVENTS**

**PROGRAMA XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE
CANCEROLOGÍA**

JUEVES 17 de FEBRERO- MAÑANA

12.00-14.00 h

CURSO PRE CONGRESO : DOLOR

Moderador: Dr. Jorge Contreras Martínez

CASO 1- DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO

Dra. Vanessa Jerviz Guía

1. Caso Clínico paciente en tratamiento oncológico activo con analgesia de 3º nivel
2. Caso Clínico paciente en tratamiento oncológico activo sin analgesia de 3ª nivel

CASO 2- DOLOR SEVERO

Dra. Mariana Peña Perea

1. Caso Clínico paciente en tratamiento curativo (Cabeza y Cuello o Ginecológico)
2. Caso Clínico paciente paliativo en tratamiento oncológico activo

CASO 3- DOLOR MAL CONTROLADO

Dr. Rafael Gálvez Mateos

1. Caso Clínico paciente con necesidad de rotación de Opioides
2. Caso Clínico paciente que precisa derivación a Unidad de Dolor

JUEVES 17 de FEBRERO- TARDE

15.00 h

RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

16.00-17.30 h

**PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES- TEMA:
SBRT**

*Moderadores: Dra. Isabel Tovar Martín
Dra. Olga Liñan Díaz*

C11- RADIOABLACIÓN ESTEREOTÁCTICA CARDIACA (SABR) EN UN PACIENTE CON TAQUICARDIA VENTRICULAR: A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO DE ANDALUCÍA.

Liñán, O.; Ching López, R.; Jiménez, M.; Sánchez, P.; Osorio, J.L.; Expósito, J.
Servicio de ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

C16- RESULTADOS FÍSICOS DE ENSAYO CLÍNICO FASE II PARA SBRT MONOFRACCIÓN DE 24 Gy EN CÁNCER DE MAMA INOPERABLE EN ESTADIO INICIAL

López, N.; Velázquez, S.; Muñiz, G.; Muñoz, D.; Simón, J.L.
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C17- SBRT DE FRACCIÓN ÚNICA PARA CÁNCER DE PULMÓN: PRIMEROS RESULTADOS FÍSICOS

López, N.; Paguey, I.; Muñiz, G.; Montero, E.; Rubí, L.; Velázquez, S.
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C18- PRIMEROS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA ESTEREOTÁCTICO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Velázquez, S.; López, N.; León, J.L.; Muñiz, G.; Rubí, L.; Muñoz, D.; Simón, J.L.
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C22- TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA CORPORAL ESTEREOTÁCTICA (SBRT) EN PACIENTES CON METÁSTASIS EN GLÁNDULAS SUPRARRENALES

Burgueño Caballero, A.M.; Muñoz Muñoz, O.; Tejada Ortigosa, E.; Peinado Serrano, J.; Montero Perea, E.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C25- RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON SBRT EN PACIENTES CON OLIGOMETÁSTASIS PULMONARES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA ESTRO-EORTC

Camús Martínez, J.A.; Rodríguez Ruiz, L.; Ruiz Palma, E.; García Cabezas, S.; Palacios Eito, A.
Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

C30- REVISIÓN DE LA REIRRADIACIÓN DE CARCINOMAS LOCALMENTE AVANZADOS DE CABEZA Y CUELLO

Fernández Quiles, I.M.; Jerviz Guía, V.G.; Sepe, A.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

C40- RADIOTERAPIA DE HIPOFRACCIONAMIENTO EXTREMO (FAST-FORWARD) EN EL CÁNCER DE MAMA: LA EXPERIENCIA DESDE NUESTRO CENTRO

Sonera Marcos, L.; Rubí Olea, L.; Risso, S.; de Haro Piedra, R.; Rodríguez García, E.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

17.30-17.45 h INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

Autoridades

18.00-19.30 h MESA 1: CALIDAD DE VIDA Y CÁNCER. MÁS ALLÁ DE LOS TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS

Moderadores: Dra. Ana Serradilla Gil

Dr. Ismael Herruzo Cabrera

- ¿Sabemos mejorar la calidad de vida de los pacientes?
 - Dolor y calidad de vida
Dr. Ignacio Velázquez Rivera
 - Ejercicio físico
 - Evidencias clínicas
Dra. Clara Fernández Díaz-Fierros
 - ¿Cómo y cuándo hay que pautarlo?
D. Manuel Martín Olvera
 - ¿Estamos concienciados de su importancia?
Dña. Aida Tórtola Navarro
 - Cuidados de la piel en el paciente Oncológico
Dra. Cristina Serrano Falcón
 - Necesidades afectivas y sexualidad ¿Le damos la importancia que tienen?
Dña. Carmen Yélamos Agua
 - Hacia una nutrición adecuada: de la desnutrición a la obesidad sarcopénica
Dr. José Manuel García Almeida
 - Cardio-Onco-Hematología: nuevos y viejos retos en el control y seguimiento del paciente oncológico
Dra. Dolores Mesa Rubio
- Calidad de vida en el final de la vida
 - Situación actual de los Cuidados Paliativos
Dr. Fernando Álvarez Hurtado
 - Ley de la Eutanasia: puntos clave
Dña. Marta Serradilla Gil

19.30-20.00 h **PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES TEMA:
MISCELÁNEA**

*Moderadores: Dra. Isabel Villanego Beltrán
 Dr. Arturo Aboal Seijas*

**C43- EFECTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN EL USO DE
MEDIOS ONLINE PARA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN
SUPERVIVIENTES DEL CÁNCER DE MAMA ESPAÑOLAS**

*Pérez de Arrilucea, U.; Serradilla Gil, A.; Samaniego, M.A.; Villegas Sánchez,
A.; Fernández Miranda, E.; Acosta Rojas, A.; Sáez Cantos, A.; Montilla Oballe,
F.J.; Tórtola Navarro, A.
Universidad de Granada*

**C13- ¿PORQUÉ RETRASAN LAS PERSONAS LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN
CASO DE TENER SÍNTOMAS DE CÁNCER?. RESULTADOS DEL
ONCOBARÓMETRO 2020**

*Sánchez, M.J.; Bayo Lozano, E.; Garrido, D.; García-Retamero, R.; Catena, A.;
Rodríguez Barranco, M.; Petrova, D.
Escuela Andaluza de Salud Pública*

**C24- REFLEXIONES SOBRE LA ENSEÑANZA DE ONCOLOGÍA
RADIOTERÁPICA EN EL GRADO DE MEDICINA**

*Expósito Hernández, J.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada*

20.00- 20.30 h **CONFERENCIA INAUGURAL : Mitos y realidades de la
Medicina Basada en la Evidencia**

*Moderador: Dra. Ana Serradilla Gil
Ponente: Dr. José Antonio González-Ferreira*

VIERNES 18 DE FEBRERO- MAÑANA

09.00- 10.00 h **PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES TEMA:
CÁNCER PEDIÁTRICOS - SARCOMAS**

*Moderadores: Dr. Ismael Herruzo Cabrera
 Dr. Jose M^a Azcoaga Blasco*

C3- INFLUENCE OF RADIOTHERAPY ON KINNEY FUNCTION IN PATIENTS DIAGNOSED WITH HIGH-RISK NEUROBLASTOMA

Gomis Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C4- TREATMENT AND OUTCOMES OF HIGH-RISK NEUROBLASTOMA IN CHILDHOOD:REPORT OF A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Gomis Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C6- ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE RESPUESTA Y SUPERVIVENCIA EN LOS TUMORES DE TRONCO DEL ENCÉFALO EN EDAD PEDIÁTRICA

Ortiz Ortigosa, A. (1); Herruzo Cabrera, I. (2); García Jiménez, L.; Villén Villén, J.C.; Garcia, S.; Gutiérrez Schiaffino, G.

(1) Servicio de Pediatría, H.U. Regional de Málaga. (2) Servicio ORT, H.U. Regional de Málaga

C12- BENEFICIO DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GLIOMA PONTINO INTRÍNSECO DIFUSO (DIPG) SOMETIDOS A RE-IRRADIACIÓN EN LA PRIMERA PROGRESIÓN

Tejada Ortigosa, E.M.; Cabrera Roldán, P.; Delgado León, B.D.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C35- SÍNDROME DE PEPPER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Burgueño Caballero, A.M.; Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Carmona, D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C20- TRATAMIENTO CON RADIOTERÁPIA Y QUIMIOTERÁPIA PREOPERATORIA EN SARCOMAS AVANZADOS DE PARTES BLANDAS

Burgueño Caballero, A.M.; Muñoz Muñoz, O.; Gomis Sellés, E.; Peinado Serrano, J.; Rincón Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C31- RADIOTERÁPIA NEOADYUVANTE O ADYUVANTE EN LOS SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADOS: ¿UN TERRENO DE JUEGO EQUILIBRADO?

Muñoz Muñoz, O.; Gomís Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Peinado Serrano, J.; Rincón Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

10.00- 11.30 h MESA 2: RETOS TECNOLÓGICOS: De lo traslacional a la mesa del clínico

Moderadores: *Dr. Jose M^o Azcoaga Blasco*
Dra. Isabel Villanego Beltrán

- Aplicaciones de la Inteligencia Artificial en Oncología
Dr. José Luis López Guerra
- Avances en marcadores moleculares: puesta al día
Dra. Dolores Bautista Ojeda
- Biopsia líquida: búsqueda de nuevas oportunidades terapéuticas
Dra. M^a José Serrano Fernández
- Nuevas pruebas diagnósticas
 - TAC dual- RM multiparamétrica
Dra. Beatriz Asenjo García
 - PET-TAC
Dr. Antonio Rodríguez Fernández
- Avances tecnológicos en radioterapia
 - Protonterapia
Dra. Carme Ares
 - RM-LINAC
D. Moisés Sáez Beltrán
 - Radioterapia intraoperatoria
Dra. Sonia García Cabezas

11.30- 12.00 h PAUSA-CAFÉ - TALLER MAQUILLAJE PACIENTE ONCOLÓGICO

12.00- 13.00 h MESA 3: LA ONCOLOGÍA EN LOS TIEMPOS DEL COVID

Moderadores: *Dra. Jeannie Carolina Pérez*
Dr. Olga Liñán Díaz

- Paciente 4.0: La tecnología que llegó para quedarse
Dr. Amadeo Wals Zurita
- ¿Cómo nos hemos adaptado al COVID en los Servicios de Oncología de Andalucía y su impacto en los diagnósticos y tratamientos del Cáncer
Dr. David Vicente Baz

- Vacunación del paciente oncológico: ¿A quién, Cómo y Cuándo?
Revisión de las evidencias
Dr. Huberto Meersman
- La visión de la Enfermería
D. Sergio González González

VIERNES 18 DE FEBRERO- MAÑANA

13.00- 14.30 h MESA 4: ¿ES LA INMUNOTERAPIA EL NUEVO ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO?

Moderadores: *Dr. José Luis López Guerra*
Dr. Arturo Aboal Seijas

- Revisión de las evidencias clínicas: Pulmón
Dr. Manuel Cobo Dols
- Revisión de evidencias clínicas: Melanoma
Dr. Luis de la Cruz Merino
- ¿Qué hay de nuevo en Mama?
Dr. Diego Pérez Martín
- ¿Qué hay de nuevo en Colon?
Dra. Julia Alcaide García
- Ante un cambio de paradigma en Cáncer Metastásico:
Inmunoterapia en primera línea
Dr. José Manuel Trigo Pérez
- Oligometástasis- Oligoprotección- Oligorecurrencia:
 - El papel y la importancia de los tratamientos locales.
Sinergia Inmunoterapia- Radioterapia ablativa: efecto
abscopal
D. Santiago Velázquez Miranda
 - ¿Hacia un nuevo estándar en los tratamientos de las
metástasis de SNC?
Dra. Inmaculada Fortes de la Torre
 - La toxicidad asociada: ¿Cuál es la secuencia de los
tratamientos?
Dra. María Rubio Jiménez

**14.30- 16.00 h ALMUERZO DE TRABAJO. SIMPOSIUM PARALELO
NUTRICIÓN (Cocinero)**

VIERNES 18 DE FEBRERO- TARDE

16.00-17.00 h MESA 5: PATOLOGÍA BENIGNA: ACTUALIZACIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA

Moderadores: *Dra. Ana Serradilla Gil*
Dra. Amalia Palacios Eito

- Readaptando los tratamientos: repaso de la patología benigna en Radioterapia
Dr. Jon Andreescu Yagüe
- Sistema Nervioso Central: tratamientos consolidados y nuevas dianas
 - MAV, Neurinoma del Acústico y Meningiomas: estado del arte
Dra. Mercedes Zurita Herrera
 - Patología funcional, los nuevos retos: Epilepsia, Alzheimer
Dr. José Expósito Hernández

17.00-17.20 h PAUSA- CAFÉ

17.20-17.30 h PRESENTACIÓN CONSENSO CPHS
Dr. Jonathan Saavedra Bejarano

17.30- 19.00 h MESA 6: NUEVOS RETOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Moderadores: *Dr. Ismael Herruzo Cabrera*
Dr. Juan Moreno Jiménez

- Biomarcadores y Test genéticos
Dra. Raquel Correa Generoso
- Tratamiento del Cáncer localizado
 - Papel del Urólogo: Cirugía, Crioterapia
Dr. Fernando Vázquez Alonso
 - Papel del Radiooncólogo: SBRT
Dr. Rafael García García
- El paciente no metastásico resistente a la castración: nuevas evidencias
Dra. Ángeles Sánchez Gálvez
- Estado del arte en Cáncer metastásico hormonosensible
Dr. Antonio Lazo Prados
- Evidencias en Cáncer metastásico resistente a la castración: lo que está por llegar
Dr. Manuel Blanco Villar

**19.00-19.30 h PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES -TEMA:
CÁNCER DE PRÓSTATA**

*Moderadores: Dra. Jeannie Carolina Pérez
 Dra. Isabel Villanego Beltrán*

**C7- NUESTROS PRIMEROS RESULTADOS CON APALUTAMIDA EN
PACIENTES CPHSm (Cáncer de Próstata Hormonosensible Metastásico)**

Blanco Villar, M.L.; Peña Perea, M.T.; Molina Hernández, J.M.; Cano Soler, C.;
Portillo González, J.; Serradilla Gil, A.; Pérez, J.C.; Bermejo Moreno, J.; Ruiz
García, M.V.; Gómez Oliveros, J.A.

Servicio de ORT. Hospital U. Torrecardenas. Almería

**C28- RADIOTERÁPIA CORPORAL ESTEREOTÁCTICA (SBRT) EN EL CÁNCER
DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁSICO**

Muñoz Muñoz, O.; Burgueño Caballero, A.M.; Gomís Sellés, E.; Delgado León,
B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

**C32- UNA ALTERNATIVA DE RADIOTERÁPIA DE RESCATE PARA EL CÁNCER
DE PRÓSTATA RECURRENTE DESPUÉS DE BRAQUITERÁPIA-LDR**

Muñoz Muñoz, O.; Burgueño Caballero, A.M.; Gomís Sellés, E.; Delgado León,
B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

**19.30- 20.30 h ASAMBLEA GENERAL DE LA SAC
ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE LA SAC**

SÁBADO 19 DE FEBRERO- MAÑANA

**9.00-10.30 h PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES -TEMA:
CÁNCER DE PULMÓN- CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

*Moderadores: Dr. José Luis López Guerra
 Dra. Isabel Tovar Martín*

C8- PROYECTO SPORADIC INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA PREVENCIÓN DE LA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA POR RADIOTERAPIA

Gómez Millán, P.(1); Bueno Gómez, M.(1); Carvajo Garcés, M.(1); Perucha, M.(2); Pérez Carrasco, J.A.(4); Acha, B. (4); Serrano, C.(4); Delgado León, B.D.(3); López Guerra, J.L.(3)

(1) *Unidad de Radiodiagnóstico H.U.V.R. Sevilla*(2) *Unidad de Física Médica H.U.V.R. Sevilla* (3) *Unidad de ORT, Instituto Biomedicina de Sevilla, U. De Sevilla-CSIC. H.U.V.R. Sevilla.*(4) *Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones. U. De Sevilla.* (5) *Grupo de Información e Innovación Tecnológica. H.U. V. Macarena. Sevilla*

C14- ESCALADA DE DOSIS EN RADIOTERAPIA PALIATIVA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEZA Y CUELLO MEDIANTE UMAT E IGRT

Paguey Garrido, I.; De Haro Piedra, R.; Gordito Soler, J.J.; Muñoz Carmona, D.; Quintana Ángel, B.; Pachón Ibáñez, J.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C15- LA EXPRESIÓN DE INCrNA NEAT 1 PREDICE LA RECAIDA LOCAL EN CÁNCER DE PULMÓN

Paguey Garrido, I.(1); Muñoz Muñoz, O.(1); Delgado León, B.D.(1); Jaén Olasolo, J.(2); Enguix Riego, M.V.(1); Pérez Luque, S.(1); Borrego Reina, M.(1); Romero Pareja, P.(3); López Guerra, J.L. (1)

(1) *Servicio de ORT H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.* (2) *Servicio de ORT. H.U. Puerta del Mar. Cádiz.* (3) *Servicio de ORT. H.U. Reina Sofía. Córdoba*

C21- ANÁLISIS DE VARIABLES CLÍNICAS Y ANATÓMICAS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LARINGE T4a

Burgueño Caballero, A.M.; Sonera Marcos, L.; Gordito Soler, J.J.; Quintana Ángel, B.; Pachón Ibáñez, J.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C26- LA SOBREEXPRESIÓN DE LA COCHAPERONA PREFOLDINASE ASOCIADA A MAYOR MORTALIDAD EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Gomis Sellés, E.; Peñate, X.; Payán Bravo, L.; Reyes, J.C.; Vieites, B.; Borrego, M.; Pérez, S.; Jaén Olasolo, J.; Praena Fernández, J.M.; Chávez de Diego, S.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

C27- ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES DE RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN

Gomis Sellés, E.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Delgado León, B.D.; Jiménez Labaig, P.; Cacicedo Fernández de Bobadilla, J.; Romero Pareja, P.; Pérez Luque, S.; Borrego Reina, M.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio de ORT Hospital U. Cruces de Bilbao

C34- EVALUACIÓN MULTICÉNTRICA DE LOS SNPs HSPB1 Y TGB1 Y EL RIESGO DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN TRATADOS CON RADIO(QUIMIO)TERAPIA

Muñoz Muñoz, O.(1); Delgado León, B.D.(1); Romero Pareja, P.(1); Cacicedo, J.(2); Pérez Luque, S.(1); Borrego Reina, M.(1); López Guerra, J.L.(1)

(1) Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla (2) Hospital Cruces de Bilbao

C39- RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA CON BOOST INTEGRADO SIMULTÁNEO (SIB) EN CARCINOMA NASOFARÍNGEO (NC)

Sonera Marcos, L.; Burgueño Caballero, A.; Quintana Ángel, B.; Gordito Soler, J.J.; de Haro Piedra, R.; Muñoz Carmona, D.M.; Pachón Ibáñez, J.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

10.30- 11.30 h MESA 7: ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA: PEDIÁTRICOS Y ADOLESCENTES

*Moderadores: Dra. Isabel Tovar Martín
Dr. Isabel Villanego Beltrán*

- Situación actual de la Oncología Pediátrica en Andalucía
Dra. Mercedes Llempén
- Actualización de los tumores pediátricos: la visión del Oncólogo Radioterápico
Dra. Patricia Cabrera Roldán
- Actualización en tumores hematológicos
Dra. M^a Ángeles Vázquez López
- Sarcomas y tumores adolescentes: un reto terapéutico
Dra. Sofía Ruiz Medina
- Calidad de vida y Cáncer infantil
Dra. Aurora Madrid Rodríguez

11.30- 11.45 h PAUSA- CAFÉ

11.45- 12.45 h MESA 8: CONTROVERSIAS EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Moderadores: *Dr. Antonio Muñoz García*
Dra. Asunción Villanueva Álvarez

- Implicaciones de la clasificación molecular en el tratamiento del Cáncer de Endometrio
Dr. José M^a Azcoaga Blasco
- Abordaje de las recidivas pélvicas de los tumores ginecológicos
Dra. María Lorente Sánchez
- Preservación de la fertilidad en Cáncer de Cervix
Dr. Gabriel Fiol Ruiz
- SBRT vs Braquiterapia en Cáncer de Cervix ¿Estamos ante un nuevo cambio de paradigma?
Dr. Blas David Delgado León

12.45- 13.15 h CONFERENCIA DE CLAUSURA - Las Pandemias a través del Arte

Moderador: *Dr. Ismael Herruzo Cabrera*
Ponente: *Dra. Cristina Nuño Rodríguez*

13.15 h ENTREGA DE PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES/PÓSTER

PÓSTER DIGITALES-

P1- AUSENCIA DE RECAIDA EN LA LÁMINA CRIBIFORME TRAS IMRT EN EL MEDULOBLASTOMA ADULTO

Paguey Garrido, I.; De Haro Piedra, R.; Montero Perea, E.; Perucha Ortega, M.; Romero Pareja, P.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio ORT. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla). H.U. Reina Sofía (Córdoba)

**P2- CÁNCER DE MAMA BILATERAL. TOXICIDAD Y SUPERVIVENCIA.
(GUIA CaMaMa)**

Romero Pareja, P.; Peinado Serrano, J.; Sonera Marcos, L.; Rodríguez García, E.; De Haro Piedra, R.; Sánchez Carmona, G.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio ORT. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

P3- COMPLICACIÓN INFECCIOSA MORTAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO ESTEROIDEO A ALTAS DOSIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Ramón Vigo, F.(1); Moreno Fuentes, B.(2); Palomas Moreno, M.(2); Puertas Cruz, A.(2); Villanueva Álvarez, A. (3)

*(1) Servicio de ORT Complejo U. Hospitalario de Jaén. (2)MIR (3)FEA Servicio
(2) de ORT Hospital U. Regional de Málaga*

P4- EL PACIENTE ONCOLÓGICO: MUCHO MÁS ALLÁ DE SU ENFERMEDAD DE BASE

Moreno Fuentes, B.(1); Ramón Vigo, F.(2); Villanueva Álvarez, A.(3); Palomas Moreno, M.(1);Herruzo Cabrera, I. (4)

(1)MIR (3) FEA (4) Jefe Servicio de ORT del H.U. Regional de Málaga. (2) FEA del Servicio de ORT del Complejo H.U. De Jaén

P5- A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: PLASMOCITOMA LAMBDA EXTRAMEDULAR DE AMÍGDALA PALATINA TRATADO CON RADIOTERÁPIA ADYUVANTE

Cruz Muñoz, C.; Peracaula Espino, F.; Acuña Mora, M.

Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

P6- IRRADIACIÓN TESTICULAR EN LINFOMA DE CÉLULAS B DIFUSO TESTICULAR PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cruz Muñoz, C.; Peracaula Espino, F.; Acuña Mora, M.

Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

P7- TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNÓSTICADOS DE COVID-19 EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPIA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Mesa, L.; Culpían, A.; Castro, B.; Romero-Soto, V.; Rubio-Valles, A.; Martín-Santaella, T.; Montilla-Oballe, F.; Serradilla Gil, A.

GenesisCare. Granada

P8- TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES NO OPERABLES MEDIANTE VMAT Y BOLUS DE ALTA DENSIDAD: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Sáez Cantos, A.; Samaniego, M.A.; Acosta Rojas, A.; Serradilla Gil, A.

GenesisCare. Granada

P9- RADIOTERÁPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA INICIAL EN TIEMPOS DEL SARS-COV-2

Cruz Muñoz, M.C.; Peracaula Espino, F.J.; Acuña Mora, M.; Torres García, A.; Fernández Forné, A.

Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

P10- INMUNO-RADIOTERÁPIA COMO TRATAMIENTO EN MELANOMA DE ANO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Uribe, V.; Lazo Prados, A.; Chacón Mcweeny, V.; Castillo Pérez, I.

Servicio de ORT. Hospital U. San Cecilio. Granada

P11- EL HEMOGRAMA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN Y TRATADOS CON RADIOTERÁPIA

Borrego Reina, M.; Pérez Luque, S.; Muñoz Muñoz, O.; Delgado León, B.D.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

P12- RADIOTERÁPIA A BAJA DOSIS EN GONARTROSIS REFRACTARIA

Portillo González, J.A.; Serradilla Gil, A.; Pérez, J.C.

Servicio de ORT. Hospital U. Torrecardenas. Almería

P13- A PROPÓSITO DE UN CASO: EFECTO ABSCOPAL

González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.; Campos Rivera, G.; Carrasco Peña, F.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

P14- LINFOMA EXTRAGANGLIONAR DE CÉLULAS NK/T TIPO NASAL

González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.; Carrasco Peña, F.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

P15- IMPACTO EN SUPERVIVENCIA DEL ESTADIO AL DIAGNÓSTICO EN EL CÁNCER COLORRECTAL

Carrasco Peña, F.; Saavedra Bejarano, J.; González Ruiz, M.A.; Vicente Ruiz, P.;
Ugarte Ruiz de Aguirre, N.; Campos Rivera, G.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

P16- ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. IMPACTO EN SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER COLORRECTAL

Carrasco Peña, F.; González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.;
Ugarte Ruiz de Aguirre, N.; Campos Rivera, G.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

P17- SERIES DE CASOS DE PACIENTES CON NEOPLASIAS ESOFÁGICAS TRATADOS CON RADIOQUIMIOTERAPIA

Palomas Moreno, M.; Puertas Cruz, A.; Hebrero Jiménez, M.L.; Hami Gil, S.;
Moreno Fuentes, B.
Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

P18- SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE EXTREMIDADES EN EL ADULTO (SPBE): ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES DEL H.U.R.M. EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Palomas Moreno, M.; Villanueva Álvarez, A.; Moreno Fuentes, B.; Ramón Vigo, F.;
García Sánchez, L.
Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

P19- FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA TRAS PROSTATECTOMÍA Y RADIOTERAPIA

Linares Mesa, N.A.; Vaya González, L.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.;
Lorenzo Gómez, M.F.*
*Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva.*Hospital U. De Salamanca*

P20- SBRT EN LA ENFERMEDAD OLIGOMETÁSTASIS

Jerviz Guía, V.G.; Montoya García, J.; Sánchez Camarasalta, M.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P21- PALIACIÓN LOCAL CON RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO INFLAMATORIO

Sánchez Gálvez, M.A.; Ramón Vigo, F.; León-Salas Ordoñez, R.M.; Barrionuevo Castillo, P.; Ruza Sarrasín, M.; Pérez Sánchez, E.I.
Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

P22- IMPLEMENTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA CON CONTROL RESPIRATORIO EN EL CÁNCER DE MAMA: INSPIRACIÓN PROFUNDA MANTENIDA

Puertas Cruz, A.; Palomas Moreno, M.; Delgado Rico, R.; Azcoaga Blasco, J.M.; Herruzo Cabrera, I.
Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

P23- IMPLEMENTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA HOLOCRAINEAL CON PROTECCIÓN DE HIPOCAMPO

Palomas Moreno, M.; Puertas Cruz, A.; Delgado Rico, R.; Martín-Viera Cueto, J.A.; Herruzo Cabrera, I.
Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

P24- EXPERIENCIA ANDALUZA CON APALUTAMIDA

Sánchez Gálvez, A.; Pérez Sánchez, E.I.; Jiménez Salas, R.; Ruza Sarrasín, M.; León-Salas Ordoñez, R.M.; Barrionuevo Castillo, P.
Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

P25- A PROPÓSITO DE UN CASO: ESPLENOMEGALIA SINTOMÁTICA TRATADA CON RADIOTERAPIA

Portillo González, J.A.; Bermejo Moreno, J.F.; Blanco Villar, M.L.
Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P26- RADIOTERAPIA PALIATIVA EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fajardo Paneque, I.; Díaz Gómez, L.; Macías Lozano, M.J.; Tisaire Sánchez, J.L.; Jaén Olasolo, J.
Servicio de ORT Hospital de Jerez de la Frontera

P27- VALORACIÓN DE LA SBRT EN LA ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA

Jerviz Guía, V.G.; Montoya García, J.; Sánchez Camarasalta, M.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P28- RADIOTERAPIA EN EL MANEJO DEL SARCOMA DE KAPOSÍ CLÁSICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Moreno-Manzanaro Moreno, M.C.; Romero Ruperto, F.; Bueno Serrano, C.; Rodríguez Ruiz, L.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

P29- EVITANDO EL USO DE CORTICOIDES GRACIAS A LA UTILIZACIÓN DE VITAMINA E TÓPICA

Villegas Sánchez, A.M.; Sánchez Jiménez, M.A.; Blanco Villar, M.L.; Fernández Miranda, E.; Martínez Martínez, J.F.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P30- TOXICIDAD AGUDA Y A MEDIO PLAZO EN TIMOMAS TRATADOS CON

De Haro Bueno, C.; Gómez Pérez, F.; Fernández Quiles, I.M.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P31- LINFOMA WALT CONJUNTIVAL TRATADO CON RADIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bueno Serrano, C.M.; Romero Ruperto, F.; Rodríguez Ruiz, L.; Ginés Santiago, F.; Moreno-Manzanaro Moreno, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

P32- SBRT EN METÁSTASIS ÓSEAS. SERIE INICIAL DEL NUEVO PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO

Lazo Prados, A.; Blasco Walls, P.; Hernández Uribe, V.C.; Castillo Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P33- TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRAL QUÍSTICA ÚNICA EN CARCINOMA SEROSO DE CUARZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bermejo Moreno, J.F.; Portillo González, J.A.; Pérez, J.C.; Peña Perea, M.T.; Blanco Villar, M.L.; Serradilla Gil, A.; Ruiz García, M.V.; Gómez Oliveros, J.A.; Cano Soler, C.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P34- USO DE LA VITAMINA E TÓPICA EN LA TOXICIDAD DE CETUXIMAB ASOCIADO A LA RADIOTERÁPIA EN TUMOR DE CABEZA Y CUELLO

Peña Perea, M.T.; Portillo González, J.A.; Blanco Villar, M.L.; Pérez, J.C.; Bermejo Moreno, J.F.; Serradilla Gil, A.; Villegas Sánchez, A.(Enfermera)
Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P35- ANÁLISIS DE TOXICIDAD DEL ESQUEMA DE 15 SESIONES DIARIAS DE RADIOTERÁPIA ADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA

Vaya González, L.; Linares Mesa, N.A.; Domínguez Rodríguez, M.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.
Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

P36- ANÁLISIS DE TOXICIDAD DEL ESQUEMA DE 5 SESIONES SEMANALES DE RADIOTERÁPIA ADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA

Vaya González, L.; Linares Mesa, N.A.; Domínguez Rodríguez, M.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.
Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

P37- EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE HIPERTERMIA ONCOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA EN MÁLAGA

Contreras Martínez, J.; Priego, R.; Flores, A.
Servicio de ORT GenesisCare. Málaga

P38- TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN CÁNCER DE RECTO OLIGOMETASTÁSICO

Blasco Valls, P.; Sepe, A.; Chacón Mcweeny, V.; Castillo Pérez, I.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P39- ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE IRRADIACIÓN ELECTIVA DE MAMARIA INTERNA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: INDICACIONES

Pérez, J.C.; Peña Perea, M.T.; Serradilla Gil, A.
Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P40- CARCINOMA DUCTAL SALIVAL HER2+: ¿ES LA RADIOTERÁPIA UNA OPCIÓN?

Macías Lozano, M.J.; Gutiérrez Bayard, L.; Jaén Olasolo, J.
Servicio de ORT Hospital U. Puerta del Mar y Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

P41- CONTROL SINTOMÁTICO CON RADIOTERAPIA EXTERNA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO NO SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA

Rodríguez Ruiz, L.; Romero Ruperto, F.; Ruiz Palma, E.; Camus Martínez, J.A.; Rodríguez Liñán, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

P42- ÚLCERA CORNEAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camús Martínez, J.A.; Rodríguez Ruiz, L.; Ruiz Palma, E.; García Cabezas, S.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

P43- RESULTADOS CLÍNICOS Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE VALORES HEMATOLÓGICOS EN PACIENTES TRATADOS CON RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA PULMONAR POR TUMORES PRIMARIOS Y OLIGOMETASTÁSIS

Escamilla Sánchez, A.; Prieto Granados, P.; Otero Romero, A.; Román Jobacho, A.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga

P44- RADIOTERAPIA CON ESQUEMA ULTRACORTO EN CÁNCER DE MAMA DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE LA PANDEMIA COVID: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Serradilla Gil, A.; Arregui, G.; Romero Soto, V.; Rubio Vallés, A.; Martín Santaella, T.; Montilla Oballe, F.; Mesa, L.; Culpiani, A.; Sáez Cantos A.; Samaniego, M.A.; Acosta, A.; Castro, B.

GenesisCare. Granada

P45- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA NECESIDADES DE PROTOCOLIZACIÓN: A PROPÓSITO DE TRES CASOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA

Villegas Sánchez, A.; Fernández Miranda, E.; Bermejo Moreno, J.F.; Sánchez Jiménez, M.A.; Martínez Martínez, J.F.; Serradilla Gil, A.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

P46- RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACCIONADA EN ADENOPATIAS PÉLVICAS DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Acosta Rojas, A.; Serradilla Gil, A.; Arregui, G.; Sáez Cantos, A.; Mesa, L.; Culpiani, A.; Samaniego, M.; Romero Soto, V.; Rubio Vallés, A.; Martín Santaella, T.; Castro, B.

GenesisCare. Granada

P47- HIPOFRACCIONAMIENTO MODERADO EN CÁNCER DE MAMA TRAS RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA

Moreno-Manzanaro Moreno, M.C.; Ginés Santiago, M.; Romero Ruperto, F.; Espinosa Calvo, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

P48- RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EXCLUSIVA EN PACIENTE ANCIANO CON DOBLE NEOPLASIA: ADENOCARCINOMA DE TERCIO DISTAL DE ESÓFAGO Y ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO LOCALIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Prieto Granados, P.; Escamilla Gutiérrez, A.; Segado Guillot, S.; García Anaya, M.J.; Otero Romero, A.; Román Jobacho, A.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga

P49- EL CÁNCER SE MUEVE EN REDES SOCIALES: LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL S. XXI

Ching López, R.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

P50- MENOPAUSIA PRECOZ INDUCIDA POR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE CÉRVIX: REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

Ching López, R.; Vargas, P.; Rodríguez, S.; Ruiz, A.M.; Galván, P.; Liñán, O.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

P51- SEDACIÓN PALIATIVA EN LA AGONÍA REALIZADA POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL DOMICILIARIO. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DESCRIPTIVO

Moreno Moreno, M.I.(1); Herruzo Cabrera, I.(2); Soriano Ruiz, S.I. (1); Moreno Moreno, R.E. (3)

(1)Servicio de Urgencias A.P. Distrito sanitario Málaga. (2) Servicio ORT. H.U. Regional de Málaga. (3)Centro de Salud Palma-Palmilla, Distrito Sanitario Málaga

P52- TENDENCIAS TEMPORALES DE LA INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA PROVINCIA DE GRANADA

Sánchez Pérez, M.J.(1,2,3,4); Bayo Lozano, E.(5); Mendoza García, O.(1); Redondo Sánchez, D. (1,2,3); Casquero Sánchez, J.(6); Yoe-Ling Chang-Chan, D.(1,2); Rodríguez Barranco, M.(1,2,3)

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); (2) Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS); (3) Centro de investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); (4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U. De Granada. (5) Departamento de ORT H.U. Virgen Macarena (Sevilla); (6) SAS, Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén-UGC Linares

P53- EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL MELANOMA CUTÁNEO SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN EL PERIODO 1985-2017

Sánchez Pérez, M.J.(1,2,3,4); Expósito Hernández, J.(2,5); Ruiz Villaverde, R.(2,6); Yoe-Ling Chang-Chan, D.(1,2); Ródenas Herranz, T.(2,6); Redondo Sánchez, D.(1,2,3); Mendoza García, O. (1); Rodríguez Barranco, M.(1,2,3)

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); (2) Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS); (3) Centro de investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); (4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U. De Granada. (5) Servicio ORT H.U. Virgen de las Nieves. (6) Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología H.U. San Cecilio. Granada

P54- RADIOTERAPIA PALIATIVA AL FINAL DE LA VIDA

Iglesias Melero, C.; Linares Mesa, N.A.; Vaya González, L.; Rico Pérez, J.M. Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

P55- IMPACTO DE LA RADIOCIRUGÍA CEREBRAL FRAMELESS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON METÁSTASIS CEREBRALES. ESTUDIO PROSPECTIVO

Jiménez Salas, R.; Barrionuevo Castillo, P.; Ruza Sarrasín, M.; Sánchez Gálvez, A.; Ramón Vigo, F.; León-Salas Ordoñez, R.M. Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

P56- VALIDACIÓN DEL BIOMARCADOR PTT6 COMO FACTOR PRONÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN

Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Gomís Sellés, E.; Peñate, X.; Payán Bravo, L.; Reyes, J.C.; Vieites, B.; Borrego, M.; Pérez, S.; Jaén Olasolo, J.; Praena Fernández, J.M.; Chavez de Diego, S.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

P57- RADIOCIRUGÍA FRAMELESS EN HOSPITAL U. SAN CECILIO, ANÁLISIS INICIAL

Prieto Prieto, C.; Sánchez Camarasalta, M.; Montoya García, J.; Moreno Sáez, C.; Martín Molina, J.P.; Castillo Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P58- EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA (SRS) EN METÁSTASIS CEREBRALES

Sonera Marcos, L.*; Romero Pareja, P.*; de Haro Piedra, R.; Montero Perea, E.*; Muñoz Carmona, D.M.*

** Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla*

P59- FAST-FORWARD PARA CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL U. SAN CECILIO

López García, M.P.; de Haro Bueno, C.; Prieto Prieto, C.; Castillo Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P60- REIRRADIACIÓN EN RECAIDA DE CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL U. SAN CECILIO

Gómez Pérez, F.; López García, M.P.; Hernández Uribe, V.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

P61- NECESIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX EN EL ESTADIO LOCAL DEL CÁNCER EPIDERMÓIDE DE CABEZA Y CUELLO

Saavedra Bejarano, J.; González Ruiz, M.A.; Vicente Ruiz, P.; Campos Rivera, G.; Pachón Ibáñez, J.; Carrasco Peña, F.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

C3- INFLUENCE OF RADIOTHERAPY ON KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS DIAGNOSED WITH HIGH-RISK NEUROBLASTOMA

Gomis Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introduction

Neuroblastoma is the most frequent extracranial tumour in childhood, representing 15% of cancer mortality in this period of life. Multimodal treatment is administered to these patients, who received a sequence of chemotherapy, surgery, stem cell transplantation, radiation therapy (RT), and immunotherapy. If we consider that most neuroblastomas are adrenal, kidneys are one of the most important organs at risk when we use RT.

Purpose

To evaluate renal toxicity in pediatric patients with high-risk neuroblastoma who have received radiation therapy (RT).

Material and methods

Renal function was analyzed in pediatric patients with diagnostic of high-risk neuroblastoma who received RT as part of the definitive treatment between January 2004 and May 2020 in a single institution, University Hospital Virgen del Rocío (Seville, Spain).

The creatinine clearance (CrCl) values before RT were compared with one month after RT and the last available follow-up values. We performed subgroup analysis based on age in treatment, RT technique presence of nephrectomy, follow-up period, abdominal RT, and evidence of kidney damage in imaging tests.

We used Shapiro-Wilk test to verify normality. Differences in CrCl between blood tests were analysed using a paired Student's T-test for paired samples or Wilcoxon signed-rank test with confidence interval (CI) estimated by Hodges-Lehmann if normality is not established.

Results

47 children with a median age of 38 months at diagnosis were treated with RT. We found a significant decrease (p -value = 0.011) in CrCl in patients below four years old treated with RT ($n = 24$) within one month from RT, though none of them showed clinical signs of kidney dysfunction. We didn't find significant decreases in other subgroups. With a mean follow-up period of 4.24 years, no patient developed chronic renal insufficiency or required admission for kidney failure. Two patients developed high blood pressure. The most frequent pathological change in images was renal atrophy.

Conclusion

Our cohort presented an excellent renal outcome. A significant decrease in CrCl has been observed within one month from RT in patients under four years of age when treated with radiotherapy, however, any patient developed chronic or acute renal insufficiency.

	CrCl (ml/min; median and range)		Significance (p value)	Confidence Interval 95%
	Pre- RT	Last in follow-up		
Total (n = 47)²	121.47 (55.9-216.24)	117.7 (40.53 – 216.0)	0.866	-13.29; 15.21
Nephrectomy²				
Yes (n = 2)	109.04 (76.96 – 141.12)	140.69 (71.47 – 209.91)	0.655	-69.64; 132.95
No (n = 45)	121.14 (55.90 – 216.24)	117.70 (40.53 – 216.0)	0.879	-13.01;14.352
Abdominal RT²				
Yes (n = 43)	121.14 (55.90 – 216.24)	109.98 (40.53 – 214.53)	0.629	-18.10; 11.36
No (n = 4)	119.24 (988.28 – 179.3)	187.21 (106.96 – 216)	0.068	7.76; 70.99
Renal damage in images²				
Yes (n = 24)	123.56 (55.90- 194.0)	117.52 (57.51 – 216.0)	0.391	-13.74; 25.59
No (n = 23)	120.91 (57.7 – 216.24)	109.73 (40.53 – 214.53)	0.563	-26.96; 15.492
Follow-up period²				
<= 24 months (n = 19)	120.52 (57.7 – 179.3)	122.63 (40.53 – 216)	0.260	-10.25; 32.967
24 – 48 months (n = 9)	124.23 (85.47 – 149.28)	108.60 (57.51 – 203.04)	0.767	-35.28; 53.84
> 48 months (n = 19)	122.90 (55.90 – 216.47)	106.04 (77.11 – 206.91)	0.261	-30.40; 10.23
Age at RT²				
<= 48 months (n = 24)	120.26 (57.70 – 216.24)	106.02 (40.53 – 167.50)	0.072	-32.09; 1.61
> 48 months (n = 23)	124.23 (55.90 – 179.30)	119.71 (84.02 – 216)	0.052	-0.919; 39.47
RT technique²				
RT 3D conformation	95.94 (46.37 – 104.07)	81.75 (65.39 – 105.92)	0.273	-29.96; 9.55
IMRT	123.43 (55.90 – 216.40)	114.40 (57.51 – 216.00)	0.886	-14.28; 16.02

¹ Calculated by Student's T test for paired samples

² Calculated by Wilcoxon signed-rank test

* Lower than statistical significance limit

C4- TREATMENT AND OUTCOMES OF HIGH-RISK NEUROBLASTOMA IN CHILDHOOD:REPORT OF A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Gomis Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introduction

Neuroblastoma is the most frequent extracranial tumour in childhood, representing 15% of cancer mortality in this period of life despite intense multimodal treatment.

Purpose or Objective

To assess the influence of radiation therapy dose and clinical variables on disease control and overall survival (OS) in patients treated for high-risk neuroblastoma at a single institution.

Materials and Methods

We developed a retrospective study of high-risk neuroblastoma patients receiving RT as part of definitive management from 2004 until 2020 at a single institution (University Hospital Virgen del Rocío). Kaplan-Meier method was used to evaluate 'time-to-event' data.

Results

47 children were treated at our institution radically. The median age at diagnosis was 3.4 years (0.5-13.3). The median follow-up was 50.4 months (4-209).

All patients received 21Gy at 1.5Gy/fraction (95.4% with IMRT technique) with an interval within stem cell transplantation of 57 days (median). All cases received chemotherapy (rapid-COJEC in 91.5% of patients) and 76.6% of them received surgery. Stem cell transplantation was administered to 89.4% of children and 59.6% received immunotherapy during 4.42 months of the median.

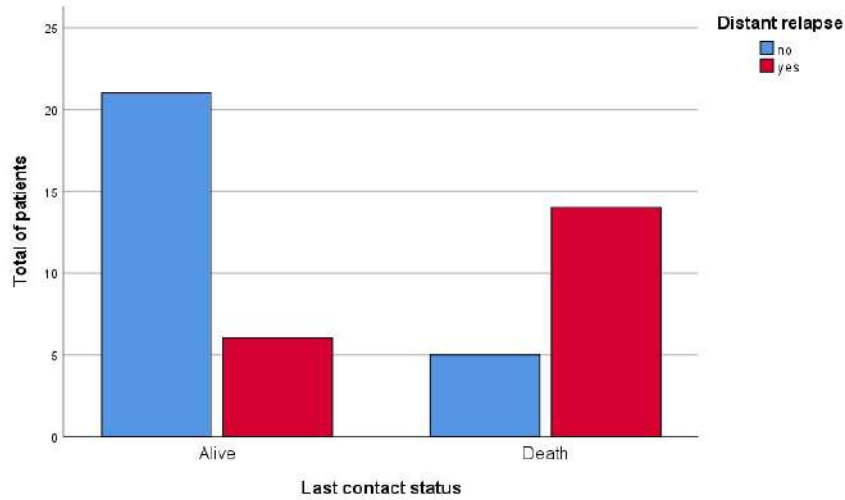
Median local relapse-free survival was 18.5 months, distant recurrence-free survival 16.6 months, and OS 28 months. A significant decrease in OS was noticed in patients with International Neuroblastoma Staging System (INSS) ≥ 4 ($p = 0.038$), distant relapse ($p = 0.003$) and positive lymph nodes ($p = 0.018$). However, no statistically significant differences in OS were observed when we studied local relapses, unfavourable International Neuroblastoma Pathology Classification (INPC), N-Myc amplification or gross residual disease after surgery.

We found a significant association between distant relapse and overall survival in the Chi-square test ($p = 0.001$). We observed an increased risk of dying in patients with distant relapse: OR = 9.8 (95%IC [2.50; 38.4]; p -value < 0.05).

Two patients (4.3%) had medullary compression, two patients (4.3%) presented arterial hypertension, and one patient (2.2%) developed hypothyroidism.

Conclusion

RT with 21 Gy in 14 fractions was well-tolerated. All patients had excellent local control, with an increased risk of mortality in cases with distant relapse. We found INSS ≥ 4 , distant relapse and positive lymph nodes at diagnosis as independent risk factors of mortality.



C6- ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE RESPUESTA Y SUPERVIVENCIA EN LOS TUMORES DE TRONCO DEL ENCÉFALO EN EDAD PEDIÁTRICA

Ortiz Ortigosa, A. (1); Herruzo Cabrera, I. (2); García Jiménez, L.; Villén Villén, J.C.; Garcia, S.; Gutiérrez Schiaffino, G.

(1) Servicio de Pediatría, H.U. Regional de Málaga. (2) Servicio ORT, H.U. Regional de Málaga

Objetivos

Revisión de la literatura y comparación con nuestros resultados respecto tratamiento y factores predictivos y/o pronósticos de los tumores troncoencefálicos pediátricos. Análisis retrospectivo y estudio de supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) y en función de los diferentes factores pronósticos.

Métodos

Hemos revisado 32 pacientes pediátricos diagnosticados de tumor troncoencefalo tratados en el Servicio de Oncología Pediátrica, Neurocirugía y Oncología Radioterápica de nuestro hospital. Se ha realizado estudio estadístico descriptivo y analítico de las variables y análisis de supervivencia y comparación de factores pronósticos (método de Kaplan-Meier y Test Log-Rank y Breslow).

Resultados

La mediana de SG desde diagnóstico fue de 38 meses. Resultaron significativos estadísticamente como factores predictivos:

- ❖ SG desde diagnóstico → tipo de diagnóstico ($p=0,053$), clasificación histológica ($p=0,001$), intervención quirúrgica o no ($p=0,026$) y tipo tratamiento sistémico ($p=0,02$). La mediana de supervivencia fue de 12 meses en gliomas de alto grado frente a 136 meses en los de bajo grado ($p=0,001$).
- ❖ SG desde fin RT → tipo histológico ($p=0,005$).
- ❖ SLP desde diagnóstico → índice Karnofsky (IK) ($p=0,014$).
- ❖ SLP desde fin RT → tipo tratamiento sistémico ($p=0,043$).

Conclusiones

La mediana de SG fue de 38 meses desde diagnóstico, acorde con las mejores series de la literatura revisadas.

Han obtenido significación estadística en el análisis por subgrupos el tipo de diagnóstico, tipo histológico, intervención quirúrgica o no y tipo de tratamiento sistémico (análisis SG) y la puntuación IK y tipo de tratamiento sistémico (análisis de la SLP).

C7- NUESTROS PRIMEROS RESULTADOS CON APALUTAMIDA EN PACIENTES CPHSm (Cáncer de Próstata Hormonosensible Metastásico)

Blanco Villar, M.L.; Peña Perea, M.T.; Molina Hernández, J.M.; Cano Soler, C.; Portillo González, J.; Serradilla Gil, A.; Pérez, J.C.; Bermejo Moreno, J.; Ruiz García, M.V.; Gómez Oliveros, J.A.

Servicio de ORT. Hospital U. Torrecardenas. Almería

Objetivo

Evaluar retrospectivamente la tolerabilidad general y la respuesta bioquímica de los pacientes con diagnóstico de CPHSm (Cáncer de próstata hormonosensible metastásico) tratados en nuestro centro con Apalutamida.

Materiales y Métodos

Desde Marzo hasta Noviembre de 2021 tenemos una muestra de 10 pacientes con Cáncer de próstata hormonosensible metastásico CPHSm que iniciaron tratamiento con Apalutamida; tras su inicio, se programaron visitas médicas al primero, tercero y sexto mes.

En los controles, la respuesta bioquímica se evaluó según descenso de PSA al mes y a los 3 meses y los efectos secundarios se registraron según la CTCAE V5.

Todos los datos obtenidos fueron extraídos de la historia clínica electrónica (DIRAYA).

Resultados

Apalutamida fue prescrita en 10 pacientes con CPHSm: 2 pacientes con diagnóstico inicial de metástasis (CPHSm de novo) y 8 pacientes que habían recibido tratamiento radical para el cáncer de próstata localizado (CPHS recurrente).

El 50 % de los pacientes que recibieron tratamiento previo con radioterapia externa.

La edad media de los pacientes fue 71 años con una mediana de seguimiento de 6 meses.

La mayoría de los pacientes mostraron una disminución del PSA > 50 % al mes de iniciar el tratamiento con Apalutamida (9 de 10 pacientes). A los tres meses, la respuesta de PSA fue > del 90 % en la mayor parte de los pacientes (8 de 9 pacientes).

La tolerabilidad general fue excelente, presentándose en el 30 % de los pacientes algún efecto secundario leve (grado 1). El efecto adverso leve más frecuente fue astenia grado 1. En la muestra recogida, sólo hemos observado un evento adverso grado 3 (rash cutáneo) y el paciente precisó la interrupción temporal del tratamiento y valoración por dermatología.

Conclusiones

En nuestro centro la mayoría de los pacientes tratados con Apalutamida fueron tratados previamente de cáncer de próstata localizada con radioterapia externa y presentaban enfermedad de bajo volumen según criterios CHARTED.

Nuestros resultados iniciales indican que el tratamiento es seguro, bien tolerado y muestra una excelente respuesta bioquímica consistente con el resultado del estudio TITAN.

C8- PROYECTO SPORADIC INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA PREVENCIÓN DE LA TOXICIDAD HEMATOLÓGICA POR RADIOTERAPIA

Gómez Millán, P.(1); Bueno Gómez, M.(1); Carvajo Garcés, M.(1); Perucha, M.(2); Pérez Carrasco, J.A.(4); Acha, B. (4); Serrano, C.(4); Delgado León, B.D.(3); López Guerra, J.L.(3)

(1) *Unidad de Radiodiagnóstico H.U.V.R. Sevilla*(2) *Unidad de Física Médica H.U.V.R. Sevilla* (3) *Unidad de ORT, Instituto Biomedicina de Sevilla, U. De Sevilla-CSIC. H.U.V.R. Sevilla.*(4) *Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones. U. De Sevilla.* (5) *Grupo de Información e Innovación Tecnológica. H.U. V. Macarena. Sevilla*

Introducción

La radioterapia es una de las principales herramientas en el tratamiento del cáncer de pulmón. Uno de sus mayores efectos adversos es la toxicidad hematológica. Para evitarla es necesario identificar el componente de médula ósea roja presente en el campo de irradiación y disminuir al mínimo posible la dosis depositada en estas zonas.

Objetivos

Diseño y análisis preliminar de un algoritmo automático de contorno de la médula ósea.

Metodología

Para el desarrollo del algoritmo automatizado se han empleado métodos estadísticos y una técnica de Max-flow. Esta técnica combina información estadística y de grises derivada de histogramas de distancia combinada para crear un algoritmo de relajación convexa que permita una rápida y precisa segmentación de estructuras óseas. Se han utilizado dos métodos diferentes de segmentación:

1. El primero se basa en el empleo de umbrales. El objetivo es separar el conjunto de datos disponibles en la imagen en dos niveles para diferenciarlos del resto de valores presentes. Como umbral se ha fijado un valor de 60 UH, de manera que todos aquellos valores que estén por debajo del mismo se desechan, excepto aquellos que se encuentren en el interior de los píxeles de valores superiores. Por lo tanto, solo se resaltan las estructuras óseas (UH más elevadas) y la médula ósea (píxeles incluidos dentro de los contornos óseos). Para poder diferenciarlas, se establece un nuevo umbral con un valor de 315 UH, que permite separar los píxeles de médula ósea y de hueso que se sitúan por debajo y por encima de dicho valor, respectivamente.
2. El segundo método trabaja directamente con los datos disponibles de la imagen y calcula un valor medio para la médula ósea y el hueso. Los valores extremos situados por debajo de 60 UH y por encima de 1500 UH se excluyen.

Resultados

Se observó que la segmentación automática de la médula ósea con el método 1 se ajusta de forma más precisa al contorneo manual que la segmentación automática mediante el método 2. El Método 1 presenta una mayor sensibilidad y valor predictivo positivo (S y VPP de 0,39 y 0,21 en caso 1; 0,55 y 0,66 en caso 2, respectivamente) en comparación con el Método 2 (0,03 y 0,21 en caso 1; 0,12 y 0,47 en caso 2, respectivamente), así como valores más altos de coeficientes DICE y Jaccard, indicativo de una mayor similitud entre las segmentaciones llevadas a cabo con el Método 1.

Conclusiones

Los resultados preliminares del presente estudio brindan un punto de partida prometedor desde el cual se podría desarrollar un algoritmo robusto de segmentación automática. Este algoritmo servirá de ayuda en la planificación de la radioterapia y en el análisis de las potenciales limitaciones relacionadas con la toxicidad hematológica.

C11- RADIOABLACIÓN ESTEREOTÁCTICA CARDIACA (SABR) EN UN PACIENTE CON TAQUICARDIA VENTRICULAR: A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO DE ANDALUCÍA.

Liñán, O.; Ching López, R.; Jiménez, M.; Sánchez, P.; Osorio, J.L.; Expósito, J.
Servicio de ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción

El fallo en los fármacos antiarrítmicos (FAA) y en la ablación endocárdica en el tratamiento para el control de arritmias como la taquicardia ventricular (TV) o la fibrilación auricular (FA) es aún hoy frecuente. Recientemente, la radioablación estereotáctica cardiaca no invasiva (SABR) comienza a utilizarse en el tratamiento de estos pacientes refractarios con resultados iniciales prometedores. La delimitación precisa del sustrato arritmogénico permite limitar los efectos adversos sobre el miocardio sano, los órganos de riesgo y los desfibriladores automáticos implantables (DAI), y todo ello requiere del trabajo conjunto de un coordinado equipo multidisciplinar.

Objetivos

Describir la experiencia en nuestro centro con el primer caso de radioablación cardíaca estereotáctica de Andalucía, realizado en un paciente con taquicardia ventricular originada sobre un aneurisma apical del ventrículo izquierdo (VI) refractaria a fármacos antiarrítmicos (FAA) y múltiples ablaciones endocárdicas.

Metodología

Paciente varón de 58 años con historia de miocardiopatía dilatada isquémica y aneurisma apical extenso del VI con disfunción ventricular izquierda (DVI) severa e implante de DAI-CRT. Episodios de tormenta arrítmica y descargas múltiples del DAI refractarias a FAA (hipertiroidismo por amiodarona, sotalol a dosis máximas, intolerancia a mexiletina), y tres ablaciones endocárdicas de TV de origen en el aneurisma apical del VI (2016, 2010, 2020) con éxito parcial. Por persistencia de descargas apropiadas del DAI debido a tormenta arrítmica (3 o más descargas en 24 horas) se ingresa al paciente y se decide cuarto intento de ablación con catéter en julio de 2021, tras la cual el paciente continúa con descargas apropiadas del DAI (4 eventos en un mes) a pesar de FAA. Finalmente se decidió la realización de SABR cardíaca a una dosis única de 25 Gy sobre un volumen clínico definido en TAC de planificación 4D tras fusión con TAC cardíaco con contraste intravenoso en cavidades cardíacas, mediante IMRT tipo VMAT guiado por TAC-Symetry (IGRT) utilizando 3 arcos y 332 segmentos, en acelerador lineal Elekta VERSA, el 17 de septiembre de 2021.

Resultados

Nuestro paciente presentó náuseas a las 48 horas, resueltas con tratamiento de soporte, y ninguna otra toxicidad aguda. Tras nuestro tratamiento (tres meses de seguimiento), no nuevos episodios arrítmicos hasta el 7 de enero de 2022 cuando sufrió un único episodio de TV sostenida que se resolvió con una descarga del DAI de 11 julios. Se constata gran impacto en la mejoría de su calidad de vida, sin empeoramiento de su clase funcional y con controles ecocardiográficos sin derrame pericárdico ni empeoramiento de la FEVI.

C12- BENEFICIO DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GLIOMA PONTINO INTRÍNSECO DIFUSO (DIPG) SOMETIDOS A RE-IRRADIACIÓN EN LA PRIMERA PROGRESIÓN

Tejada Ortigosa, E.M.; Cabrera Roldán, P.; Delgado León, B.D.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

La supervivencia global (SG) desde el diagnóstico de pacientes pediátricos con DIPG continúa siendo inferior a 1 año. No hay tratamientos efectivos en caso de recaída de la enfermedad. Algunos ensayos clínicos realizados no han podido demostrar ningún beneficio en términos de supervivencia del tratamiento con quimioterapia adyuvante en DIPG. La radioterapia es el único tratamiento efectivo y la re-irradiación podría llegar a ser una opción tras la progresión de la enfermedad.

Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar los beneficios y toxicidad de la re-irradiación en la primera progresión de pacientes tratados en nuestro centro.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, realizado entre 2020-2022, con 4 pacientes pediátricos con una mediana de edad de 5.7 años (rango: 4-14) con diagnóstico de DIPG que recibió re-irradiación tras la primera progresión. La técnica utilizada en todos los casos ha sido IMRT. La media de dosis prescrita para los 4 pacientes en la primera irradiación fue 54 Gy (con un fraccionamiento de 1.8 Gy x 30 sesiones). La media de dosis en la re-irradiación fue de 20 Gy (2 Gy x 10 sesiones).

Resultados

La media de SG medida desde el diagnóstico hasta la fecha de exitus o de último seguimiento para los pacientes con DIPG que se beneficiaron de re-irradiación fue de 13.16 meses. La media de Supervivencia Libre de Progresión (SLP) desde la primera irradiación fue de 9.57 meses. El intervalo de tiempo entre ambos cursos de radioterapia, medido desde el inicio de la primera irradiación hasta el inicio de la re-irradiación, fue de un rango de 6-17 meses. No se han observado toxicidad de grado 2 ni superior según la RTOG a corto ni a largo plazo.

Conclusiones

Los pacientes pediátricos con DIPG, que responden a la RT inicial, pueden beneficiarse de re-irradiación con buena tolerancia en la primera progresión de la enfermedad. La re-irradiación podría mejorar la SG y la sintomatología neurológica. La SG aumentará cuanto mayor sea el intervalo de tiempo entre ambos cursos de RT.

C13- ¿PORQUÉ RETRASAN LAS PERSONAS LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN CASO DE TENER SÍNTOMAS DE CÁNCER?. RESULTADOS DEL ONCOBARÓMETRO 2020

Sánchez, M.J.; Bayo Lozano, E.; Garrido, D.; García-Retamero, R.; Catena, A.; Rodríguez Barranco, M.; Petrova, D.

Escuela Andaluza de Salud Pública

Introducción

Esperar mucho tiempo para consultar con un profesional sanitario tras notar algún síntoma que podría ser cáncer podría resultar en un diagnóstico en estadio más avanzado, asociado a un peor pronóstico. Es importante identificar qué factores se relacionan con mayores retrasos para poder abordarlos en la población general.

Objetivos

Estimar los tiempos de espera en la población general española para consultar con un profesional sanitario por varios síntomas de cáncer e identificar los factores socio-demográficos y psicológicos asociados.

Metodología

Se analizó el Oncobarómetro de la Asociación Española contra el Cáncer, una encuesta periódica representativa poblacional que en el año 2020 se realizó a 4.769 encuestados. Se incluyó un cuestionario internacional para medir los tiempos de espera tras notar 13 síntomas de cáncer, las barreras percibidas a la hora de buscar atención médica y las creencias sobre el cáncer. Se creó un score de retraso basado en las respuestas a los 13 síntomas y se realizó una regresión múltiple de Poisson para identificar los factores asociados con mayores retrasos.

Resultados

La mayoría (>70%) de las personas buscaría ayuda dentro de una semana para los síntomas más agudos (sangrado, cambio en el pecho, bulto). Sin embargo, 24% esperaría más de 3 semanas en el caso de tos o ronquera persistente y 16% en el caso de cambio de los hábitos intestinales o urinarios. Las personas mayores, de posición socio-económica más baja y las que tienen historia de cáncer reportan tiempos de espera más cortos. Los factores psicológicos asociados a mayores tiempos de espera incluyen: sentir preocupación por lo que podría encontrar el médico o por hacerle perder el tiempo, falta de tiempo para ir al médico, no creer que acudir al médico cuanto antes mejoraría las oportunidades de sobrevivir, desconocer los factores de riesgo del cáncer y percibir riesgo alto de cáncer.

Conclusiones

Hemos identificado diversas barreras y creencias que podrían retrasar la búsqueda de ayuda en caso de experimentar síntomas de cáncer. Abordar estas barreras en la población general, a través de campañas publicitarias, intervenciones en atención primaria u otros tipos de acciones, podría ser una estrategia prometedora para reducir los retrasos evitables.

C14- ESCALADA DE DOSIS EN RADIOTERAPIA PALIATIVA EN EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEZA Y CUELLO MEDIANTE UMAT E IGRT

Paguey Garrido, I.; De Haro Piedra, R.; Gordito Soler, J.J.; Muñoz Carmona, D.; Quintana Ángel, B.; Pachón Ibáñez, J.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos

Gran parte de la investigación clínica sobre el tratamiento del carcinoma epidermoide de cabeza y cuello (CECC) se ha dirigido a los pacientes con enfermedad potencialmente curativa, mientras que se han realizado menos esfuerzos para optimizar el tratamiento paliativo de los pacientes con enfermedad incurable o considerados inadecuados para un tratamiento radical. La radioterapia paliativa en el CECC tiene como objetivo de gran importancia mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por lo tanto nuestros objetivos son

1. Analizar el porcentaje de pacientes que completan el esquema terapéutico de radioterapia paliativa.
2. Analizar la respuesta tumoral.
3. Analizar la supervivencia libre de progresión.
4. Analizar la supervivencia global.
5. Analizar la toxicidad aguda.

Materiales y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo de 21 pacientes con CECC, no subsidiarios de tratamiento curativo, tratados con radioterapia paliativa mediante VMAT e IGRT. Se les administró 36 Gy con un fraccionamiento de 6 Gy/día cada 72 horas. El CTV fue de 5 mm y el PTV de 3 mm. No se realizó profilaxis ganglionar.

Resultados

De los 21 pacientes, 13 pacientes (61.9%) eran recidivas y 8 pacientes (38.1%) eran diagnósticos de novo. El PTV medio fue de 159.62 cm³. El 100% de los pacientes finalizó el tratamiento previsto. Tras la finalización de la radioterapia, 1 paciente (5%) obtuvo respuesta completa, 8 pacientes (38%) obtuvieron respuesta parcial y 9 pacientes (43%) obtuvieron estabilidad de la lesión. Ningún paciente presentó progresión tras la primera valoración. La supervivencia libre de progresión media es de 7.2 meses. La supervivencia global media es de 13.5 meses. Respecto a la tolerancia al tratamiento, 7 pacientes (33.8%) presentaron toxicidad aguda, pero ninguna fue grado

En el análisis estadístico, tener un menor PTV o haber recibido RT previa, se asoció significativamente con una mejor supervivencia.

Conclusiones

La escalada de dosis en la RT paliativa en pacientes con CECC mediante VMAT e IGRT, hasta alcanzar 36 Gy con un fraccionamiento de 6 Gy/día cada 72 horas, es una buena opción terapéutica, con una tolerancia aceptable, presentando una supervivencia global media superior a otros regímenes terapéuticos.

C15- LA EXPRESIÓN DE lncRNA NEAT 1 PREDICE LA RECAIDA LOCAL EN CÁNCER DE PULMÓN

Paguey Garrido, I.(1); Muñoz Muñoz, O.(1); Delgado León, B.D.(1); Jaén Olasolo, J.(2); Enguix Riego, M.V.(1); Pérez Luque, S.(1); Borrego Reina, M.(1); Romero Pareja, P.(3); López Guerra, J.L. (1)

(1) Servicio de ORT H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. (2) Servicio de ORT. H.U. Puerta del Mar. Cádiz. (3) Servicio de ORT. H.U. Reina Sofía. Córdoba

Objetivos

NEAT1 es un gen ARN afiliado a la clase de ARN no codificante largo (lncRNAs) el cual es esencial para la formación de cuerpos nucleares llamados paraspeckles (PSs) que están potencialmente involucrados en la respuesta al estrés. Se ha descrito que NEAT1 contribuye a la radioresistencia en el cáncer de pulmón en estudios in vitro. Investigamos si estos hallazgos se traducen en la clínica mediante el estudio de los niveles de NEAT1 y el riesgo de recaída local (RL).

Materiales y Métodos

Entre febrero/2016 y octubre/2017, un total de 94 pacientes con cáncer de pulmón (65 de células no pequeñas [CPCNP] y 29 de células pequeñas [CPCP]) fueron evaluados prospectivamente. La cohorte estaba formada por 73 (77%) hombres y 21 (23%) mujeres con una mediana de edad de 63 años. Los pacientes eran predominantemente localmente avanzados (82%: estadio IIIa-b). Todos los pacientes recibieron radioterapia (dosis media de 66 Gy) y el 89% quimioterapia (QT). Se recogieron muestras de sangre periférica de los pacientes con cáncer de pulmón un mes antes de comenzar la radioterapia. El perfil de expresión de NEAT1 se realizó mediante el sistema de PCR en tiempo real TaqMan® personalizado en Viia7.

Resultados

Tras una mediana de seguimiento de 21 meses, 26 (28%) pacientes estaban vivos y 71 (76%) experimentaron alguna recaída, siendo en 39 casos (41%) localmente. La mediana de los niveles de expresión de NEAT1 fue 1,88 (rango intercuartilico, 0,36 - 4,40). En el análisis univariante las siguientes variables fueron significativas para predecir el riesgo de recaída local: el género ($p=0,020$), el estadio I-IIIa vs IIIB-IV ($p=0,040$), y los niveles de expresión de NEAT1 ($p=0,040$)

El análisis multivariante mostró que una mayor expresión de NEAT1 se asociaba con una mayor RL para todos los pacientes (HR 2,02, IC 95% 1,05-3,91, $p=0,036$; LR a los 2 años: 60% vs 37%). El análisis multivariante también mostró un mayor riesgo de RL en los pacientes con CPCNP (HR 2,74, IC 95% 1,18-6,36, $p=0,019$; LR a los 2 años: 57% vs 32%) y CPCP (HR 3,40, IC 95% 1,06-10,88, $p=0,040$; LR a los 2 años: 86% vs 32%) cuando se analizaron por separado. Además, en los pacientes con CPCNP, también se evidenció una asociación de los niveles de

NEAT y la supervivencia libre de enfermedad (HR 2,13, IC 95% 1,15-3,94, $p=0,016$; SLE a los 2 años: 20% vs 48%).

Conclusiones

La expresión de NEAT1 en las células mononucleares de sangre periférica es un potencial biomarcador de recaída local en pacientes con cáncer de pulmón tanto en CPNM como en CPCP. Este biomarcador podría utilizarse para personalizar el tratamiento con radioterapia en aquellos pacientes con un pronóstico más desfavorable.

C16- RESULTADOS FÍSICOS DE ENSAYO CLÍNICO FASE II PARA SBRT MONOFRACCIÓN DE 24 Gy EN CÁNCER DE MAMA INOPERABLE EN ESTADIO INICIAL

López, N.; Velázquez, S.; Muñiz, G.; Muñoz, D.; Simón, J.L.

Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

En pacientes de avanzada edad con cáncer de mama localizado donde la cirugía no está indicada, la radioterapia estereotáxica extracraneal (SBRT) es una herramienta capaz de controlar la enfermedad local con eficacia.

Materiales y Métodos

En nuestra institución, se investiga la viabilidad de 28 tratamientos de SBRT de sesión única para tumores de mama en estadio inicial con contraindicación de RM. El sistema de inmovilización utilizado se compone de un prototipo estereotáxico de mama desarrollado y patentado en nuestro hospital, colchón personalizado MoldCare, máscara termoplástica y múltiples marcas radioopacas (BBs) que permiten la correcta alineación del paciente. La secuencia de la simulación es la siguiente:

1. Un TC lento con campo de visión 700mm que abarca toda el área torácica para el cálculo de la dosis.
2. Adquisición dinámica 4DCT centrada en la lesión (campo de visión = 240mm) para cuantificar el movimiento de la lesión y definir el GTV.
3. Un TC de alta resolución HRCT para segmentar la lesión mediante la técnica de umbral de densidades.

La planificación del tratamiento se realiza con el sistema de planificación Pinnacle 16.2 utilizando una técnica de margen negativo 4 π con 15 haces, logrando así una alta conformación. La prescripción del tratamiento consiste en una única fracción de 24Gy al PTV. Las tolerancias para los órganos de riesgo son: pulmón ipsilateral MLD<3.6Gy, corazón V2.8Gy<10%, pared costal D20cc<16.3Gy, piel(5mm) D1cc<16Gy y mama ipsilateral MBD<9Gy. La posición de las pacientes se evaluó mediante CBCT. El tiempo total de irradiación es inferior a 12 minutos para aumentar la eficacia biológica.

Resultados

Los desplazamientos obtenidos son inferiores a 1,3 mm. El control local se consigue con dosis media a GTV y PTV de 25,14 Gy y 24,45 Gy, respectivamente (ver tabla 1 como fichero adjunto).

Conclusiones

Se ha implementado un procedimiento de alta precisión geométrica y dosimétrica, con el que se consigue el control local tumoral. Además, los márgenes de PTV se reducen, no hay toxicidad y la calidad del plan permite una SBRT de mama segura y eficaz.

Paciente	Localización	pulmón MLD (Gy)	Corazón V2,8Gy (%)	pared costal D20cc (Gy)	piel D1cc (Gy)	mama V21Gy	mama BMD (Gy)	GTV vol (cc)	GTV Dmin (Gy)	GTV Dmax (Gy)	GTV Dmean (Gy)	PTV Dmin (Gy)	PTV Dmax (Gy)	PTV Dmean (Gy)	PTV vol (cc)	prescV(PT V) cc	prescV(PT V) %	90%prescV (PTV) cc	90%prescV (PTV) %	Ring3-3 Dmax (Gy)	Ring20-3 Dmax (Gy)
1	right	0.33	0.00	0.00	19.03	2.32	4.78	20.94	26.82	24.98	14.94	26.82	23.71	15.29	14.44	94.44	15.07	95.56	21.96	16.54	
2	right	0.75	7.45	4.85	12.20	15.45	2.48	4.28	19.91	28.22	25.81	17.10	28.22	25.11	7.66	5.63	73.50	7.22	94.26	26.55	10.36
3	left	0.54	0.06	0.90	7.50	15.17	2.93	3.58	21.32	28.52	27.02	15.37	28.52	25.37	10.01	7.59	75.82	9.45	94.41	23.87	13.21
4	right	1.13	0.95	10.60	7.60	2.76	1.62	6.72	19.77	23.38	22.57	16.86	23.38	22.05	13.82	13.22	95.66	13.79	99.78	20.61	9.92
5	left	0.52	0.00	0.00	16.00	54.56	5.05	11.04	17.57	27.28	25.11	10.86	27.35	24.65	22.06	16.29	82.91	20.12	91.21	26.39	16.85
6	left	0.53	0.00	3.90	11.90	24.43	3.73	3.32	21.45	27.83	26.64	16.48	27.82	25.62	13.99	11.04	82.44	12.53	93.57	25.74	16.51
7	left	2.85	8.48	13.80	17.85	85.51	7.19	36.12	13.44	27.02	23.62	1.42	27.54	22.89	70.32	31.31	44.52	55.30	76.64	27.12	15.31
8	right	1.09	8.48	2.65	17.85	-	-	2.70	18.83	22.05	21.50	9.48	22.05	20.37	11.55	6.02	52.12	9.63	83.38	20.29	10.40
9	right	0.49	1.18	2.85	9.60	12.69	1.86	3.77	21.49	29.55	28.01	17.55	29.55	26.91	7.48	6.78	90.64	7.34	98.13	22.77	12.31
10	right	1.05	0.00	6.00	14.80	21.44	7.20	11.59	15.68	24.48	22.77	12.90	24.58	22.11	24.31	21.01	86.43	23.22	95.52	21.21	10.76
11	right	0.43	0.00	0.53	4.90	9.00	1.95	3.15	20.04	24.84	23.94	16.28	24.84	23.31	6.10	5.85	95.98	6.06	99.32	23.13	10.20
12	left	1.27	1.09	4.30	22.80	15.13	2.09	4.31	19.81	27.34	26.58	1.47	27.34	25.16	12.51	10.47	83.66	11.71	93.57	24.34	12.10
13	left	0.30	0.52	0.32	5.25	7.97	1.45	3.44	22.52	27.69	26.22	22.52	27.69	26.23	3.44	3.36	97.67	3.44	100.00	23.78	7.66
14	right	0.58	0.02	5.56	16.63	42.72	6.21	12.59	18.73	27.47	25.35	13.01	27.47	24.69	25.67	19.79	77.09	24.30	94.66	25.34	14.54
15	right	0.76	3.55	5.21	11.00	25.81	2.39	4.01	24.63	27.17	26.18	20.51	27.17	25.79	11.68	11.26	96.40	11.66	99.83	26.20	13.65
16	left	0.97	0.00	4.42	7.52	42.52	3.97	11.14	24.58	27.08	25.98	21.47	27.08	25.52	22.60	21.17	93.67	22.59	99.95	24.22	15.77
17	left	0.62	0.00	3.53	17.47	3.82	3.24	1.55	20.16	21.96	21.38	16.71	21.96	20.82	5.88	3.39	57.65	5.53	94.05	20.99	12.55
18	left	0.30	0.52	0.32	5.25	7.97	1.45	3.44	22.52	27.69	26.22	22.52	27.69	26.23	3.44	3.36	97.67	3.44	100.00	23.78	7.66
19	right	0.58	0.02	5.56	16.63	42.72	6.21	12.59	18.73	27.47	25.35	13.01	27.47	24.69	25.67	19.79	77.09	24.30	94.66	25.34	14.54
20	right	0.76	3.55	5.21	11.00	25.81	2.39	4.01	24.63	27.17	26.18	20.51	27.17	25.79	11.68	11.26	96.40	11.66	99.83	26.20	13.65
21	left	0.97	0.00	4.42	7.52	42.52	3.97	11.14	24.58	27.08	25.98	21.47	27.08	25.52	22.60	21.17	93.67	22.59	99.95	24.22	15.77
22	left	0.62	0.00	3.53	17.47	3.82	3.24	1.55	20.16	21.96	21.38	16.71	21.96	20.82	5.88	3.39	57.65	5.53	94.05	20.99	12.55
23	left	0.73	0.00	-	15.95	19.27	2.33	4.66	17.89	26.70	23.93	14.09	27.13	23.86	9.28	6.99	75.34	6.99	75.34	27.03	11.83
24	left	0.43	1.88	-	7.80	36.47	2.60	8.99	24.55	27.96	26.87	21.04	27.96	26.32	19.36	18.95	97.90	19.35	99.96	24.69	13.22
25	left	0.41	1.06	-	7.85	38.70	2.57	8.99	24.05	26.92	25.75	22.62	26.92	25.47	19.36	26.13	134.99	36.17	186.86	25.10	14.81
26	left	0.49	6.48	-	0.98	40.98	5.07	7.93	23.92	24.86	24.49	22.13	24.86	24.30	17.66	14.91	84.42	17.66	99.99	23.46	14.90
27	left	0.81	3.29	-	15.95	-	-	17.85	15.54	26.59	25.33	0.07	26.59	24.08	50.96	38.37	75.29	43.85	86.05	-	-
28	right	1.12	5.05	5.70	13.40	38.10	2.61	16.98	17.15	32.17	28.53	12.62	32.17	27.28	26.20	21.99	83.93	24.79	94.62	30.10	14.86
Valor medio:		0.779	1.9156182	4.093913	11.856667	26.706538	3.3886923	8.1509782	20.520107	26.616143	25.138571	15.417786	26.555538	24.451893	17.709741	14.176071	84.102313	16.974643	97.860791	24.275481	13.275333
Valor máximo:		2.850	8.479	13.800	22.800	85.510	7.200	36.180	24.628	32.170	28.530	22.624	32.170	27.280	70.324	38.370	134.990	65.300	186.857	30.100	18.774
Valor mínimo:		0.296	0.000	0.000	0.580	2.760	1.450	1.555	13.440	21.957	21.381	0.072	21.957	20.370	3.440	3.360	44.523	3.440	75.340	20.290	7.664
Desviación:		0.4881109	2.781195	3.3000024	5.3107178	19.178182	1.7345736	7.0898071	3.0679584	2.2814795	1.899652	6.3211754	2.2859796	1.8564604	14.303173	9.0215837	17.730224	12.337065	18.618108	2.3408425	2.9203673

C17- SBRT DE FRACCIÓN ÚNICA PARA CÁNCER DE PULMÓN: PRIMEROS RESULTADOS FÍSICOS

López, N.; Paguey, I.; Muñiz, G.; Montero, E.; Rubí, L.; Velázquez, S.
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

Estudiar la viabilidad de la SBRT de fracción única, probablemente el tratamiento de radioterapia más eficiente en tiempos de pandemia. Es un verdadero desafío porque el pulmón cambia sus evaluaciones radiobiológicas y se convierte en un órgano paralelo. La toxicidad pulmonar se evalúa luego con centímetros cúbicos absolutos en lugar del porcentaje de volumen habitual.

Materiales y Métodos

En el Hospital Universitario Virgen del Rocío se han tratado 14 pacientes con cáncer de pulmón no microcítico T1-T2 con SBRT de fracción única (30-32-34 Gy) con lesiones de movimiento inferior a 10mm y a más de 15mm del contorno pulmonar.

Se utilizó la técnica de inmovilización multidampening. El dispositivo cuenta con deformadores personalizados para Moldcare, que logran una excelente adaptación al cuerpo, y referencias estereotácticas.

En la simulación de TC (Aquillion CT Big Bore) primero obtenemos un TC lento con FOV de 700 mm sobre toda el área abdominal para el cálculo de dosis; en segundo lugar, una adquisición 4DCT con FOV de 240 mm enfocada a la lesión como una adquisición dinámica para cardiología, es decir, sin desplazamiento de camilla y con el uso simultáneo de 16 filas de detectores con el fin de analizar el movimiento del tumor; y por último, una TCAR en apnea centrada en la lesión para definición de GTV.

El diseño del tratamiento considera técnicas VMAT y 4n-IMRT según las limitaciones para órganos de riesgo: pulmón ipsilateral $V5Gy < 1000cc$, pulmones $V_{pulmones} > 1600cc$, médula $D_{0,05cc} < 7 Gy$, corazón $D_{0,05cc} < 16 Gy$, pared costal $D_{0,05cc} < 30 Gy$, piel $D_{1cc} < 23 Gy$, grandes vasos $D_{0,05cc} < 30Gy$ y esófago $D_{0,05cc} < 15,4 Gy$.

Resultados

La dosis en médula está siempre por debajo de los 7 Gy. Las dosis medias en PTV son siempre superiores al 98% del valor de prescripción con máximos de dosis inferiores al 111%. La dosis máxima de media en corazón es inferior a 4 Gy. Solo en dos casos la esta dosis máxima excede los 10 Gy, correspondiéndose en ambos casos con tratamientos en el pulmón izquierdo.

Todos los tratamientos muestran control local de la lesión con controles CT a los 3 y 9 meses y PET a los 6 meses. No hay signos de toxicidad relacionada con el tratamiento.

Conclusiones

La SBRT de fracción única puede ser considerado un procedimiento seguro y eficiente que ha sido satisfactoriamente implementado en nuestro centro.

La VMAT, salvo excepciones, es suficiente para cumplir los requerimientos dosimétricos.

	Médula Dmax (Gy)	Corazón Dmax (Gy)	Pared Costal Dmax (Gy)	Piel5mm Dmax (Gy)	GTV vol (cc)	GTV Dmin (Gy)	GTV Dmax (Gy)	GTV Dmedia (Gy)
Media	3,05	3,46	25,26	13,84	2,38	30,85	34,18	30,36
Max	6,85	13,04	32,59	31,52	9,73	32,68	37,64	35,05
Min	0,22	0,20	18,19	7,38	0,4	27,13	31,16	0,99
Desviación	2,03	4,86	4,64	6,01	2,58	1,69	2,00	8,99
	PTV vol (cc)	PTV Dmin (Gy)	PTV Dmax (Gy)	PTV Dmedia (Gy)	PTV volD (%)	PTV vol90% (%)	Anillo3-3 Dmax (Gy)	Anillo20-3 Dmax (Gy)
Media	9,32	28,76	34,41	32,31	92,86	99,51	31,79	20,03
Max	18,23	31,04	37,75	34,07	96,69	100	34,57	27,52
Min	2,53	24,91	31,52	30,03	80,63	96,08	29,13	16,39
Desviación	4,91	1,97	2,05	1,47	4,32	1,08	1,67	3,24

C18- PRIMEROS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA ESTEREOTÁCTICO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Velázquez, S.; López, N.; León, J.L.; Muñiz, G.; Rubí, L.; Muñoz, D.; Simón, J.L.
Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

El propósito del estudio fue investigar si el sistema estereotáctico para inmovilización pediátrica (SSPI) puede disminuir las desviaciones de configuración.

Material y Métodos

Los últimos 7 pacientes pediátricos tratados con Elekta S 6-MV LINAC en nuestra institución han sido tratados con tumores en abdomen superior, pulmones, cabeza y cuello, recibiendo 141 fracciones de radioterapia con un novedoso SSPI, diseñado para pacientes hasta 1,20 metros de altura. El dispositivo cuenta con deformadores personalizados para MoldCare, que logran una excelente adaptación al cuerpo del niño, máscara termoplástica y referencias estereotácticas. Por lo tanto, no utilizamos la configuración de simulación clásica de láseres, tatuajes y colchón de vacío. La posición del paciente se evaluó con CBCT (Tomografía de haz cónico) registrada en la TC de planificación. Se analizaron un total de 101 haces cónicos.

SSPI incorpora un soporte para smartphone que potencia la colaboración del paciente. La experiencia de los niños en la simulación es fundamental para el éxito de cualquier tratamiento de radioterapia. Se encuestó a siete tecnólogos para evaluar su satisfacción alta, media alta, media baja y baja con la experiencia de los niños, la indexación, el posicionamiento y la curva de aprendizaje.

Resultados

El desplazamiento traslacional medio por paciente, que es el desplazamiento sistemático, osciló entre x (-0,21 a 0,19 cm), y (-0,23 a 0,25 cm), z (-0,01 a 0,2 cm). Además, la dispersión del desplazamiento aleatorio absoluto para cada paciente varió de x (0,07 a 0,25 cm), y (0,06 a 0,2 cm), z (0,07 a 0,25 cm) (ver figura 1 y tabla 1). Para pacientes que reciben tratamiento estereotáctico. El 82,2 % de esas sesiones de tratamiento estuvieron dentro de nuestra tolerancia clínica de ≤ 3 mm en cualquier dirección (ver gráfica).

Los tecnólogos calificaron la experiencia de los niños, la curva de aprendizaje, la configuración y el posicionamiento más alto para SSPI en comparación con la configuración clásica de marcas en la piel/saco.

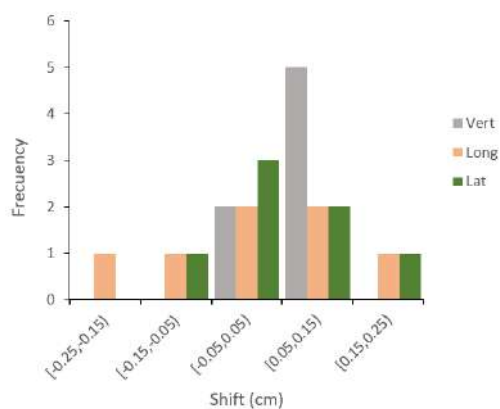
Conclusiones

SSPI mejora significativamente la localización de tumores pediátricos en comparación con la configuración clásica de marcas de piel/cuna. Esta reducción en el margen de

configuración tratado con SSPI también podría tener implicaciones clínicas significativas para segundas neoplasias malignas y toxicidades agudas y tardías inducidas por radiación.

Se esperan mejores resultados una vez que la curva de aprendizaje se aplane. Se está llevando a cabo una prueba prospectiva más grande que utiliza una mesa robotizada para corregir errores de configuración en seis grados de libertad.

**Movimientos de camilla tras registro de CBCT
del sistema estereotáctico para inmovilización pediátrica (SSPI)**



		Systematic error	Average	Standard deviation	Root mean square
Patient 1	Vertical	0.12	0.08	0.13	0.13
	Longitudinal	-0.17	-0.10	0.12	
	Lateral	0.03	-0.03	0.13	
Patient 2	Vertical	0.01	0.05	0.12	0.06
	Longitudinal	0.06	0.07	0.12	
	Lateral	0.01	0.03	0.07	
Patient 3	Vertical	0.20	0.14	0.14	0.30
	Longitudinal	0.09	0.04	0.14	
	Lateral	-0.21	-0.10	0.17	
Patient 4	Vertical	0.19	0.12	0.10	0.22
	Longitudinal	0.07	0.07	0.06	
	Lateral	0.08	0.08	0.12	
Patient 5	Vertical	0.05	0.04	0.04	0.21
	Longitudinal	-0.12	0.00	0.17	
	Lateral	0.17	0.09	0.15	
Patient 6	Vertical	0.06	0.10	0.06	0.24
	Longitudinal	-0.23	-0.19	0.20	
	Lateral	-0.05	-0.02	0.11	
Patient 7	Vertical	0.14	0.11	0.26	0.34
	Longitudinal	0.25	0.19	0.17	
	Lateral	0.19	0.22	0.25	

C20- TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA EN SARCOMAS AVANZADOS DE PARTES BLANDAS

Burgueño Caballero, A.M.; Muñoz Muñoz, O.; Gomis Sellés, E.; Peinado Serrano, J.; Rincón Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos

Este estudio retrospectivo evalúa la tolerancia y los resultados de la radioterapia preoperatoria (RT-P) con quimioterapia concurrente (QT-C) en pacientes con sarcomas avanzados de partes blandas (SPB).

Metodología

Entre enero de 2016 y junio de 2021, 45 pacientes con SPB fueron tratados con RT-P (50 Gy en 25 fracciones) con QT-C (3 ciclos): Epirrubicina + Ifosfamida. La actividad antitumoral se evaluó con RMN preoperatoria mediante criterios RECIST, Choi modificados y respuesta patológica. Las muestras quirúrgicas se procesaron para determinar los cambios histológicos y la tasa de tumor visible residual.

Resultados

La mediana de edad de los pacientes fue de 55 años (rango entre 19-86) y de los 45 pacientes 33 fueron hombres y 12 mujeres. En cuanto a la histología, 26,6% fueron GII y el 73,3% GIII. Los pacientes se trataron con técnica 3D o IMRT (8/38). GTV: definido por imagen de RM; CTV: GTV + 2,5 cm. Los pacientes recibieron 50 Gy en 25 fracciones 5 días a la semana, con 3 ciclos de Epirrubicina 60 mg/m²/d1-2 + Ifosfamida 3 g/m²/d1-3 cada 3 semanas. El 66,6% de los pacientes no presentó radiodermatitis aguda G> 3. No se registraron reducciones de dosis ni interrupciones (> 2 días). Todos los pacientes completaron la RT y se evaluó la respuesta de 32.

Según RECIST: 11 alcanzaron RP (34,3%), 15 EE (46,8%), 6 PE (18,7%). Por Choi: 19 alcanzaron RP (59,3%), 10 EE (31,2%), 3 PE (9,3%). La mediana de tiempo desde el fin de la radioterapia hasta la cirugía fue de 33 días (rango 11-74 días). La mediana de respuesta patológica fue del 87% (rango 15-100). Con una mediana de seguimiento de 30 meses (rango 4-51 meses), 10 pacientes han tenido progresión de su enfermedad y 4 han fallecido.

Conclusiones

La RT y QT preoperatoria han mostrado actividad clínica relevante en SPB, con perfil de seguridad favorable y actividad antitumoral en el entorno preoperatorio de pacientes afectados por SPB.

C21- ANÁLISIS DE VARIABLES CLÍNICAS Y ANATÓMICAS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LARINGE T4a

Burgueño Caballero, A.M.; Sonera Marcos, L.; Gordito Soler, J.J.; Quintana Ángel, B.; Pachón Ibáñez, J.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

El carcinoma epidermoide de laringe localmente avanzado agrupa una serie de sublocalizaciones anatómicas, considerándose todo como estadio T4a. Sin embargo, en la práctica clínica vemos que las distintas sublocalizaciones pueden influir en el tratamiento elegido.

Objetivos

Analizar variables clínicas (ECOG, comorbilidades, edad y sexo) y variables anatómicas (distintas sublocalizaciones y afectación ganglionar), para ver su influencia en la decisión terapéutica.

Metodología

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo de 26 pacientes con carcinoma de laringe (CL) T4a tratados mediante distintas modalidades terapéuticas entre mayo de 2017 y noviembre de 2019.

Resultados

El 88,5% de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 60 años (rango 49-76). El 100% eran fumadores y el 73,1% bebedores habituales. El 84,7% presentaban un ECOG ≤ 1 .

El tratamiento utilizado con más frecuencia fue la laringectomía total (LT) más RT adyuvante (46,2%), seguido de RTQT (30,8%), LT más RTQT adyuvante (11,5%), RT (7,7%) y QT de inducción seguida de RTQT (3,8%).

Ninguno de los pacientes que presentaba invasión de base de lengua se trató mediante LT, mientras que los pacientes que presentaban invasión del cartílago tiroideo la mayoría se realizó LT (71,4%).

Por tanto, las variables invasión de base de lengua, hipofaringe, cartílago tiroideos y el estadio ganglionar influyen en la decisión terapéutica, con un coeficiente de contingencia estadísticamente significativo. En nuestro estudio, el ECOG no parece influir.

Conclusiones

La afectación de distintas sublocalizaciones dentro del CL T4a y el estadio ganglionar influyen en la decisión terapéutica en nuestro estudio.

C22- TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA CORPORAL ESTEREOTÁCTICA (SBRT) EN PACIENTES CON METÁSTASIS EN GLÁNDULAS SUPRARRENALES

Burgueño Caballero, A.M.; Muñoz Muñoz, O.; Tejada Ortigosa, E.; Peinado Serrano, J.; Montero Perea, E.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

Las glándulas suprarrenales son un lugar común de diseminación metastásica. Históricamente, el uso de la radioterapia se ha limitado a la paliación de las metástasis suprarrenales dolorosas. En pacientes con oligometástasis, la SBRT se ofrece como tratamiento curativo para la enfermedad metastásica limitada.

Objetivos

Este estudio retrospectivo analiza la seguridad del tratamiento, así como la eficacia en el control local de la enfermedad a los 3 meses y al año del tratamiento en pacientes con oligometástasis u oligoprogresión.

Metodología

Entre diciembre de 2013 y agosto de 2020 se trataron 12 pacientes con enfermedad oligometastásica u oligoprogresiva mediante SBRT en lesiones de glándulas adrenales. La toxicidad se evaluó mediante criterios de la RTOG. La respuesta radiológica se evaluó mediante TAC a los 3 meses y al año, siguiendo criterios RECIST.

Resultados

La mediana de edad fue de 68 años (rango 51-80). De los 12 pacientes, 10 fueron hombres y 2 mujeres. Los tumores primarios incluyeron pulmón (n = 9), mama, (n = 1) ovario (n = 1) y vejiga (n = 1). El 25% de los pacientes fueron politratados con varias líneas de QT (> 2) y el 83,3% se encontraban en oligoprogresión. El 8,3% se trató en ambas glándulas suprarrenales, el resto de forma unilateral. La mediana de tamaño fue de 26 mm (rango 15-65). La dosis prescrita fue de 36 Gy en 3 fracciones. La simulación se realizó con TC 3D y se utilizó un sistema de inmovilización multiampering. Los pacientes se trataron con técnica IMRT y sistema de verificación con CBCT (previo y posterior a cada fracción). Ningún paciente desarrolló toxicidad \geq G2.

La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango 12-89). A los 3 meses, 5 lograron una respuesta completa (RC) (41,6%), 5 una respuesta parcial (RP) (41,6%) y 2 desarrollaron progresión de la enfermedad (PE) (16,6%). Al año, 5 mantuvieron RC, 4 RP y 3 PE (2 de ellos habían fallecido).

Conclusiones

El tratamiento mediante SBRT para las metástasis suprarrenales es un tratamiento bien tolerado que ofrece un buen control local de la enfermedad oligometastásica y oligoprogresiva.

C24- REFLEXIONES SOBRE LA ENSEÑANZA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN EL GRADO DE MEDICINA

Expósito Hernández, J.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción

La enseñanza de la medicina resulta cada vez más compleja. Tiene que incorporar nuevos conocimientos y adaptarlos a los currículos académicos, en términos de cargas docentes (créditos) que deben sustituir o modificar los existentes. Estos cambios se operan con dificultad, en ocasiones por razones ajenas a la propia docencia (la Covid puede ser el ejemplo más relevante) además del marco regulador del plan Bolonia.

La enseñanza en torno al cáncer muestra dificultades específicas si se pretende compaginar los cambios en el conocimiento básico de la enfermedad (genéticos, epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos...), con una visión crítica y holística (desde las causas a los cuidados paliativos) del cáncer, propia de los estudios de grado para el colectivo medio de estudiantes.

Una consecuencia inmediata es la necesidad de revisar los programas docentes para hacerlos cada vez más integradores y favorecer el equilibrio entre enseñanzas básicas y aplicadas, en los que los pacientes estén cada vez más presentes. Hay también que considerar los problemas corporativos entre especialidades que a veces no nos dejan ver el bosque y que están presentes en la distribución de cargas docentes y su plasmación en los temarios de las diferentes asignaturas y en el número de docentes.

Para profundizar en estos aspectos que consideramos de gran importancia estamos llevando a cabo un proyecto de investigación amplio cuyos objetivos esenciales son:

- Recopilar los currículos en Oncología en las universidades más relevantes a nivel internacional, según categoría asignada por diversos ranquin de uso común.
- Revisar la situación en la universidades españolas
- Proponer un consenso viable para la enseñanza de la Oncología radioterápicas.
 - En la medida de lo posible proponer un temario básico de lo que consideramos necesario que debe contener a cerca de la radioterapia.
- Hacer una propuesta integrativa para un modelo en enseñanza de la Oncología en pregrado.

Objetivo

El objetivo de esta comunicación es: presentar la situación de la enseñanza de la Oncología (general y radioterápica) en las Facultades andaluzas en términos de cargas docentes y ubicación en el grado.

Metodología

Para esta comunicación hemos seguido:

- Recopilación de información siguiendo los documentos:

- Recopilación de Planes de Estudios de España. Comisión de Educación Médica (2014).
- Libro Blanco de la Oncología Radioterápica en España SEOR 2021.
- Merixell Prat, Albert Bieta. Situación actual de la docencia en Oncología Radioterápica en España. Grandes diferencias y heterogeneidad. Com. Personal. 2018
- Entrevista con informantes claves de las distintas F de M de Andalucía.
- Variables a considerar, referidas a O Médica, O Radioterápica: Créditos, curso en que se imparte, tipo de asignatura y nombre de la asignatura

Resultados y discusión

En Andalucía existen 5 Facultades de Medicina, todas ellas de carácter público.

En todas ellas se imparten por separado los contenidos de Oncología Médica y Radioterápica.

En la siguiente tabla aparece un resumen de la situación actual:

Facultad	Oncología Radioterápica	Oncología Médica	Comentario
Cádiz creditos/curso Asignatura	3 crédito 3°. Obligatoria. Obligatoria Radiología y M Física	9 créditos. 5° Obligatoria Medicina	
Córdoba creditos/curso Asignatura	3 creditos 2° Radiología General (3 clases) 6 créditos 5° Radiología clínica (5 clases)	6 créditos, 3° Obligatoria Hematología y Oncología	Seminarios y prácticas de ORT
Granada creditos/curso Asignatura	10 créditos 4°. Obligatoria Radiología y M Física *	2 créditos Oncología y CP. Medicina	* Incluye Radiobiología, Radioprotección y ORT Seminarios y prácticas de ORT Rotatorio 6°
Málaga creditos/curso Asignatura	3 creditos 3°. Obligatoria * Radioterapia	6 creditos, 6° obligatoria Oncología y C P	* Rotatorio 6°
Sevilla creditos/curso Asignatura creditos/curso Asignatura		6 creditos. 5°. Obligatoria Hemtol y Oncología 6 créditos. 5°. Obligatoria Geriatría y C P	

Los contenidos de la especialidad de Oncología Radioterápica se ofrecen en formatos y curso variables, también en número de créditos y contenidos.

Discusión

- De manera general, resulta difícil acceder a los currículos docentes de las diferentes F de M y a sus contenidos específicos, con lo que no siempre se encuentra una información actualizada y homogénea.
- Los contenidos de la especialidad de Oncología Radioterápica se ofrecen en formatos y curso variables, también en número de créditos y contenidos. Generalmente en el contexto de Radiología.
- Los pesos de esta área de conocimiento son menores que los relacionados con tratamientos médicos.
- No existe ninguna F de M en Andalucía que ofrezca un programa integrado, entendiéndolo por ello, aquel que incluya contenidos del curso completo de la enfermedad, desde epidemiología a cuidados paliativos, incluyendo aspectos de tratamientos médicos, radioterápicos, quirúrgicos y paciente terminal.

Conclusiones

A partir de esta revisión parcial de un estudio más amplio en curso, creemos pertinente plantear un par de preguntas:

- ¿Cuál es el nivel que debe alcanzarse en la enseñanza de grado en relación al cáncer?.
- ¿Debemos considerar como idóneos y por tanto plantearlo como un objetivo, los programas docentes en oncología integrados?

C25- RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON SBRT EN PACIENTES CON OLIGOMETÁSTASIS PULMONARES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA ESTRO-EORTC

Camús Martínez, J.A.; Rodríguez Ruiz, L.; Ruiz Palma, E.; García Cabezas, S.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Introducción

La Sociedad Europea de Oncología Radioterápica (ESTRO) y la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) recientemente han propuesto un sistema de clasificación de la enfermedad oligometastásica, con la finalidad de estimar su pronóstico, orientar en la elección terapéutica y adecuar el diseño de ensayos clínicos.

Objetivos

Analizar el control local (LC), locorregional (LRC) y a distancia (DC), y la supervivencia libre de enfermedad (DFS), global (OS) y cáncer-específica (CSS) de una cohorte de pacientes catalogados como oligometastásicos en pulmón, con tratamiento ablativo en todas las localizaciones tumorales.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de oligometástasis pulmonares y tratados con Radioterapia Estereotáxica Corporal (SBRT) ablativa en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Reina Sofía entre enero de 2011 y septiembre de 2016. Los pacientes han sido clasificados según el sistema ESTRO-EORTC, se ha medido control y supervivencia con el método de Kaplan-Meier e investigado la asociación de otros posibles factores con la prueba de Cox.

Resultados

93 pacientes (71 hombres y 22 mujeres) fueron identificados con 106 oligometástasis pulmonares tratadas con SBRT, de las cuales 47 (44.3%) eran de-novo, 38 (35.9%) repetidas y 21 (19.8%) inducidas. Tras una mediana de seguimiento de 35.3 meses, el LC y la OS a los 2 años fue del 75.2% y 62.9%, respectivamente. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el intervalo libre de enfermedad (DFI) y el estado funcional para LC y OS (análisis uni y multivariante) y en el tipo de oligometástasis para LC (análisis univariante).

Conclusiones

La SBRT es un tratamiento eficaz en la enfermedad oligometastásica pulmonar con excelentes tasas de LC, encontrando diferencias entre las categorías de la ESTRO-EORTC, con peores resultados en el tipo inducida. Las proporciones obtenidas en nuestro estudio coinciden con las del estudio europeo OligoCare presentado en ESTRO 2021. En nuestra cohorte no hay diferencias de supervivencia entre las categorías oligometastásicas tratadas con SBRT.

C26- LA SOBREENPRESIÓN DE LA COCHAPERONA PREFOLDINASE ASOCIADA A MAYOR MORTALIDAD EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Gomis Sellés, E.; Peñate, X.; Payán Bravo, L.; Reyes, J.C.; Vieites, B.; Borrego, M.; Pérez, S.; Jaén Olasolo, J.; Praena Fernández, J.M.; Chávez de Diego, S.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

La prefoldina (PFDN) es una cochaperona con 6 subunidades cuya sobreexpresión promueve la transición epitelio-mesénquima y, por tanto, la progresión y migración celular tumoral. En el cáncer de pulmón se ha descrito esta actividad en diferentes cultivos celulares y modelos de ratones. Nuestro equipo investiga si esta relación in vitro y en modelos murinos entre prefoldina y cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) se traslada a la clínica.

Métodos

Inicialmente, valoramos la expresión de ARNm de PFDN de 518 casos de CPNM procedentes de la base de datos The Cancer Genome Atlas (TCGA). Posteriormente, registramos la historia clínica de 58 pacientes de nuestro centro diagnosticados de CPNM que, además, disponían de muestras de tejido tumoral en el Biobanco. Los niveles de PFDN1, 3 y 5 fueron examinados mediante inmunohistoquímica. Dos patólogas independientes, y con ciego de datos clínicos categorizaron la expresión de prefoldina.

Resultados

En la cohorte del TCGA, se apreció una alta expresión de ARNm de PFDN3 en el tejido tumoral en comparación con el control ($p > 0.0001$), y la sobreexpresión de PFDN1 se asoció con peor supervivencia global (SG, $p = 0.034$).

En nuestra serie, la distribución por estadios fue la siguiente: 24% I, 7% II, 61% III, y 8% IV. El 90% de los pacientes fueron tratados inicialmente mediante cirugía; mientras que el 86% recibió radioterapia y el 69%, quimioterapia.

La sobreexpresión de PFDN1, 3 y 5 se relacionó con menor SG ($p = 0.002$, $p = 0.015$, y $p = 0.002$, respectivamente), menor supervivencia libre de enfermedad (SLE) ($p = 0.01$, $p = 0.042$, y $p = 0.055$, respectivamente), y menor supervivencia libre de enfermedad a distancia (SLED) ($p = 0.011$, $p = 0.036$, y $p = 0.11$, respectivamente). En el análisis multivariante, PFDN5 mantuvo la significación estadística en cuanto a SG (HR 5.09; $p = 0.007$); y PFDN1 para SLE (HR 5.15; $p = 0.01$) and SLED (HR 5.45; $p = 0.05$).

Conclusiones

La sobreexpresión de PFDN se asocia con mayor riesgo de mortalidad y metástasis en el CPNM. Este biomarcador de respuesta puede ser útil no solo para predecir el pronóstico sino también como diana terapéutica en el CPNM.

C27- ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES DE RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN

Gomis Sellés, E.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Delgado León, B.D.; Jiménez Labaig, P.; Cacicedo Fernández de Bobadilla, J.; Romero Pareja, P.; Pérez Luque, S.; Borrego Reina, M.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio de ORT Hospital U. Cruces de Bilbao

Introducción

La evidencia sobre impacto de las interrupciones de radioterapia (RT) en el control de la enfermedad oncológica es escasa y de baja calidad. Una única publicación en cáncer de pulmón no microcítico intenta responder a esta pregunta, sugiriendo una disminución de la supervivencia general en pacientes con radioterapia (RT) prolongada. Los abundantes sesgos y la escasa literatura son las razones por las que planteamos el presente estudio.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es evaluar el impacto de las interrupciones durante el tratamiento con RT con intención radical en la supervivencia general (SG) y la supervivencia libre de recidiva local (SLRL) en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón.

Metodología

Estudio de cohortes retrospectivo seleccionando pacientes con cáncer de pulmón tratados con intención radical con RT en tres instituciones entre octubre de 2008 y agosto de 2021. Se dividen a los pacientes en dos categorías según su exposición a interrupciones del tratamiento. Se ha utilizado el test de Shapiro-Wilk para estudiar la normalidad de la muestra. El estudio de supervivencia se realizó a través de un análisis de Kaplan-Meier.

Resultados

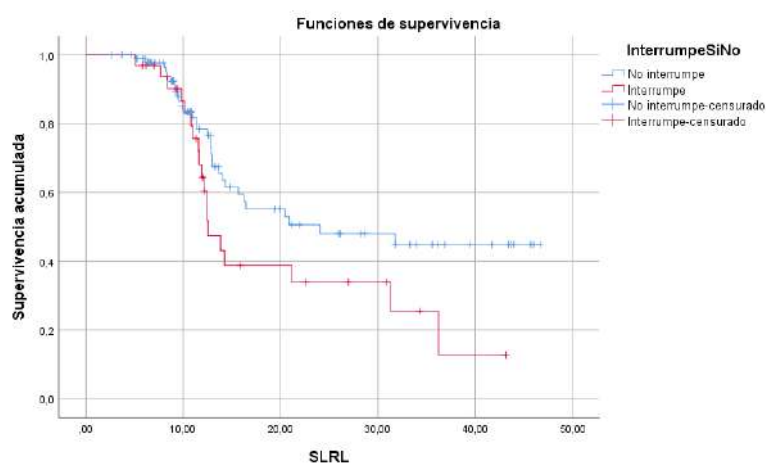
Un total de 609 pacientes con cáncer de pulmón que recibieron una mediana de 64Gy fueron seleccionados. La edad mediana al diagnóstico fue de 65 años (rango 33-92). La mediana de duración del tratamiento fue de 48 días (rango 6-92). La histología más frecuente en los no microcítico (76%) fue epidermoide (60.8%) seguido de adenocarcinoma (36.6%). Un total de 449 pacientes (74%) interrumpió el tratamiento con una mediana de 2 días (rango 1-16). Un 30% de los días que se interrumpió el tratamiento se debió a festivos, un 12% a toxicidad y un 58% a otros motivos (averías, mantenimiento, indeterminado). Los pacientes que interrumpieron por toxicidad lo hicieron durante una mediana de 1.5 días (rango 1-11 días).

Al comparar pacientes que prolongan su tratamiento con pacientes que no interrumpen, no encontramos diferencias significativas en la SG ($p = 0.983$), tampoco para el caso de la SLRL ($p = 0.903$). En el estudio por subgrupos, durante un seguimiento de 4 años,

encontramos una disminución significativa de la SLRL en pacientes con histología de no microcítico que interrumpen más de 5 días (mediana 13% vs 24%; $p < 0.05$).

Conclusiones

Se evidencia que la mayoría de las interrupciones se deben a motivos técnicos en las unidades de tratamiento. Nuestros datos sugieren que los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico que interrumpen durante más de 5 días tienen menor SLRL. Este subgrupo se podría beneficiar de medidas compensatorias.



C28- RADIOTERAPIA CORPORAL ESTEREOTÁCTICA (SBRT) EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁSICO

Muñoz Muñoz, O.; Burgueño Caballero, A.M.; Gomís Sellés, E.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

Este estudio retrospectivo evaluó la tolerabilidad y los resultados de la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) en pacientes con CaP oligometastásico tratados en nuestro centro.

Materiales y Métodos

Para este análisis se consideraron pts con 1-2 metástasis óseas o 1-5 ganglios linfáticos, tratados con dosis radicales. Entre octubre/2017 y mayo/2021, 37 pacientes con PCa oligometastásico fueron tratados en nuestro centro. Se evaluó la supervivencia global (SG), la supervivencia libre de enfermedad, (SLE) la supervivencia libre de progresión bioquímica, (SLPb) la supervivencia libre de progresión a distancia (SLPd) y el control de las metástasis (CM). La toxicidad se evaluó con la escala CTCAE4.3.

Resultados

La mediana de seguimiento fue de 24,2 meses (8-43,9). Se incluyeron 37 pacientes con 40 lesiones. Se trataron finalmente 25 metástasis óseas y 15 adenopatías. El 48,6% eran homosensibles, el 19% resistentes a la castración y el 32,4% evolucionaron a resistencia a la castración durante el seguimiento. El 89% estaban siendo tratados con ADT. El tratamiento se administró mediante IMRT/IGRT mediante el sistema Conebeam y SBRT multidistancia. La dosis de tratamiento fue de 18Gy/24Gy en sesión única o 30Gy en 3 fracciones en días alternos para las lesiones óseas y de 12Gy/18Gy en sesión única o 30Gy en 3 fracciones en días alternos para las adenopatías. La SLE, SLPb, SLPd, fueron del 73%, el 75,6% y el 78,3% respectivamente. La SG fue del 94,6% y CM a los 2 años del 83,7%.

La toxicidad se evaluó con la escala CTCAE4.3. 33 pacientes (90%) no tuvieron toxicidad genitourinaria aguda y 4 (10%) presentaron toxicidad genitourinaria aguda de grado 1. A nivel gastrointestinal, 32 pacientes (86,5%) no presentaron ninguna toxicidad, mientras que 5 (13,5%) tuvieron toxicidad de grado 1. Sólo un paciente sufrió toxicidad tardía, fractura patológica 8 meses después.

Conclusiones

Nuestros datos sugieren que el tratamiento del CPa oligometastásico con SBRT podría proporcionar un control óptimo y resultar una técnica segura que proporciona al paciente una alternativa en la historia natural de su enfermedad.

C30- REVISIÓN DE LA REIRRADIACIÓN DE CARCINOMAS LOCALMENTE AVANZADOS DE CABEZA Y CUELLO

Fernández Quiles, I.M.; Jerviz Guía, V.G.; Sepe, A.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción y Objetivos

El carcinoma escamocelular de cabeza y cuello (CECC) representa uno de los tumores con más alta tasa de recurrencia local y su mal pronóstico está estrechamente relacionado con ello, por lo que el advenimiento de la reirradiación ha sido de gran interés ya que permite promover una forma de control tumoral local que produce un bajo porcentaje de toxicidad aguda en relación con las terapias antes usadas y un mejor control locorregional.

Metodología

Se realizó una revisión retrospectiva en la base de datos de nuestro servicio de los casos tratados en los últimos tres años que cumplieren con los siguientes criterios de inclusión para su estudio, pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de segundo primario o recaída local en el área de cabeza y cuello, dosis total de la reirradiación > 40 Gy y al menos más de 6 meses entre cada ciclo de radioterapia.

Resultados

Tras la revisión se confirmó que la recurrencia en el mismo sitio de la irradiación anterior, el intervalo de tiempo menor de 6 meses de la recurrencia y/o segundo primario, la irreseabilidad del nuevo tumor, la dosis menores a 60-66 Gy para la reirradiación, las técnicas en RTC-3D, un mayor volumen de CTV para reirradiar, la no concomitancia con tratamiento sistémico en la irradiación, la disfunción orgánica, la traqueostomía previa y el ECOG mayor a 1, son factores predictores de aumento de toxicidad durante el tratamiento y disminución de la SG y SLP.

Conclusiones

Aunque los resultados apuntan a un beneficio de la reirradiación, en paciente irreseables o como tratamiento adyuvante tras cirugía de rescate, aún así, se requieren más estudios prospectivos y homogéneos, donde se logre randomizar por grupos de tratamiento, las diferentes propuestas en base a tres pilares fundamentales, el paciente, la enfermedad y el tratamiento, estableciendo subgrupos por características socio demográficas y situación basal, luego tomando en cuenta si estos pacientes son candidatos a cirugía de rescate y posterior RT o RTQT, o son no resecables y requieren RT +/- QT exclusiva, y de allí planificar las técnicas a realizar, las dosis, los volúmenes, las pruebas de imágenes de elección para el contorno, la dosimetría en relación a la reirradiación previa y de allí si podremos obtener resultados ricos en evidencia que aporten conclusiones más definitivas.

C31- RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE O ADYUVANTE EN LOS SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADOS: ¿UN TERRENO DE JUEGO EQUILIBRADO?

Muñoz Muñoz, O.; Gomís Sellés, E.; Burgueño Caballero, A.M.; Peinado Serrano, J.; Rincón Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

Este estudio retrospectivo evaluó los resultados oncológicos de la N-RT (RT neoadyuvante) y la A-RT (adyuvante), los resultados de la CS (cirugía conservadora) y la tolerabilidad del tratamiento en pacientes con STS tratados en nuestro centro.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con STC tratados con N-RT (50Gy; 25fr)+CH o A-RT (60Gy;30fr) +/-CH tras CS. El análisis se realizó mediante la prueba X2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher para comparar y analizar el efecto de la N-RT frente a la A-RT, el resultado de la CS y las toxicidades;La supervivencia global (SG), la supervivencia libre de progresión (SLP), la supervivencia libre de fracaso local-regional (SLF-LR) y la supervivencia libre de metástasis a distancia (SLMD) se calcularon mediante Kaplan-Meier (SPSS v .25). La toxicidad se puntuó mediante el CTCAE v.4.03 y se registró semanalmente durante la RT y mensualmente tras la finalización de la misma.

Resultados

Entre Enero/2016 y Enero/2021, 136 pts (M/F 79/57) con STS fueron tratados en nuestro centro. La mediana de edad fue de 55años (16-92). La clasificación de los tumores fue de un 5%, 34% y 61% de grado I,II y III respectivamente. En cuanto a la histología, el sarcoma pleomórfico indiferenciado y mixofibrosarcoma fueron los más frecuentes 20,5%, seguidos por el liposarcoma mixoide 17,6%. El 48,6% fueron tratados con N-RT+CH, el 40% con A-RT+CH y el 11,4% con A-RT sola.

La dosis media fue de 60Gy (30-66Gy) y el tiempo medio de tratamiento de 42 días.

5 pacientes no completaron el tratamiento de RT.

Con una mediana de seguimiento de 31,4meses (3,4-72,3), las tasas de Supervivencias y control de la enfermedad a los 3 años se reflejan en la tabla1.

En cuanto a los resultados de CS, se reflejan en la tabla 2.

Para los resultados de toxicidad, N-RT vs A-RT, Toxicidad <Grado3 44 Vs 39 (32% Vs 29%) y Toxicidad ≥Grado3 22 Vs 31 (16% Vs 23%) (p < 0,220).

Conclusiones

Nuestros datos sugieren resultados similares en términos de control global de la enfermedad para N-RT y A-RT, pero una mayor tasa de resección-R1 en pacientes que

recibieron RT adyuvante y que requirieron reintervención, siendo la distribución de frecuencia de las toxicidades similares.

Variable	N-RT	A-RT	Valor p
SG	87%	74%	0,127
SLP	69%	57%	0,260
SLF-LR	96%	82%	0,021
SLM	72%	61%	0,342

Tabla 1. Resultados de Supervivencias y control de la enfermedad.

Variable	N-RT	A-RT	Valor p
R0	45,6% (62)	25,7% (35)	< 0,000
R1	3% (4)	25,7% (35)	

Tabla 2. Resultados del tratamiento quirúrgico conservador (CS)

C32- UNA ALTERNATIVA DE RADIOTERAPIA DE RESCATE PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA RECURRENTE DESPUÉS DE BRAQUITERAPIA-LDR

Muñoz Muñoz, O.; Burgueño Caballero, A.M.; Gomís Sellés, E.; Delgado León, B.D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo

Este estudio retrospectivo evaluó la tolerabilidad y los resultados de la radioterapia externa de rescate (S-EBRT) para el cáncer de próstata localmente recurrente (LRPC) después de braquiterapia de próstata definitiva (BQ)

Materiales y Métodos

Entre octubre/2012 y junio/2021, 15 pacientes con recidiva local de cáncer de próstata tras BQ probada por biopsia, fueron planificados para recibir S-EBRT: 60Gy +/- 55,2Gy (24fr) a la próstata y a las vesículas seminales respectivamente; tecnología VMAT/IMRT con IGRT diaria, previo sondaje urinario; El volumen objetivo consistió en CTVp:próstata y CTVv:vesículas seminales. Se delimitaron como órganos de riesgo (OAR) Vejiga, uretra, recto, cabezas de fémur, bulbo del pene. Se evaluó el fracaso bioquímico (FB), la supervivencia global (SG) y las toxicidades gastrointestinales-urinarias agudas/tardías (CTCAE v 4.03) semanalmente durante el tratamiento radioterápico y mensualmente tras la finalización del mismo.

Resultados

La mediana de seguimiento fue de 13 meses (rango 1-101,9m), alcanzando una mediana de edad de 67años (rango 59-74). El 47% (7/15) eran de bajo riesgo, el 27% (4/15) de riesgo intermedio, el 6%(1/15) de alto riesgo y el 20% (3/15) no especificado. Los pacientes fueron tratados con IMRT/VMAT (10/5). Todos los pacientes recibieron 60Gy (2,5 Gy/fr) en próstata y el 27% (4/15) 55,2Gy (2,3 Gy/fr) en vesículas seminales. El 33,3% (5/15) recibió terapia de privación de andrógenos (ADT) concurrente durante una mediana de 6 meses.

Todos los pacientes completaron la EBRT. Ningún paciente ha presentado BF desde el final del tratamiento con una mediana de PSA nadir de 0,18ng/mL (0,01-0,40). El 33,3% de los pacientes presentaron toxicidades urinarias agudas Grado >3. Además, se observaron Rectitis Grado >2 en el 13,3%. No se observaron toxicidades agudas Grado 4/5. En cuanto a la toxicidad crónica, no se observaron toxicidades de grado >3.

Conclusiones

Nuestros datos sugieren que el tratamiento del cáncer de próstata localmente recidivante con radioterapia externa de rescate podría proporcionar un control adecuado de la enfermedad y resultar una técnica segura que proporciona al paciente una alternativa en la historia natural de su enfermedad.

C34- EVALUACIÓN MULTICÉNTRICA DE LOS SNPs HSPB1 Y TGF1 Y EL RIESGO DE TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN TRATADOS CON RADIO(QUIMIO)TERAPIA

Muñoz Muñoz, O.(1); Delgado León, B.D.(1); Romero Pareja, P.(1); Cacicado, J.(2); Pérez Luque, S.(1); Borrego Reina, M.(1); López Guerra, J.L.(1)

(1) Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla (2) Hospital Cruces de Bilbao

Objetivo

El objetivo del presente estudio es la evaluación del impacto de los polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) en la toxicidad hematológica (TH) en pacientes (pts) con cáncer de pulmón (CP) tratados con QT-RT.

Materiales y Métodos

Estudio multicéntrico prospectivo, donde se han recogido muestras de ADN de 330 pts con CP primario desde febrero/2013 hasta Diciembre/2020 para realizar un análisis de genotipado buscando asociaciones entre TH y los SNPs de los genes TGF1 y HSPB1. Con una mediana de seguimiento de 21 meses (6-76m), la edad media de los pts fue de 63 años (33-83). El 84% fueron varones y 16% mujeres (276/54). El 89% (292/330) de los pts recibieron tratamiento QT (esquemas de platino) y en el 40% (131/330) fue concomitante a RT (dosis media 60 Gy, 20-66Gy). Según el estadio clínico, 26pts (8%) presentaban un estadio I-II, 125 (38%) IIIA, 157 (48%) IIIB y 22 (6%) IV. Las histologías más frecuentes fueron 41% (135) carcinoma epidermoide, 29% (94) adenocarcinoma y 24,8% células pequeñas.

El análisis del genotipo se realizó a partir del ADN aislado de las muestras de sangre, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) utilizando los ensayos de genotipado SNP TaqMan®. Los puntos finales (TH aguda) del análisis se evaluaron utilizando la escala CTCAEv.4. Se realizó un análisis de riesgos proporcionales de Cox para evaluar el efecto de los diferentes genotipos sobre la TH.

Resultados

El análisis multivariante mostró que el genotipo HSPB1 rs7459185 CC (frente a GG/GC) se asoció con una trombocitopenia de grado ≥ 2 inferior (5% vs 20%; OR=0,18, P=0,026). El genotipo HSPB1 Rs2868370 GG (frente a GA/AA) se asoció con una granulocitopenia de grado ≥ 2 mayor (25% vs 5%; OR=10,59, P=0,036). El genotipo TGF1 rs8179181 CC (frente a CT/TT) se asoció con una granulocitopenia de grado 3 más elevada (23% vs 11%; OR=2,55, P=0,044) y con anemia de grado ≥ 2 (27% vs 11%; OR=2,51, P=0,046). El genotipo TGF1 rs11466338 AA (vs AG/GG) se asoció con una trombocitopenia de grado ≥ 2 más baja (5% vs 40%; OR=0,06, P=0,012).

Conclusiones

Nuestros hallazgos muestran una relación entre los SNPs rs2868370 y rs7459185 del gen HSPB1 y los SNPs rs8179181 y rs11466338 del gen TGF1, en el desarrollo de TH en pacientes con CP. Estos marcadores de respuesta podrían utilizarse como biomarcadores para futuros esquemas terapéuticos individuales.

C35- SÍNDROME DE PEPPER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Burgueño Caballero, A.M.; Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Carmona, D.; Cabrera Roldán, P.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

El neuroblastoma es un tumor maligno de las células de la cresta neural que dan origen al sistema nervioso simpático, observado en niños. Representa el 10% de los tumores sólidos de los niños menores de 15 años, con una incidencia anual de alrededor de 1/70.000 niños en esa franja de edad.

Existe una situación especial del neuroblastoma metastásico (denominada síndrome de Pepper), en la cual se acompaña de una importante afectación hepática que condiciona hepatomegalia, lo que puede dar lugar a un cuadro de distrés respiratorio por compresión diafragmática.

Objetivos

Transmitir nuestra experiencia sobre el beneficio clínico del tratamiento con radioterapia urgente en el Síndrome de Pepper.

Metodología

Lactante de 2 meses ingresa en el hospital por masa abdominal y síndrome de lisis tumoral. Se realiza ecografía y TAC con imágenes compatibles con neuroblastoma suprarrenal con metástasis hepáticas. Ingresos en UCI por insuficiencia respiratoria con necesidad de VMNI, secundaria a hepatomegalia. Ante el diagnóstico de sospecha inicia tratamiento con QT (Carboplatino + Etopósido) y ante el empeoramiento de la insuficiencia respiratoria se realiza radioterapia urgente. Se administra tratamiento mediante técnica 2D con aplicación de 2 campos de 6 MeV sobre hígado, con dosis de 4,5 Gy en 3 fracciones diarias consecutivas.

Resultados

Respuesta de la hepatomegalia, con disminución del contorno abdominal de 52,5 cm a 50 cm a las 48 horas y 44 cm a los 7 días. Desconexión VMNI a los 6 días del tratamiento. Al ingreso hepatomegalia de 13,7 cm frente a 9 cm al mes del inicio de tratamiento, por pruebas de imagen. A los 2 años de seguimiento no se han objetivado toxicidades tardías secundarias a la radioterapia y se encuentra libre de enfermedad.

Conclusiones

El tratamiento radioterápico administrado de forma urgente produce un beneficio clínico con mejoría rápida del distrés respiratorio y reducción progresiva de la hepatomegalia.

C39- RADIOTERÁPIA HIPOFRACCIONADA CON BOOST INTEGRADO SIMULTÁNEO (SIB) EN CARCINOMA NASOFARÍNGEO (NC)

Sonera Marcos, L.; Burgueño Caballero, A.; Quintana Ángel, B.; Gordito Soler, J.J.; de Haro Piedra, R.; Muñoz Carmona, D.M.; Pachón Ibáñez, J.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

Los avances en radiobiología y tecnología son una oportunidad para mejorar los resultados en NC.

El hipofraccionamiento por SIB en NC puede lograr tasas de respuesta similares a las logradas con el normofraccionamiento sin aumentar la toxicidad.

Objetivos

1. Analizar la tasa de respuesta de los pacientes con NC tratados mediante hipofraccionamiento con SIB.
 - 1.1. Analizar la tasa de respuesta en función de la presencia de EBV y el tipo de histología.
2. Analizar los grados de toxicidad aguda y tardía en pacientes con NC tratados mediante hipofraccionamiento con SIB.

Material y Método

Estudio de cohortes retrospectivo de 19 pacientes con NC tratados mediante hipofraccionamiento con SIB. Se utilizaron VMAT e IGRT. La dosis total fue de 67,5 Gy a la lesión y ganglios afectados con un fraccionamiento de 2,25 Gy/día.

Para la evaluación de la toxicidad aguda y tardía se siguió la Escala RTOG. Para evaluar la respuesta al tratamiento, todos los pacientes fueron examinados por el Servicio de Otorrinolaringología al mes de finalizar el tratamiento y se les realizó una TAC de cabeza y cuello a los 3 meses.

Resultados

El 100% recibió el tratamiento previsto. 14 pacientes (73,7%) obtuvieron una respuesta completa y 5 pacientes (26,3%) una respuesta parcial. No hubo diferencias estadísticamente significativas según la histología o el EBV.

En cuanto a la toxicidad aguda, mucositis, radiodermatitis y odinofagia grado 3, presentaron 8, 5 y 2 pacientes respectivamente (42,1%, 26,3% y 10,5%). No se observaron toxicidades tardías de grado 2 o superior.

Diferentes artículos han mostrado tasas de toxicidad, respuesta y supervivencia por SIB, comparables o superiores al fraccionamiento normal, además de reducir el tiempo total. Se han analizado dosis de hasta 2,12 Gy/día en NC. Hasta donde sabemos es el primer estudio realizado a 2,25 Gy/día.

Conclusiones

1. El hipofraccionamiento por SIB logra tasas de respuesta completa óptimas en NC, independientemente del EBV o la histología.
2. El hipofraccionamiento por SIB en NC es bien tolerado, con aceptable toxicidad aguda y tardía, incluso en pacientes con quimioterapia.

C40- RADIOTERAPIA DE HIPOFRACCIONAMIENTO EXTREMO (FAST-FORWARD) EN EL CÁNCER DE MAMA: LA EXPERIENCIA DESDE NUESTRO CENTRO

Sonera Marcos, L.; Rubí Olea, L.; Risso, S.; de Haro Piedra, R.; Rodríguez García, E.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

Las últimas investigaciones sobre el cáncer de mama en estadio temprano apuntan a la utilización de esquemas de hipofraccionamiento extremo con resultados esperanzadores.

Objetivo

Este estudio tiene como objetivo mostrar datos de una sola institución en pacientes tratados con el esquema de hipofraccionamiento extremo del ensayo FAST-Forward, reportando casos agudos y de toxicidad crónica durante el seguimiento de nuestras pacientes y también describiendo ciertas características clínicas.

Materiales y Métodos

Se incluyeron pacientes de la base de datos de nuestra institución desde mayo 2020 a mayo de 2021 tratados con el esquema de prueba FAST-Forward. Los datos fueron recolectados retrospectivamente y se realizó un análisis descriptivo de los mismos. La mediana de seguimiento fue de 4,5 meses.

Resultados

Veinticuatro pacientes fueron incluidas. La mediana de edad fue de 61 años (rango de 44-85 años). La histología más frecuente fue el carcinoma infiltrante subtipo no especial (SNE) (75%) seguido del carcinoma lobulillar infiltrante (16,7%), los grados histológicos más frecuentemente encontrados fueron grado 1 (37,5%) y G2 (37,5%), y de los estadios clínicos, el estadio 1A fue el más comúnmente encontrado (58,3%). De las toxicidades, la dermatitis aguda y el edema mamario aparecieron en 3 pacientes (12,5%), dolor mamario agudo en 2 pacientes (8,3%) y dolor mamario crónico en 2 pacientes. Apareció astenia en 1 paciente (4,2%). La hiperpigmentación apareció en 2 pacientes (8,3%).

Conclusiones

A partir de nuestros resultados podemos seguir avalando el uso del esquema FAST-Forward en nuestras pacientes dada la aceptable toxicidad mostrada en nuestro análisis de los datos de seguimiento. No obstante, continuaremos recopilando datos para ampliar nuestro conocimiento de posibles cambios a largo plazo, toxicidades, y también para verificar resultados en supervivencia y progresión de la enfermedad en nuestro centro.

C43- EFECTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN EL USO DE MEDIOS ONLINE PARA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN SUPERVIVIENTES DEL CÁNCER DE MAMA ESPAÑOLAS

Pérez de Arrilucea, U.; Serradilla Gil, A.; Samaniego, M.A.; Villegas Sánchez, A.; Fernández Miranda, E.; Acosta Rojas, A.; Sáez Cantos, A.; Montilla Oballe, F.J.; Tórtola Navarro, A.

Universidad de Granada

Introducción

El ejercicio físico (EF) ha demostrado mejorar la calidad de vida, la tolerancia a los tratamientos oncológicos y una mayor supervivencia de las pacientes con cáncer de mama (PCM). Encontrar programas de ejercicio físico que mejoren la condición física tanto durante como después de los tratamientos es vital para las PCM. Sin embargo, el confinamiento por la pandemia de la Covid-19, supuso una reducción en los niveles de EF de las PCM y trató de impedirse a través del entrenamiento online. No obstante, se desconocen los efectos del confinamiento en la práctica de EF y la utilidad y efectividad del entrenamiento online en PCM.

Objetivos

Analizar el impacto del confinamiento por Covid-19 en el uso de medios online y en los niveles de EF en PCM.

Metodología

Se diseñó un cuestionario (cuestiones demográficas, clínicas, nivel de EF y uso de medios online) que se distribuyó de modo mixto, entre PCM de centros médicos andaluces y la base de datos del Instituto Profesional de Ejercicio Físico y Cáncer.

Resultados

Se recibió respuesta de 124 PCM (50±9 años) de los cuales un 58,9% había finalizado los tratamientos principales y estaban en revisión periódica. El número de PCM sedentarias aumentó levemente durante el confinamiento (7,2%) y tras este (1,6%). Por otro lado, el nivel de EF en las PCM activas tras el confinamiento, aumentó significativamente ($p<0,01$) en relación al nivel previo. Un 23,2% de las PCM realizaba EF mediante medios online antes del confinamiento, aumentando significativamente su uso durante el confinamiento y tras este ($p<0,001$; $p<0,05$). El nivel de EF, fue significativamente superior en las PCM que utilizaron medios online durante y tras el confinamiento ($p<0,05$; $p<0,05$). Además, tras el confinamiento, aquellas que utilizaron plataformas de pago mostraron mayor nivel de EF ($p<0,05$).

Conclusiones

Aunque el periodo de confinamiento incrementó el número de PCM sedentarias, aquellas PCM activas aumentaron su nivel de EF tras este. El uso de medios online y el nivel de EF se incrementaron significativamente durante y después del confinamiento, especialmente en aquellas PCM que utilizaron plataformas de pago.

RESÚMENES DE PÓSTER

P1- AUSENCIA DE RECAIDA EN LA LÁMINA CRIBIFORME TRAS IMRT EN EL MEDULOBLASTOMA ADULTO

Paguey Garrido, I.; De Haro Piedra, R.; Montero Perea, E.; Perucha Ortega, M.;
Romero Pareja, P.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio ORT. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla). H.U. Reina Sofía (Córdoba)

Objetivo

El meduloblastoma (MB) es el tumor embrionario maligno más común del sistema nervioso central (SNC), que surge en la fosa posterior, más comúnmente en el cuarto ventrículo con una representación del 3% en adultos. Esta enfermedad suele propagarse a través del líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema nervioso central. El tratamiento estándar consiste en una resección quirúrgica máxima seguida de radioterapia que incluye todo el eje craneoespinal, seguida de un refuerzo en la fosa posterior y quimioterapia. El objetivo de la irradiación craneoespinal (CSI) es tratar todos los espacios en los que la diseminación del líquido cefalorraquídeo puede dar lugar a depósitos tumorales. Una de las cuestiones debatidas en la literatura es la delimitación o no dentro del volumen target clínico (CTV) de la lámina cribiforme, ya que algunos autores afirman que una cobertura de dosis suficiente de todo el sistema nervioso central, incluida la lámina cribiforme, es esencial para prevenir la recaída de la enfermedad en esta anatomía.

Materiales y Métodos

Revisamos el plan de tratamiento dosimétrico de 4 pacientes (100% varones), de edad media 28,5[17,43] diagnosticados de MB grado IV siendo el 75% desmoplásico nodular y el 25% clásico. SHH activado en el 75%. ECOG 0 y 1: 25%, ECOG 2: 50%. El 75% cirugía con resección completa. El 25% biopsia. Todos fueron tratados mediante tomoterapia. La dosis prescrita fue de 36Gy (75%) y 23,4Gy (25%). Todos los planes de delimitación incluyeron la placa cribiforme en el CTV. La técnica de planificación fue IMRT-IGRT y se utilizó como referencia un punto de dosis absoluta cerca de la hipófisis.

Resultados

La dosis (Gy) recibida en la placa cribiforme y en el punto de dosis absoluta de referencia fue de 35,07 vs 35,92; 36,39 vs 37,58; 36,46 vs 36,9; 23,65 vs 23,81, respectivamente. La dosis media recibida por la placa cribiforme fue del 100% de la dosis prescrita. La tolerancia al tratamiento fue excelente sin presencia de toxicidades agudas. Tras una mediana de seguimiento de 20 meses, 1 paciente ha fallecido por causa no relacionada con el proceso tumoral.

Conclusiones

A pesar de que nuestro sesgo es el bajo número de pacientes, no hemos observado ningún episodio de recaída en la lamina cribiforme. Por lo tanto creemos necesario investigar la necesidad de incluir la placa cribiforme en la CSI, ya que se asocia con mayores efectos secundarios y posibles segundos tumores.

P2- CÁNCER DE MAMA BILATERAL. TOXICIDAD Y SUPERVIVENCIA. (GUIACaMaMa)

Romero Pareja, P.; Peinado Serrano, J.; Sonera Marcos, L.; Rodríguez García, E.; De Haro Piedra, R.; Sánchez Carmona, G.; Muñoz Carmona, D.M.

Servicio ORT. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción

El cáncer de mama bilateral es una rara presentación de la enfermedad. Puede manifestarse sincrónica o metacrónicamente.

Objetivos

Establecer incidencia, toxicidad y supervivencia (global y libre de progresión) de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama bilateral y tratadas en nuestro área.

Materiales y Métodos

Hemos registrado datos de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama bilateral que han sido valoradas en nuestro servicio de Oncología Radioterápica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde Enero de 2016 hasta Mazo 2021. En nuestro departamento, se han valorado 2766 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Hemos analizado aquellas que presentaron la enfermedad bilateralmente con respecto a incidencia, estrategias terapéuticas, características histológicas, toxicidad de diferentes técnicas radioterápicas, supervivencia global y supervivencia libre de progresión. Estudio prospectivo observacional.

Resultados

La variante bilateral supuso un 1.48% de los casos de cáncer de mama en nuestro área. La mediana de edad fue de 63 años. La mayoría de las pacientes presentaron la enfermedad sincrónicamente, con áreas ganglionares afectas, sin mutación BRCA pero con receptores hormonales positivos. La histología más frecuente fue Carcinoma Infiltrante Subtipo No Especial (78%).

Se han empleado varios esquemas de tratamiento radioterápico, pero el más utilizado (70%) fue el hipofraccionado (40.05 Gy en 15 sesiones, a 2.67 Gy/sesión +/- Boost simultáneo integrado de 48 Gy, a 3.2 Gy/sesión + Irradiación de áreas ganglionares a las mismas dosis), seguido del esquema normofraccionado (50 Gy en 25 sesiones) (22%) y el esquema APBI (30 Gy en 5 sesiones) (2%). La irradiación de áreas ganglionares fue requerida en el 45% de los casos. No se apreció toxicidad (> Grado 2 de RTOG) en la mayoría de las pacientes. 2 pacientes desarrollaron radiodermatitis grado 3. En nuestra cohorte, tras 5 años de seguimiento, 7 mujeres (17%) han fallecido: 5 de ellas por progresión de enfermedad a distancia (12%); y 2 por

deterioro clínico o comorbilidad (5%). Además, se identificaron 2 casos de recaída local y regional (5%).

Conclusiones

El cáncer de mama bilateral tiene una supervivencia global similar a la presentación unilateral.

En nuestra área, el 1.48% de las pacientes con cáncer de mama desarrollan la enfermedad bilateralmente.

El tratamiento del cáncer de mama bilateral mediante radioterapia hipofraccionada (40.05 Gy en 15 sesiones, a 2.67 Gy/sesión +/- Boost simultáneo integrado + Irradiación de áreas ganglionares a las mismas dosis) no se asocia con toxicidad > grado 2 aguda o crónica.

P3- COMPLICACIÓN INFECCIOSA MORTAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO ESTEROIDEO A ALTAS DOSIS EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Ramón Vigo, F.(1); Moreno Fuentes, B.(2); Palomas Moreno, M.(2); Puertas Cruz, A.(2); Villanueva Álvarez, A. (3)

(1) Servicio de ORT Complejo U. Hospitalario de Jaén. (2)MIR (3)FEA Servicio (2) de ORT Hospital U. Regional de Málaga

Objetivo

Presentación de un caso clínico sobre una complicación infecciosa grave secundaria al tratamiento esteroideo a altas dosis en un paciente oncológico.

Materiales y Métodos

Varón de 63 años intervenido de Gliosarcoma IDH nativo, MGMT metilado (Grado IV de la OMS) con resección subtotal. Recibió tratamiento adyuvante según protocolo STUPP, con necesidad de suspensión de la quimioterapia por varios episodios de mielotoxicidad. Inició de tratamiento esteroideo (dexametasona 6mg/8horas) por deterioro neurológico, sin posibilidad para su suspensión completa por empeoramiento clínico y progresión radiológica. A ello se sumó la aparición súbita de edema palpebral y ptosis completa del ojo derecho junto a cifras de hiperglucemia severa. El TC cerebral describía ocupación por material heterogéneo en seno maxilar, seno frontal y celdillas etmoidales. Se decide realizar biopsia transnasal, obteniéndose el diagnóstico de mucormicosis rinocerebral por *Rhizopus arrhizus*.

Resultados

Nuestro paciente, debido al uso de corticoides de manera prolongada desarrolló una diabetes esteroidea con mal control glucémico, lo que favoreció la aparición de mucormicosis rinocerebral, una infección fúngica rara, con una elevada morbimortalidad, que produce necrosis y gran destrucción tisular. Afecta fundamentalmente a pacientes inmunocomprometidos, entre los que destacar aquellos con neoplasias hematológicas, diabetes mellitus de mal control o en tratamiento con glucocorticoides, estos últimos con afectación típica a nivel rinocerebral. Los microorganismos más frecuentes son *Rhizopus spp.*, *Mucor spp.*, and *Lichtheimia spp.* Los estudios histológicos y microbiológicos son fundamentales para establecer el diagnóstico. El tratamiento debe ser global (cirugía radical, eliminación de los factores predisponentes y antifúngicos a dosis elevadas, siendo el fármaco de elección es la Anfotericina B Liposomal), a pesar de lo cual la mortalidad sigue siendo elevada.

Conclusiones

El uso de la terapia esteroidea es una práctica frecuente en neoplasias cerebrales pues ayuda al control sintomático. Su empleo no está exento de complicaciones, menos aún cuando las dosis son elevadas o el tratamiento se cronifica en el tiempo. El conocimiento de ello junto a una valoración integral del paciente oncológico puede favorecer una mejor calidad de vida más allá del proceso oncológico subyacente.

P4- EL PACIENTE ONCOLÓGICO: MUCHO MÁS ALLÁ DE SU ENFERMEDAD DE BASE

Moreno Fuentes, B.(1); Ramón Vigo, F.(2); Villanueva Álvarez, A.(3); Palomas Moreno, M.(1); Herruzo Cabrera, I. (4)

(1)MIR (3) FEA (4) Jefe Servicio de ORT del H.U. Regional de Málaga. (2) FEA del Servicio de ORT del Complejo H.U. De Jaén

Objetivo

Presentación de un caso clínico sobre una complicación infecciosa grave en paciente inmunodeprimido para abordar la importancia del manejo holístico en Oncología.

Material y Métodos

Varón de 54 años diagnosticado de Glioblastoma IDH nativo, MGMT metilado intervenido quirúrgicamente mediante resección subtotal. Recibe posteriormente tratamiento adyuvante según protocolo STUPP. Durante este, presenta deterioro neurológico que precisa corticoterapia 4mg/8h y suspensión de Temozolomida concomitante por trombopenia moderada. Posteriormente, consulta en Urgencias por clínica de fiebre y escalofríos de 24h de evolución, así como aparición de pápulas violáceas de centro más oscuro y sobrelevado con halo eritematoso en extremidades de 24-48h de evolución progresiva. En la analítica extraída destacan trombopenia (22000/l), leucopenia (270/l) y neutropenia (30/l) severas. Se extraen hemocultivos e ingresa en planta con sospecha clínica de ectima gangrenoso, iniciándose antibioterapia empírica (cefepime 2g/8h y amikacina 1g/24h intravenosos). A las 24h, avisan desde Microbiología por aislamiento en hemocultivo de *Pseudomonas Aeruginosa* multisensible, confirmando la sospecha.

Resultados

El paciente presenta buena evolución, completándose 7 días de tratamiento intravenoso con posterior desescalada a ciprofloxacino 750mg/12h oral durante 14 días más. Se objetiva el desarrollo de diabetes esteroidea con necesidad de iniciar tratamiento con insulina subcutánea. Durante el ingreso y pese a la trombopenia existente, no hay extereorización de sangrado. Recibe el alta hospitalaria a los 9 días del ingreso con 19000 plaquetas y 550 neutrófilos en la analítica de control. A las 2 semanas, es valorado en Consultas Externas de Oncología Radioterápica con analítica en la que presenta trombopenia y neutropenia recuperadas y a la exploración se observan lesiones cutáneas en resolución.

Conclusiones

El ectima gangrenoso es una manifestación dermatológica característica de infección severa, siendo más frecuente por *Pseudomonas aeruginosa*, habitualmente en pacientes con inmunodepresión. Debido al pronóstico infausto, es determinante el diagnóstico precoz (eminente clínico) y el inicio rápido de antibioterapia empírica antipseudomonas. La presencia de neutropenia al diagnóstico es el factor pronóstico de mortalidad más importante.

Con todo esto, queremos señalar el mensaje de que debemos valorar integralmente a nuestros pacientes para mejorar su calidad de vida y supervivencia más allá del proceso oncológico subyacente.

P5- A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: PLASMOCITOMA LAMBDA EXTRAMEDULAR DE AMÍGDALA PALATINA TRATADO CON RADIOTERAPIA ADYUVANTE

Cruz Muñoz, C.; Peracaula Espino, F.; Acuña Mora, M.
Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

Introducción

El plasmocitoma extramedular es una neoplasia localizada de células plasmáticas en tejidos blandos, muy infrecuente, que consiste en una infiltración de células plasmáticas de origen monoclonal, sin compromiso de médula ósea ni otras características sistémicas de mieloma múltiple. El 80% ocurren en cabeza y cuello y representan menos del 1% de todas las neoplasias de esta zona.

Incluyen tres entidades diferentes: mieloma múltiple, enfermedad diseminada (lámás frecuente, 1.5% de todas las neoplasias del organismo), y dos formas localizadas, plasmocitoma solitario, con médula ósea y esqueleto normales: plasmocitoma medular que surge en hueso (vértebras, fémur y pelvis), llamado plasmocitoma solitario óseo, y otro en tejidos blandos o plasmocitoma solitario extramedular.

Objetivos

* Presentación Caso clínico

Mujer de 21, que en 2015 comenzó con disfagia a sólidos y líquidos y odinofagia. Diagnosticada de plasmocitoma plasmocítico lambda extramedular de ambas amígdalas.

Tras aparente remisión espontánea, recae de nuevo y es intervenida mediante amigdalectomía bilateral en diciembre de 2016: diagnóstico plasmocitoma plasmocítico lambda. Borde afecto.

Ha recibido radioterapia con intensidad modulada de dosis, hasta 45 Gy sobre lecho quirúrgico anillo de Waldeyer y niveles II y III cervicales.

A la exploración aumento de tamaño de la amígdala palatina derecha que sangra al apretar con bastoncillos.

Analítica con hemograma, bioquímica, serologías víricas, proteinograma, y beta 2 microglobulina normales. Estudio de pico monoclonal normal. Inmunoglobulina sérica, mapa óseo y médula ósea normales

PET-TAC captación en ambas amígdalas palatinas y 2 ganglios cervicales nivel II bilaterales, con SUV 5.2 y 9.1.

PET postquirúrgico baja probabilidad de malignidad

Biopsia: plasmocitoma plasmocítico lambda.

Juicio Clínico: plasmocitoma plasmocítico lambda extramedular de ambas amígdalas.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con Linfomas, carcinoma de origen epitelial en área orofaríngea, melanoma, neuroblastoma, sarcomas embrionarios, plasmocitosis reactivas, y pseudolinfoma, e infecciones locales..

Conclusiones

El plasmocitoma solitario extramedular, se caracteriza por una proliferación neoplásica de células plasmáticas clonales fuera de la cavidad medular. A nivel orofaríngeo es una entidad poco frecuente, representando el 1% de todos los tumores de esta localización, sin embargo el área de cabeza y cuello y tracto respiratorio superior son los lugares donde más se asientan (85% de los casos).

El 20% de los casos se asocia a mieloma múltiple.

El tratamiento está cuestionado, pues se considera de elección la radioterapia, al ser altamente sensible, con una alta tasa de control local (mayor del 80%), se recomiendan utilizarla incluso después de la extirpación macroscópica total, dependiendo de la localización, a dosis entre 40-60 Gy, consiguiéndose tasas de control local del 95%, obteniéndose tasas de supervivencias a 5 años del 50%.

Es muy importante el seguimiento a largo plazo de estos pacientes, ya que se han reportado casos de recurrencia 28 a 36 años después del tratamiento inicial 1 y también casos en que después de muchos años de estar asintomáticos presentan mieloma múltiple.

P6- IRRADIACIÓN TESTICULAR EN LINFOMA DE CÉLULAS B DIFUSO TESTICULAR PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cruz Muñoz, C.; Peracaula Espino, F.; Acuña Mora, M.

Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

Introducción

La denominación de linfoma testicular primario es discutida debido a la ausencia de tejido linfoide en el testículo y a que la mayoría de los pacientes presentan diseminación sistémica poco tiempo después del diagnóstico. Tiene 3 formas de presentación: manifestación inicial de un linfoma oculto, afectación testicular de un linfoma ya conocido y linfoma testicular primario (aumento de volumen, difuso, compacto y dolor testicular), sin afectación de otros órganos.

Se debe pensar siempre en una enfermedad extratesticular primaria con afectación testicular, considerando estrictamente como linfoma testicular primario un tumor que no presenta masas tumorales en el resto del organismo o que, presentándolas, su volumen no supera la masa del tumor testicular.

Objetivo

* Descripción del caso:

Varón de 39 años que consulta por aumento del teste derecho sin sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias. A la exploración aumento de tamaño del hemiescroto derecho, sin palpar teste, transiluminación positiva.

Eco grafía escrotal; testículos de ecoestructura heterogénea con área hipodensa alargada ocupando el parénquima testicular, Hidrocele bilateral con predominio derecho.

RNM: Asimetría testicular a expensas de crecimiento del teste derecho asociado a hidrocele en tamaño y señal inferior en T2 al teste contra lateral debido a la presencia de una masa heterogénea compatible con seminoma.

TAC de tórax-abdomen y pelvis sin hallazgos de extensión extratesticular. Intervenido mediante orquiectomía derecha siendo el diagnóstico anatomopatológico de Linfoma difuso B de células grandes.

PET Sin hallazgos patológicos. Punción lumbar negativa. Recibe quimioterapia esquema CHOP 6 ciclos, quimioprofilaxis intratecal, y posteriormente se irradió testículo contra lateral a dosis de 30.6 Gy. Desde entonces permanece en remisión completa

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con seminomas, rabdomiosarcoma, leucemia, pseudolinfoma testicular, metástasis de tumores extratesticulares, orquitis crónica piógena, brucelosis testicular, tuberculosis testicular, hiperplasia linfoide.

Conclusiones

El linfoma de células B difuso primario testicular es una neoplasia infrecuente que representa entre el 2-7% de los de los tumores testiculares y el 1% de todos los linfomas no Hodgking, siendo el tumor testicular más frecuentes en varones mayores de 50 años.

La afectación del testículo contra lateral se afecta sincrona o metacrona es del 10-18%. Puede diseminarse con frecuencia a SNC.

La clínica consiste en aumento del testículo (volumen y consistencia) generalmente doloroso, y síndrome constitucional en un 45% de los casos. El diagnóstico suele hacerse tras la cirugía.

Este enfoque de tratamiento combinado mejoró el resultado de los pacientes con linfoma testicular primario; sin embargo, la alta frecuencia de recaídas extranodales, incluida la participación del sistema nervioso central, representa un problema importante. El pronóstico sigue siendo menos favorable en comparación con algunos subtipos de linfomas no Hodgkin1-3.

El tratamiento se basa en la cirugía, la quimioterapia, profilaxis intratecal e irradiación profiláctica del testículo contra lateral donde puede recaer hasta en el 35% de los casos.

P7- TRATAMIENTO EN PACIENTES DIAGNÓSTICADOS DE COVID-19 EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Mesa, L.; Culpíán, A.; Castro, B.; Romero-Soto, V.; Rubio-Valles, A.; Martín-Santaella, T.; Montilla-Oballe, F.; Serradilla Gil, A.

GenesisCare. Granada

Introducción

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. El 30 de marzo de 2020, la Sociedad Española de Oncología Radioterápica publicó unas recomendaciones generales sobre medidas de protección de los pacientes y de los profesionales sanitarios a fin de prevenir la transmisión de la enfermedad. Siguiendo las recomendaciones de la SEOR, se estableció un protocolo de tratamiento para pacientes COVID o con sospecha de infección a fin de minimizar el riesgo de contagio a otros pacientes y al personal del servicio, al mismo tiempo que se evitaba la interrupción del tratamiento para aquellos pacientes que se encontraban en curso de radioterapia.

Objetivos

Describir el protocolo de actuación en pacientes COVID en curso de tratamiento con radioterapia.

Metodología

Se diseñó un algoritmo de actuación, así como protocolo de protección del personal de clínica, en especial de los técnicos encargados de realizar el tratamiento.

Pacientes en tratamiento radioterápico:

De manera general se estableció realizar control mediante medidas de higiene y distanciamiento, preguntar diariamente por síntomas relacionados con el COVID19 o posibilidad de contacto con alguien que lo hubiera padecido y toma diaria de temperatura.

Protocolo de actuación en caso de sospecha de infección o COVID confirmado en pacientes en tratamiento radioterápico:

- Interrupción del tratamiento en casos graves.
- En paciente clínicamente estable o asintomático realización de tratamiento al finalizar el turno siguiendo las siguientes directrices:
 - Preparación de inmovilizadores y material en zona limpia.
 - Colocación de EPIS según protocolo por parte de los técnicos encargados de tratar al paciente en zona limpia.

- Posicionamiento y tratamiento del paciente: se asigna un técnico para control de la consola y dos técnicos para posicionar al paciente en sala, sólo uno de

ellos encargado de colocar al paciente, mientras el compañero se encarga de manejar los equipos.

- Durante la irradiación los técnicos encargados del paciente se quedan en la determinada zona sucia sin contacto con el resto del personal.
- Al finalizar, el mismo técnico que posicionó al paciente es el encargado de bajarlo de la mesa de tratamiento.
- Una vez el paciente ha abandonado la unidad de tratamiento, se procede a retirada de los EPIs por parte de los técnicos, según protocolo y a la limpieza del búnker.

Resultados

Durante los años 2020 y 2021 se han tratado un total de 4 pacientes positivos y 5 pacientes con sospecha no confirmada posteriormente (PCR negativa) sin que se haya producido ninguna incidencia durante la administración de la radioterapia.

Conclusiones

El protocolo de actuación con medidas EPIS ha permitido continuar el tratamiento radioterápico en pacientes COVID sin necesidad de interrumpir el mismo, evitando los efectos deletéreos que las interrupciones pudieran provocar sobre el control de la enfermedad, al mismo tiempo que se ha asegurado la integridad del personal de la clínica.

P8- TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA EN PACIENTES NO OPERABLES MEDIANTE VMAT Y BOLUS DE ALTA DENSIDAD: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Sáez Cantos, A.; Samaniego, M.A.; Acosta Rojas, A.; Serradilla Gil, A.
GenesisCare. Granada

Introducción

El cáncer de piel no melanoma es el cáncer más frecuente globalmente en poblaciones caucásicas.

El tratamiento de elección es la cirugía de Mosh. En aquellos casos inoperables por comorbilidad, por tumores localizados en áreas anatómicas de difícil acceso para la cirugía o incluso en pacientes en los que existe un área de cancerización, el tratamiento de primera elección es la radioterapia.

Habitualmente el tratamiento se realiza mediante haces de electrones, pero en tumores situados en ubicaciones anatómicas complejas o con afectaciones extensas es necesario utilizar técnicas como la radioterapia de intensidad modulada.

Para minimizar los problemas ocasionados por la administración de dosis en tejidos profundos el uso de bolus de alta densidad (EXaSkin®) permite realizar tratamientos complicados ajustando la dosis a tejidos superficiales.

Objetivos

A continuación, se exponen tres casos clínicos tratados con radioterapia volumétrica de intensidad modulada (VMAT) con bolus de alta densidad.

Metodología

CASO 1: Paciente de 88 años de edad con recidiva de porocarcinoma localizado en área fronto-parietal bilateral tratada 4 años antes mediante radioterapia con electrones.

CASO 2: Paciente de 88 años de edad con historia previa de carcinoma epidermoide in situ con campo amplio de cancerización y múltiples lesiones queratósicas actínicas localizadas en cuero cabelludo.

CASO 3: Paciente de 86 años de edad con historia de múltiples basaliomas y carcinomas epidermoides de cuero cabelludo intervenidos en diversas ocasiones, con progresión rápida de las lesiones localizadas a nivel frontoparietal bilateral y temporal izquierdo cercano a canto externo de ojo.

A todos los pacientes se le realizó simulación virtual mediante TC helicoidal multicorte para determinación de volúmenes de interés y órganos de riesgo.

En todos los casos se realizó inmovilización mediante máscara termoplástica y colocación de bolus de alta densidad abarcando el área de tratamiento propuesta.

Todos los pacientes se planificaron con técnica VMAT.

El tratamiento se realizó en un acelerador lineal Elekta™ Synergy™ con colimador multiláminas usando fotones de 6 MV y control de posicionamiento mediante radioterapia guiada por imagen (IGRT).

Resultados

CASO 1: Tras finalizar tratamiento, en sucesivas revisiones se evidenció respuesta completa. Sin embargo, al año de finalizado el tratamiento presentó nueva progresión que requirió cirugía con colocación de injerto.

CASO 2: Tras finalizar tratamiento se alcanzó la remisión completa de las lesiones.

CASO 3: Tras finalizar tratamiento se evidenció respuesta completa de la lesión frontoparietal y persistencia de una pequeña área tumoral localizada en canto externo de ojo izquierdo que requirió rescate quirúrgico con colocación de injerto.

Conclusiones

La radioterapia de intensidad modulada (VMAT) junto con el bolus de alta densidad (EXaSkin®) se plantea como una alternativa adecuada a la cirugía en pacientes que, bien por comorbilidad o por lesiones localizadas en áreas complejas, no son candidatos a tratamiento quirúrgico.

P9- RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA INICIAL EN TIEMPOS DEL SARS-COV-2

Cruz Muñoz, M.C.; Peracaula Espino, F.J.; Acuña Mora, M.; Torres García, A.; Fernández Forné, A.

Servicio de ORT. Hospital Punta Europa. Algeciras

Objetivo

La actual crisis del SARS-Cov-2 nos ha obligado a adaptar los tratamientos en pacientes con cáncer de mama, especialmente en las etapas iniciales, para reducir el riesgo de contagio y la presión asistencial en los Servicios de Radioterapia. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la seguridad y tolerabilidad de esquemas ultracortos de Radioterapia (RT) en estadios iniciales del cáncer de mama y no omitir la irradiación en ninguna paciente, donde esté indicada.

Materiales y Métodos

Análisis descriptivo de 25 pacientes (pac) con cáncer de mama (estadio I-III) tratadas con RT en 5 fracciones sobre mama o pared torácica, incluyendo boost e irradiación de ganglios linfáticos si es necesario según FAST-FORWARD TRIAL, de Marzo de 2020 a enero de 2022 en nuestro centro. La mediana de edad fue de 63 años (35-91). El 89% fueron histología CDI y 11% CLI. 56% fueron T1, 33% T2 y 11% T3. No presentaron afectación ganglionar el 89% (N0). El 67% fue luminal A con un grado de diferenciación moderado en el 44% de los pacientes. El 89% se localiza en la mama derecha y el 11% en la izquierda. Como factores de mal pronóstico, en el 55% presencia de componente insitu e invasión linfovascular en el 11% de las pacientes. El tipo de cirugía fue conservadora con BSGC en el 83%, solo el 4% mastectomizada. El 60% no recibió quimioterapia. El 50% recibió boost sobre el lecho y solo el 11% recibió RT en la axila.

Resultados

Con una mediana de seguimiento de meses (3-22). Realizamos un análisis de toxicidad aguda al final de las 5 sesiones de tratamiento, a la semana y 3 semanas del tratamiento. Se evaluaron los efectos secundarios sobre tejidos sanos: grado de radiodermatitis (DR) en el campo de tratamiento, astenia y dolor en la mama o axila tratada. Al finalizar las 5 sesiones de tratamiento, el 50% de los pacientes presentó RD grado 1 (G1) en el campo de tratamiento. El 60% refirió astenia moderada y solo el 20% comentó malestar inespecífico que no requirió medicación. Una semana después de terminar solo 1 paciente continuó con DR G1, el 30% presentó astenia leve y el 10% molestias mamarias. No hubo interrupciones del tratamiento por toxicidad en ningún paciente. No se reportó ningún caso de toxicidad G3 o superior.

Conclusiones

Respecto a nuestros resultados, el uso de esquemas de irradiación ultracorta está mostrando buena tolerancia al tratamiento, con toxicidad cutánea aguda y un resultado estético similar o incluso mejor al fraccionamiento estándar habitualmente utilizado.

Permitiendo menos interrupciones, por su corta duración y minimizando así el riesgo de exposición de pacientes y profesionales sanitarios en tiempos de pandemia, sin omitir la radioterapia en ningún paciente que la necesite.

P10- INMUNO-RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN MELANOMA DE ANO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Uribe, V.; Lazo Prados, A.; Chacón Mcweeny, V.; Castillo Pérez, I.
Servicio de ORT. Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

El melanoma anorrectal es un tumor poco frecuente y agresivo, generalmente es diagnosticado en estadios avanzados.

En los últimos años los inhibidores de punto de control inmunitarios (ICI), han sido utilizados en primera línea para el melanoma, los cuales han revolucionado la respuesta y supervivencia en estos pacientes.

En ocasiones se evidencian resistencias a estas terapias, lo que nos lleva a combinar estrategias como la radioterapia más inmunoterapia con la intención de estimular la respuesta inmune, para no agotar nuevas líneas terapéuticas.

La dosis de RT y fraccionamiento pueden ser clave en la respuesta inmunoestimuladora.

Resumen Caso

Varón de 67 años, valorado en octubre 2019 por tumoración perianal de 10 cm excrecente y friable, se realiza una biopsia de la lesión con resultado de melanoma maligno. En estudio de extensión y locorregional se realiza un TAC y RMN pélvica se clasifica el tumor como T4aN3bM0 (BRAF, KRAS y CKIT negativo).

Recibe 20 ciclos de Pembrolizumab con respuesta parcial hasta Diciembre de 2020 que presenta nuevamente exofítico de la lesión residual. Se decide radioterapia con intención inmuno-potenciadora con hipofraccionamiento de 45 Gy a pelvis (1.8 Gy/fracción) con un Boost hasta 50 Gy (2 Gy/fracción).

El paciente consiguió una respuesta completa mantenida por 5 meses y continuó recibiendo Pembrolizumab, sin embargo, presentó un cierre por segunda intención con múltiples complicaciones infecciosas por lo que requirió una colostomía de descarga.

En la actualidad presenta recaída de la úlcera anal residual confirmada por biopsia, se decide finalmente continuar con Cuidados Paliativos y curas locales.

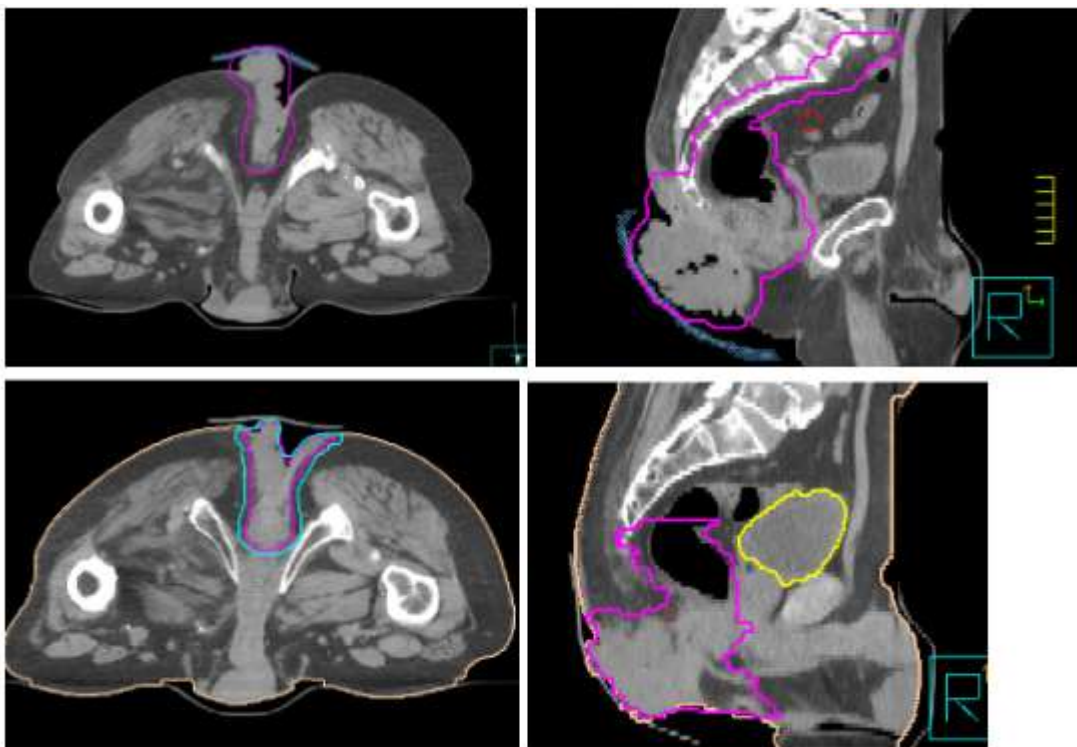
Discusión

Los resultados de la combinación de RT con inmunoterapia parecen prometedores, con adecuada respuesta local y sin importantes efectos secundarios; se necesitan más estudios para incluir esta estrategia en la práctica clínica habitual y analizar la influencia del fraccionamiento, dosis de radiación y secuenciación de tratamientos.

Bibliografía



Imágen 1. Foto del tumor previo al inicio de radioterapia. Imagen 2, foto de respuesta tras finalización de radioterapia.



Imágen de planificación de radioterapia: A). Inicial. (corte transversal con Bolus en piel), B). corte sagital de imagen A. C). re-planificación del volumen residual. D). corte sagital de imagen C.

P11- EL HEMOGRAMA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN Y TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Borrego Reina, M.; Pérez Luque, S.; Muñoz Muñoz, O.; Delgado León, B.D.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

El hemograma previo a la radioterapia es importante para conocer el estado basal hematológico de los pacientes y poder predecir no solo la toxicidad a los tratamientos con radio(quimio)terapia sino también la respuesta a los mismos.

Objetivos

Conocer los valores del hemograma obtenido en los pacientes con cáncer de pulmón antes de ser tratados con radioterapia en un Hospital de tercer nivel durante el periodo 2016-2021.

Metodología

Se ha realizado un estudio en 723 pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia desde 01/2016 hasta 12/2021. Se recogieron los datos de edad, género y hemograma pre-tratamiento radioterápico.

Resultados

Los pacientes estudiados fueron 723 de los cuales el 85% (N=616) fueron hombre y el 15% (N=107) mujer. La mediana de edad fue 66 años (rango, 33-89). Los datos del hemograma fueron: Hematíes 35% (N=250) valores normales, 65% (N=473) valores anormales. Hemoglobina 25% (N=178) valores normales, 75% (N=545). Hematocrito 28% (N=199) valores normales, 72% (N=524) valores anormales. Plaquetas 82% (N=592) valores normales, 18% (N=131) valores anormales. Leucocitos 83% (N=601) valores normales, 17% (N=122) valores anormales. Plaquetas 61% (N=442) valores normales, 39% (N=281) valores anormales. Linfocitos 56% (N=408) valores normales, 44% (N=315) valores anormales. Solo el 15% (N=105) tuvo el hemograma completo dentro de los valores normales.

Conclusiones

Los indicadores Hemoglobina y hematocrito fueron los que obtuvieron mayor porcentaje de valor fuera de la normalidad mientras que, por otro lado, plaquetas y leucocitos fueron los valores que menos estaban alterados en los pacientes antes de comenzar su tratamiento con radioterapia. En resumen, un 85% de los pacientes tuvieron los valores del hemograma fuera de los valores normales lo que nos pone en alerta de la fragilidad hematológica de estos pacientes.

P12- RADIOTERÁPIA A BAJA DOSIS EN GONARTROSIS REFRACTARIA

Portillo González, J.A.; Serradilla Gil, A.; Pérez, J.C.

Servicio de ORT. Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa que condiciona un desgaste del cartílago articular, provocando en segunda instancia una inflamación crónica y otros cambios degenerativos a nivel articular, muscular y óseo. Principalmente se asocia a pacientes ancianos y puede llegar a ser una de las principales causas de discapacidad relacionada con la edad, debido al dolor, rigidez e impotencia funcional que puede llegar a ocasionar.

No existe un tratamiento definitivo y específico para la artrosis, siendo el tratamiento sintomático. En caso de refractariedad, en última instancia, se puede valorar el reemplazo de la articulación con una prótesis.

La radioterapia a bajas dosis tiene un papel beneficioso en patología benigna, incluido la artrosis, es una opción de tratamiento que obtiene un buen control del dolor y mejoría de la rigidez articular cuya eficacia ha demostrado en diferentes estudios una disminución del dolor hasta en un 90% de los casos con respuestas completas a largo plazo hasta en un 25% de los pacientes.

A continuación, reflejamos la experiencia inicial de nuestro centro del tratamiento en pacientes tratados por gonartrosis con radioterapia a baja dosis.

Materiales y Métodos

Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo descriptivo de 4 pacientes tratados en nuestro centro desde junio 2021 hasta la actualidad.

Se han incluido a aquellos pacientes diagnosticados de gonartrosis sintomática refractaria al tratamiento y que no han sido intervenidos.

Previo al tratamiento a todos los pacientes se les pasó el cuestionario WOMAC para artrosis y escala EVA de dolor.

Simulación del tratamiento:

- Se ha realizado un TC de simulación con inmovilización mediante KneeSTEP, ProSTEP y una máscara termolábil sobre la rodilla a tratar.
- CTV: Articulación afecta incluyendo tejidos circundantes con signos de afectación secundaria.
- PTV: CTV+ 5 mm de margen. Dosis y planificación de tratamiento:

- En todos los casos se ha realizado tratamiento con acelerador lineal mediante técnica de radioterapia tridimensional conformada,
- Dosis prescrita: 6 Gy a 1 Gy/sesión administrados a días alternos (3 sesiones a la semana).

Tras la finalización del tratamiento, se valora la respuesta clínica mediante la escala WOMAC y EVA.

Resultados

La edad media de los pacientes que recibieron tratamiento fue de 72 años.

Según la escala WOMAC previo al tratamiento la media en la variable dolor fue de 12.75, Rigidez 5 y Capacidad Funcional 52,

Al mes de finalizado el tratamiento, los resultados fueron: dolor 5.5, Rigidez 3 y Capacidad Funcional 19.75.

EVA previo al tratamiento de 8.75 y posterior al tratamiento de 2.

Conclusiones

Según nuestra experiencia objetivamos que el tratamiento con RT a bajas dosis evidencia una mejora clínica tanto en dolor, rigidez y capacidad funcional que se muestra desde el primer mes post-tratamiento.

P13- A PROPÓSITO DE UN CASO: EFECTO ABSCOPAL

González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.; Campos Rivera, G.; Carrasco Peña, F.

Servicio de ORT. Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción

El efecto abscopal se define como la regresión tumoral en localizaciones corporales distintas a aquellas en las que se ha aplicado un tratamiento local. Gracias a la administración de dosis altas por sesión, se puede inducir una respuesta inmunogénica que libera una cascada de citoquinas dirigidas tanto a la lesión tratada como a las no irradiadas.

Objetivos

Presentamos un posible efecto Abscopal en un paciente con Carcinoma escamoso de pulmón metastásico tratado mediante SBRT tras tratamiento inumoterápico.

Metodología

Paciente varón de 76 años de edad con diagnóstico de Carcinoma pulmonar de células escamosas LID estadio IIIC (T3N3M0) PD-L1 negativo en Abril/2021. Recibió tratamiento radioquimioterápico más inmunoterapia concomitante dentro del ensayo clínico MS200647-005 (M7824 1200 mg IV vs. Durvalumab 10mg/kg). Se administraron 60 Gy finalizando en Junio 2021, con respuesta parcial. En Septiembre 2021 se objetivó progresión a nivel esplénico (23 y 15mm) y óseo múltiple (arcos costales y sacrococcigea de 49mm), a pesar de conseguir respuesta completa a nivel pulmonar. Comenzó con dolor localizado en sacro (EVA 8), precisando analgesia de tercer escalón con Fentanilo subcutáneo 37mcg/72h además de 4-5 rescates diarios. Se propuso mediante técnica SBRT en 3 sesiones a días alternos de 9 Gy sobre lesión osteolítica sacrococcigea, una dosis total de 27 Gy, finalizada el 1 de Octubre del 2021.

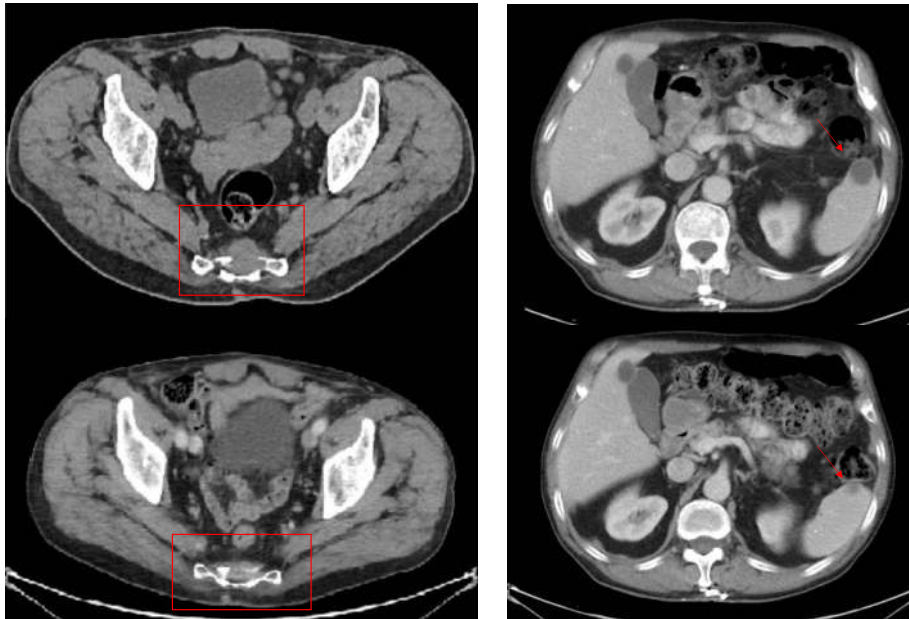
Resultados

Un mes tras la finalización de tratamiento, el paciente dejó de precisar rescates de morfina, consiguiendo buen control del dolor (EVA 3), retirándose analgesia basal a los tres meses dada la ausencia de clínica algica.

En pruebas de imagen de reevaluación (TAC) realizadas el 22 de Octubre del 2021, sin tratamiento sistémico activo, se objetivó respuesta parcial sobre lesiones esplénicas (15mm y 10 mm respectivamente) y óseas (desapareciendo lesiones costales y disminuyendo a 12 mm a nivel sacro).

Conclusiones

La SBRT consigue paliar la sintomatología de los pacientes y además se postula como técnica de tratamiento que puede conseguir un efecto abscopal cuando se combina con inmunoterapia.



P14- LINFOMA EXTRAGANGLIONAR DE CÉLULAS NK/T TIPO NASAL

González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.; Carrasco Peña, F.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción

El linfoma extraganglionar de células T-NK, tipo nasal es el cuarto tipo de linfoma en frecuencia. Son neoplasias muy agresivas asociadas frecuentemente a VEB. Presentan marcadores inmunohistoquímicos típicos: CD2+, CD3+, CD 56+.

Secundariamente pueden afectarse los ganglios linfáticos cervicales y los síntomas B o la afectación ósea aparece en un 10-35%.

Objetivo

Presentamos el caso clínico de un paciente con linfoma extraganglionar de células T-NK, tipo nasal para su revisión y tratamiento.

Metodología

Varón de 29 años con sintomatología de obstrucción nasal tratado en repetidas ocasiones como sinusitis. Se solicita TAC y RMN con lesión que oblitera el ostium de drenaje del seno maxilar izquierdo y ocupa el meato superior y la mitad izquierda del cavum. Se realiza exéresis intranasal mediante CENS con informe intraoperatorio de linfoma no-hodgkin.

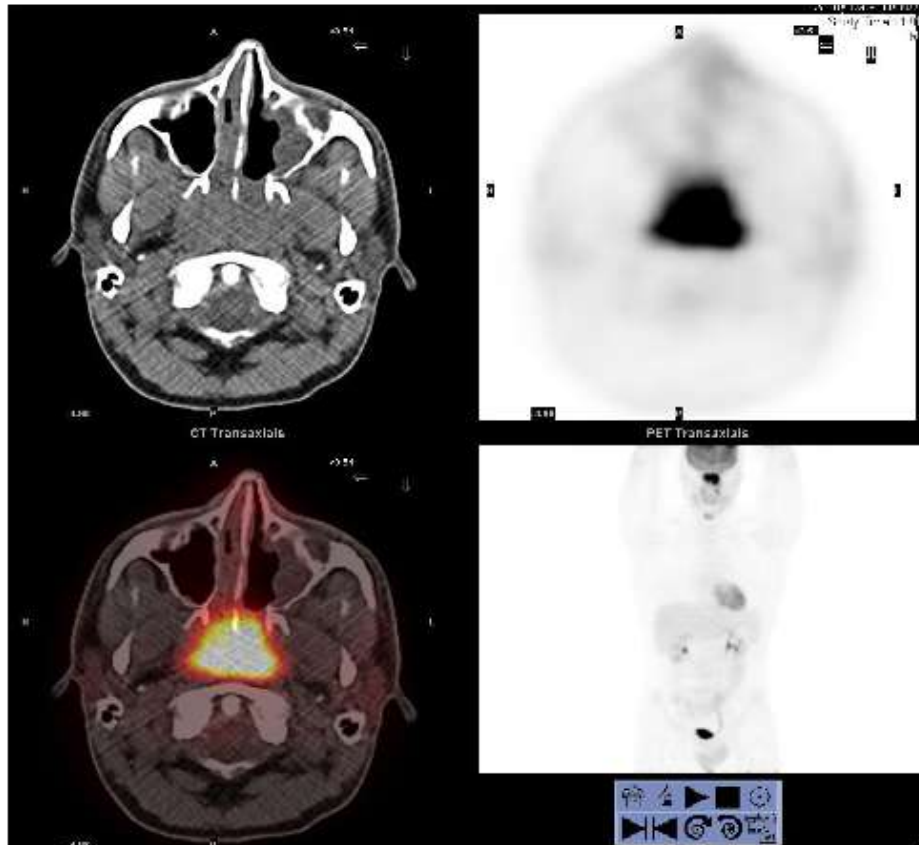
Ante los hallazgos, se solicita TAC y PET-TC de estadificación y derivación al Servicio de Hematología. El PET-TC indica masa de partes blandas en cavum, junto a adenopatías a nivel prevertebral izquierda y yugulares derechas, subjetivas de infiltración tumoral.

Resultados

La anatomía patológica definitiva informa de infiltrado de la mucosa nasal por un población celular linfoide con estudio inmunohistoquímico que expresa CD3, CD56, CD20, CD4 y CD8. El estudio molecular para VEB fue positivo y el diagnóstico definitivo fue de Linfoma no Hodgkin T- NK tipo nasal de alto grado. Realizó tratamiento con protocolo GELOX con 2 ciclos de QT (gemcitabina, oxaliplatino y L-asparaginasa) + RT conformada 3D + 4 ciclos de QT (terapia sandwich, total 6 ciclos). Se administró 44 Gy en 22 sesiones con BSI de 12 Gy sobre las zonas de captación del PET-TC (fosa nasal, nasofaringe y adenopatías), DT 56 Gy. Actualmente está en remisión completa tras 5 años.

Conclusiones

Este tipo de linfoma se considera una entidad totalmente distinta del resto de neoplasias linfoides, pues responde mejor a la RT-QT concomitante. La literatura revisada no permite extraer conclusiones firmes en cuanto al tratamiento idóneo debido a la rareza de estos casos pero en los estadios I/II, la RT-QT concomitante es la modalidad de tratamiento fundamental en terapia sandwich.



P15- IMPACTO EN SUPERVIVENCIA DEL ESTADIO AL DIAGNÓSTICO EN EL CÁNCER COLORRECTAL

Carrasco Peña, F.; Saavedra Bejarano, J.; González Ruiz, M.A.; Vicente Ruiz, P.; Ugarte Ruiz de Aguirre, N.; Campos Rivera, G.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) durante el año 2020, según datos de GLOBOCAN 2020, tuvo una incidencia aproximada de 1.9 millones de casos, con una mortalidad de 935.173 defunciones, es decir, representó 1 de cada 10 casos de cáncer y de muertes por esta causa.

En el conjunto de la población el CCR constituyó la tercera neoplasia más frecuente (10.0%), tras el cáncer de mama (11.7%) y el cáncer de pulmón (11.4%), estando su supervivencia condicionada, entre diferentes motivos, por el estadio al diagnóstico.

Objetivo

El objetivo de este estudio es confirmar en los pacientes con CCR el impacto en supervivencia del estadio al diagnóstico en nuestra área hospitalaria de influencia.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, que incluye todos los pacientes con CCR incidentes del periodo 2014-2015 de un Hospital de tercer nivel, con un seguimiento de 5 años.

Resultados

Los estadios II y III sumaron el 70,6% del total. Los pacientes con diagnóstico de CCR estadio I tuvieron una supervivencia causa específica (SCE) del 100% al año y del 95,9% tanto a los 3 años, como a los 5 años, mientras que en los pacientes estadio IV la supervivencia cayó hasta el 66,7%, 31,0% y 20,6%, respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), observándose la misma evolución en el análisis independiente de los pacientes con Cáncer de Colon y Cáncer de Recto.

Al final del seguimiento, el 58,4% permanecían vivos, siendo esta proporción ligeramente superior en el cáncer de recto (59,6%) respecto al CC (57,8%).

Conclusiones

La supervivencia en el CCR está condicionada por el estadio al diagnóstico, siendo preciso seguir avanzando en el diagnóstico precoz, ya que los estadios avanzados representan más de la mitad del total.

P16- ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. IMPACTO EN SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER COLORRECTAL

Carrasco Peña, F.; González Ruiz, M.A.; Saavedra Bejarano, J.; Vicente Ruiz, P.; Ugarte Ruiz de Aguirre, N.; Campos Rivera, G.
Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción y Objetivo

La supervivencia del cáncer colorrectal (CCR) está condicionada por el estadio al diagnóstico, existiendo mayor controversia respecto a su correlación al grado de adherencia a las recomendaciones definidas en las guías de práctica clínica (GPC), siendo el objetivo de este estudio evaluar el impacto sobre la supervivencia de dichos pacientes del seguimiento de tales recomendaciones.

Metodología

Estudio observacional, que incluye todos los pacientes con CCR incidente del área sanitaria del Hospital Universitario Virgen Macarena durante los años 2014 y 2015, con un seguimiento de 5 años. La recogida de información se realizó de manera retrospectiva, y como GPC se usó el Proceso Asistencial Integrado de CCR de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Resultados

Del total de 351 pacientes, el 69,0% fueron cáncer de colon (CC), el 59,5% fueron varones y el 63,2% eran ≥ 65 años. El grado histológico II representó el 44,0%. Los estadios II y III sumaron el 70,6% del total. Al final del seguimiento, el 58,4% permanecían vivos, siendo esta proporción ligeramente superior en el cáncer de recto (59,6%) respecto al CC (57,8%).

La supervivencia estuvo condicionada por el estadio al diagnóstico. En el análisis de la adherencia a la GPC tuvieron un impacto positivo en supervivencia: el cumplimiento de la solicitud de las pruebas complementarias (HR: 0.65, $p = 0.055$), y la indicación de quimioterapia adyuvante en los estadios III de CC (HR: 0.46, $p = 0.051$), si bien el cumplimiento de $\geq 75,0\%$ de los indicadores no mostró un impacto positivo ($p = 0.929$).

Conclusiones

La adherencia a la recomendación respecto a la realización de estudios complementarios para el diagnóstico de CCR, y la indicación de adyuvancia en los pacientes estadio III de CC, tienen un impacto positivo en la supervivencia. No obstante, es preciso seguir avanzando en el diagnóstico precoz del CCR, ya que los estadios avanzados representan más de la mitad del total.

P17- SERIES DE CASOS DE PACIENTES CON NEOPLASIAS ESOFÁGICAS TRATADOS CON RADIOQUIMIOTERAPIA

Palomas Moreno, M.; Puertas Cruz, A.; Hebrero Jiménez, M.L.; Hami Gil, S.; Moreno Fuentes, B.

Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

Objetivos

Analizar supervivencia global y supervivencia libre de progresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago tratados mediante esquema CROSS , Radioquimioterapia (41,4Gy + Carboplatino AUC 2 + Paclitaxel 50 mg/m2 semanal) seguido de cirugía así como analizar la evolución del SUV máximo pre y post tratamiento.

Metodología

Se ha realizado una base de datos con todos los pacientes diagnosticados y tratados de cáncer esofágico en el servicio de Oncología Radioterápica del H.R.U.M entre el año 2009 y el 2021, obteniendo una muestra total de 44 pacientes (3 mujeres, 41 varones).

Resultados

Se observó una mayor frecuencia en varones (93,2%) con una media de edad de 44 años. En cuanto a la localización más frecuente observada se encontró tercio medio esofágico (25%) seguido de tercio inferior (75%). La anatomía patológica más frecuente fue de adenocarcinoma (75%) y el estadiaje más frecuente al diagnóstico fue III-A (38,6%) seguido de II-B (29,5%).

En 18 pacientes se apreció respuesta completa (40,9%), un 34% de pacientes presentaron recidiva a distancia y 14 pacientes fallecieron a consecuencia de progresión de la enfermedad (64,5%).

La media de supervivencia libre de progresión 28,5 meses, siendo al año del 84% y al final del seguimiento del 45%.

La media de Supervivencia Global fue del 78% IC95(69,19-105,17), supervivencia global al año 90%.

Tras recibir el tratamiento se reevaluó a 21 pacientes mediante PET-TAC , obteniéndose una reducción promedio de hasta un 55,92% del SUV tumoral .

Conclusiones

Se ha comprobado que con esta modalidad de tratamiento de tratamiento se consigue buenos datos de supervivencia libre de progresión y supervivencia global. Además, se ha estudiado la evolución del PET como monitorización de respuesta al tratamiento .

P18- SARCOMA DE PARTES BLANDAS DE EXTREMIDADES EN EL ADULTO (SPBE): ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES DEL H.U.R.M. EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Palomas Moreno, M.; Villanueva Álvarez, A.; Moreno Fuentes, B.; Ramón Vigo, F.; García Sánchez, L.

Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

Objetivos

Analizar la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP), así como determinar si existe alguna asociación entre las diferentes variables y el pronóstico en pacientes diagnosticados de SPBE

Materiales y Métodos

Incluimos 19 pacientes tratados del 2014 al 2020 en nuestra institución. Entre las variables registradas encontramos edad, sexo, localización, comorbilidades, histología, inmunohistoquímica (ki67), tratamiento primario y adyuvante, recidiva primaria y secundaria y muerte, entre otras. También se han utilizado las curvas de Kaplan-Meier para estudiar OS y PFS.

Resultados

Se observó que era más común en el sexo masculino (n=11), con una edad media de 53 años. El miembro inferior derecho fue la localización más frecuente (N=10). La mayor parte se presentó como masa no dolorosa (n=11). No se apreció relación con FRCV, comorbilidades o hábitos tóxicos. El subtipo histológico más frecuente fue el sarcoma pleomórfico indiferenciado (n=6). Se realizó biopsia excisional como diagnóstico y tratamiento primario (n=14), 10 de ellos recibieron radioterapia externa fraccionada como adyuvante. 9 recayeron con 18,57 meses de SLP. Se utilizó quimioterapia como tratamiento de rescate (n=3). Se produjo una segunda recaída en 3 casos, con una mediana de SLP de 12 meses. En la última revisión 4 progresaron, 14 no tenían evidencia de enfermedad y 1 estaba estable. 3 pacientes fallecieron a consecuencia del tumor.

Conclusiones

Se observó una SLP de 18,57 meses desde el tratamiento primario, concordante con estudios previos, así como una SG del 84,2% desde el diagnóstico, superior a la descrita en la bibliografía. Entre el sexo masculino y la edad aumentan la incidencia de STLS. Además, ki67 se ha observado como una influencia pronóstica.

P19- FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA TRAS PROSTATECTOMÍA Y RADIOTERAPIA

Linares Mesa, N.A.; Vaya González, L.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.; Lorenzo Gómez, M.F.*

*Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva.*Hospital U. De Salamanca*

Introducción

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo. La proporción de supervivientes a largo plazo de 10 años o más con tratamiento curativo es de alrededor del 90 %, con una supervivencia específica del cáncer de casi el 100 %. Por lo tanto, es fundamental mitigar el impacto de los efectos secundarios del tratamiento en la calidad de vida.

La causa más frecuente de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en pacientes con cáncer de próstata es la prostatectomía radical (PR), que si se combina con radioterapia (RT) aumenta la frecuencia y la gravedad.

Objetivo

Identificar los factores que influyen en los resultados del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en hombres que han recibido radioterapia después de una prostatectomía radical para el tratamiento del cáncer de próstata.

Materiales y Métodos

Estudio observacional multicéntrico retrospectivo en 226 pacientes tratados con RT externa adyuvante o de rescate tras prostatectomía radical. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente por incontinencia urinaria. Grupos de estudio: GAs1: éxito inicial y GBf1: fracaso inicial. Posteriormente, se distinguen dos subgrupos tras un año de seguimiento: éxito o fracaso. La tasa de IUE se midió como el volumen de pérdida de orina con la prueba de la almohadilla y se clasificó como leve, moderada y grave. El éxito tras la cirugía se definió como ningún tipo de pérdida de orina, ni leve, ni moderada ni grave.

Análisis estadístico con estadística descriptiva, t de Student, prueba exacta de Fisher, ANOVA, análisis multivariado. Se aceptó una significación estadística para $p < 0,05$. El estudio está aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de Medicamentos.

Resultados

La edad en los primeros continentes fue menor. La edad no influyó en las incontinencias de seguimiento en el año de seguimiento. Gleason demostró ser un factor

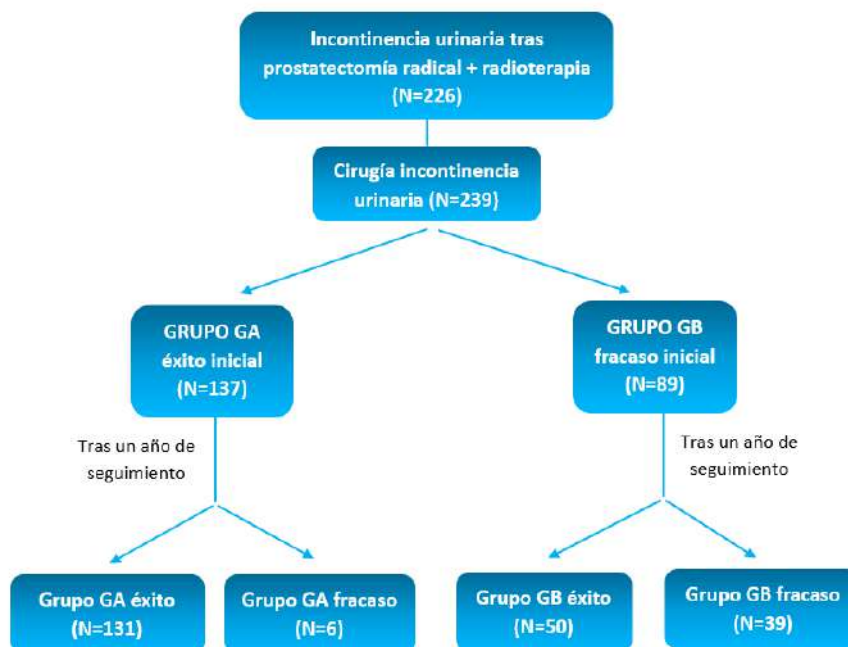
pronóstico, las histologías más agresivas (G8) se asociaron con una peor respuesta a la cirugía. Todo el G8 fracasó inicialmente y siguió incontinente pasado un año. Los dispositivos TOT y

REMEEX® tienen más tasas de éxito que fallas en el momento inicial después de la cirugía; sin embargo, existe una tasa de falla inicial más alta con los dispositivos ATOMS® y PHORBAS®. Un tercio de los pacientes operados con ATOMS®/PHORBAS® que inicialmente fracasaron fueron rescatados en un segundo tiempo. Con el dispositivo REMEEX® se consigue un mayor éxito inicial, teniendo una mayor tasa de fracaso en un segundo tiempo en pacientes prostatectomizados e irradiados.

Conclusiones

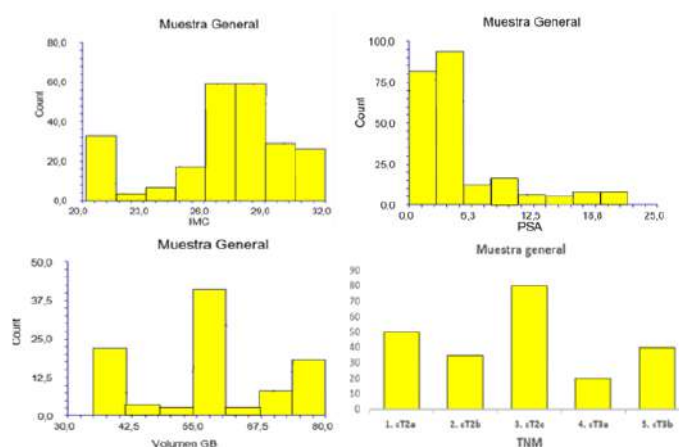
Los dispositivos antiincontinencia suburetrales, regulables o no, tienen una alta tasa de éxito en la corrección de la incontinencia urinaria tras radioterapia adyuvante o de rescate tras prostatectomía radical, en un primer tiempo del 60,66% y en un segundo tiempo suman un 82,74% de pacientes sin pérdidas.

El índice de masa corporal, el PSA, el estadiaje T del TNM o el volumen prostático no están relacionados con el resultado del tratamiento. Mayor edad, mayor puntuación de Gleason, mayor tiempo de evolución de la IU, menor sintomatología urinaria preprostatectomía y mayor comorbilidad se relacionan con menor probabilidad de éxito y peor evolución de mantenimiento de corrección de la incontinencia.





	EDAD					PSA				
	MEDIA	SD	MEDIANA	RANGO	P	MEDIA	SD	MEDIANA	RANGO	P
GA	68.02	4.09	68	63-81	0,0002	2.68	2.12	3.21	0.003-5.2	0,0001
GB	71.22	5.78	71	59-82		7.04	7.14	6	0.003-22	
GA éxito	67.43	3.07	68	63-73	0,0001	2.77	2.12	3.21	0.003-5.2	0,0192
GA fracaso	81	0.73	80	80-81		0.71	0.10	0.70	0.70-0.71	
GB éxito	71.52	3.93	71	64-78	0,5886	5.71	6.53	0.83	0.003-18	0,0465
GB fracaso	70.84	7.56	71	59-82		8.75	7.61	6.3	0.003-22	
	VOLUMEN PROSTÁTICO					IMC				
	MEDIA	SD	MEDIANA	RANGO	P	MEDIA	SD	MEDIANA	RANGO	P
GA	62.04	11.44	70	35-70	0,0364	26.65	2.80	28.04	20.2-29.38	0,1830
GB	58.35	14.77	60	35-80		27.24	3.74	27.34	20.2-31.99	
GA éxito	61.90	11.69	70	35-70	0,5197	26.58	2.83	26.56	20.2-29.38	0,123201
GA fracaso	65	0.15	65	60-65		28.38	0.37	28.38	28.04-28.7	
GB éxito	53.12	16.77	55	35-80	0,000087	27.24	3.74	27.34	20.2-30.1	0,2616
GB fracaso	65.07	7.76	60	60-78		27.63	3.44	28.04	21.3-31.99	



Dispositivo	TOT n=82	%	REMEEEX n=125	%	p
GA	56	68,29	79	63,20	0.5508
GB	26	31,71	46	36,80	0.5508
Dispositivo	TOT n=82	%	ATOMS/PHORBAS n= 19	%	p
GA	56	68,29	2	10,53	0.0001
GB	26	31,71	17	89,47	0.0001
Dispositivo	REMEEEX n=125	%	ATOMS/PHORBAS n= 19	%	p
GA	79	63,20	2	10,53	0.0001
GB	46	36,80	17	89,47	0.0001

	TOT	REMEEEX	ATOMS/PHORBAS
Grupo GA éxito	91.84%	98.1%	75%
Grupo GA fracaso	8.16%	1.19%	25%
	TOT	REMEEEX	ATOMS/PHORBAS
Grupo GB éxito	61.4%	44.68%	81.25%
Grupo GB fracaso	38.46%	55.32%	18.75%

P20- SBRT EN LA ENFERMEDAD OLIGOMETÁSTASIS

Jerviz Guía, V.G.; Montoya García, J.; Sánchez Camarasalta, M.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción y Objetivos

Valoración de la SBRT en la oligoprogresión.

Valoración de las estrategias locales de tratamiento ablativo con radioterapia, a altas dosis por fracción, para las oligoprogresiones.

Metodología

Se han recogido los tratamientos con SBRT sobre lesiones metástasis en pacientes con oligoprogresión (con más de 6 meses de enfermedad estable con o sin tratamiento sistémico, ECOG >70% y esperanza de vida > 6 meses) tratados en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario San Cecilio.

Resultados

Tras la revisión de trece casos tratados con SBRT (dos metástasis hepáticas, dos metástasis pancreáticas, cinco metástasis en adenopatías abdominales, tres metástasis adrenales y una metástasis paravertebral) con dosis total heterogéneas y DBE > 60 Gy se demostró una repuesta local en el 44.4% de las pacientes, con un caso de exitus por progresión de su enfermedad primaria y tres caso de respuesta completa en el primario de páncreas, el resto de los casos presentaron una respuesta parcial o enfermedad estable.

Conclusiones

La SBRT es una técnica prometedora, usada en la actualidad en muchos centros nacionales e internacionales, a pesar de ello, no hay consensos claros en cuanto a su indicación y dosis por ello es importante comparar la experiencia y valorar las repuestas obtenida a fin de unificar criterios.

P21- PALIACIÓN LOCAL CON RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO INFLAMATORIO

Sánchez Gálvez, M.A.; Ramón Vigo, F.; León-Salas Ordoñez, R.M.; Barrionuevo Castillo, P.; Ruza Sarrasín, M.; Pérez Sánchez, E.I.

Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

Introducción

El cáncer de mama inflamatorio es una variante poco común y rápidamente progresiva del cáncer de mama que se caracteriza por altas tasas de recurrencia locorregional, metástasis a distancia y mortalidad.

Presentamos el caso de una paciente joven con ca de mama inflamatorio metastásico, no candidata a cirugía higiénica y en progresión mamaria exclusiva de la enfermedad.

Objetivo

Revisión bibliográfica y reflexión sobre el uso de radioquimioterapia con intención paliativa en pacientes con ca de mama inflamatorio metastásicas jóvenes.

Metodología

Paciente mujer de 33 años diagnosticada en abril de 2020 de cáncer de mama inflamatorio HER2 puro estadio IV con metástasis pulmonares milimétricas y ganglionares ipsilaterales cT4cN2M1. Comenzó tratamiento sistémico con progresión local a varias líneas de tratamiento (paclitaxel-pertuzumab-trastuzumab, ensayo OPHELIA con olaparib y trastuzumab y esquema TDMI). Se nos interconsulta para valorar tratamiento sobre mama en progresión con ulceración y sangrado, siendo dicha localización el área de mayor carga tumoral.

Resultados

No existen datos sólidos en la literatura sobre el esquema terapéutico y fraccionamiento exacto a realizar en radioterapia para un tratamiento "conservador" junto a quimioterapia en el caso del cáncer de mama inflamatorio. Son controvertidas las dosis paliativas a realizar en pacientes metastásicas. La mayor parte de los autores recomiendan dosis que oscilan entre 50-60 Gy en dosis EQD2, alcanzando mayor control local cuanto más cerca de 60 Gy.

Conclusiones

En nuestro caso realizamos un tratamiento hipofraccionado (45 Gy a un fraccionamiento de 3 Gy/sesión en 15 sesiones) junto a bolus con ExasKin© abarcando en el campo de tratamiento la mama y las adenomegalias de la axila ipsilateral. Nuestra DBE se acerca a dosis radicales, con la ventaja del hipofraccionamiento y la reducción del tiempo total de tratamiento. Respuesta completa a los 3 meses del tratamiento a nivel local por TAC. Respuesta completa mantenida hasta fallecimiento por progresión pulmonar de la paciente en enero de 2022.

P22- IMPLEMENTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA CON CONTROL RESPIRATORIO EN EL CÁNCER DE MAMA: INSPIRACIÓN PROFUNDA MANTENIDA

Puertas Cruz, A.; Palomas Moreno. M.; Delgado Rico, R.; Azcoaga Blasco, J.M.; Herruzo Cabrera, I.

Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

Objetivo

Se ha demostrado que la inspiración profunda mantenida (DIBH) en pacientes con cáncer de mama tratados con radioterapia reduce las dosis de órganos en riesgo.

Materiales y Métodos

Incluimos inicialmente cuatro pacientes con cáncer de mama del lado izquierdo tratadas entre marzo y mayo de 2021 en nuestra institución (H.R.U.M).

Se realizaron dos TAC de simulación: un TAC de simulación ultralento en respiración libre y un TAC de simulación en DIBH con un intervalo entre ambos de dos semanas. La técnica de inspiración profunda mantenida fue monitorizada y controlada utilizando el sistema RPM de Varian.

En el TAC de simulación ultralento utilizamos el grosor máximo del corazón incluido en el campo de tratamiento como predictor anatómico de la ventaja dosimétrica de la técnica. Los pacientes fueron seleccionados cuando el grosor era ≥ 1 cm e instruidos para realizar ejercicios en DIBH.

Para el tratamiento se usó 3DCRT con boost integrado, utilizando el sistema de planificación PCRT. Sólo un paciente no recibió boost integrado. La dosis prescrita fue de 26 Gy en 5 fracciones para el PTV de mama y de 29 Gy en 5 fracciones para el PTV de sobreimpresión.

Resultados

En el primer paciente se compararon dos planificaciones de TAC (TAC ultralento en respiración libre y el TAC en inspiración mantenida). Observamos una reducción significativa en la dosis de irradiación al corazón, la arteria coronaria descendente anterior izquierda y el pulmón ipsilateral con la planificación realizada en el TAC en DIBH.

Las dosis promedio del histograma dosis-volumen resultante para todos los planes de DIBH fueron: PTV95% de mama y PTV95% del boost 97,78% y 99,60%, respectivamente. V8, pulmón homolateral 10,6% (9,3-15,7%). Dmedia, pulmón homolateral 3 Gy (2,9-3,9 Gy). Dmedia, corazón 0,6 Gy (0,4-0,7 Gy). Dmedia, LAD 0 Gy. V8,LAD 0% y V15,LAD 0%.

Conclusiones

En base a los primeros pacientes tratados en nuestra institución, consideramos que la técnica de control respiratorio con inspiración profunda mantenida logra un cumplimiento adecuado de las restricciones en órganos de riesgo sin comprometer la cobertura del volumen objetivo.

P23- IMPLEMENTACIÓN DE LA RADIOTERAPIA HOLOCRAREAL CON PROTECCIÓN DE HIPOCAMPO

Palomas Moreno, M.; Puertas Cruz, A.; Delgado Rico, R.; Martín-Viera Cueto, J.A.; Herruzo Cabrera, I.

Servicio de ORT Hospital U. Regional de Málaga

Objetivos

El objetivo de este estudio es recoger pacientes que hayan sido tratados con radioterapia holocraneal con protección del hipocampo para realizar una evaluación dosimétrica de las dosis recibidas en el volumen diana, el hipocampo y los órganos en riesgo.

Material y Método

Incluimos tres grupos de patologías diferentes con un total de 12 pacientes atendidos entre marzo de 2020 y abril de 2021 en nuestra institución (H.R.U.M.).

Grupo 1: Cinco pacientes con 1-3 metástasis cerebrales. La radioterapia se administró utilizando la técnica de boost integrado en 12 fracciones. Se prescribieron 30 Gy y 51 Gy para HA-WBR y metástasis respectivamente.

Grupo 2: Tres pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas candidatos a irradiación craneal profiláctica. La dosis prescrita al holocráneo fue 25 Gy en 10 fracciones

Grupo 3: Cuatro pacientes seleccionados con una única metástasis cerebral reseçada. La dosis prescrita al holocráneo fue 30 Gy en 10 fracciones.

Los planes de tratamiento VMAT fueron generados mediante el planificador Pinnacle.

Resultados

La dosis para el volumen objetivo y OAR se basó en los criterios de RTOG 0933.

El PTV95 en el cerebro y el PTV95 en el boost fueron 94,50% y 98,50 %, respectivamente. La dosis máxima en hipocampo fue 15,02 Gy (13,32-16,46 Gy). La D100% en hipocampo fue 8,82 Gy (7,25-11,38 Gy). La dosis media en oído interno fue 13,45 Gy (13,41-21,54 Gy). Las otras restricciones se resumen en la Tabla 1.

Conclusiones

Se ha demostrado que esta modalidad de tratamiento permite realizar planes dosimétricos satisfactorios con buena cobertura de PTV evitando el hipocampo. En nuestra opinión, la radioterapia holocraneal con protección del hipocampo es un tratamiento factible con la técnica VMAT y plantea importantes desafíos técnicos con respecto al contorneado y la planificación del tratamiento

Tabla 1. Restricciones dosimétricas

Organo	Dose constraint
Hipocampo	Dmean: 10.81 Gy (8.77-12.89)
Quiasma, Nervio óptico	Dmax: 33.27 Gy (23.92-40.73)
Troncoencéfalo	Dmax: 33.03 Gy (27.50-39.81)
Cristalino derecho	Dmax: 5.68 Gy (4.89-16.10)
Cristalino izquierdo	Dmax: 5.6 Gy (4.88-6.77)
Parótida derecha	Dmean: 7.30Gy (3.30-11.41)
Parótida izquierda	Dmean: 7.82 Gy (4.41-10.77)
Parótida	Dmean: 7.48 Gy (4.06-10.80)
Glándula lacrimal	Dmean: 10.63 Gy (5.13-14.43)

P24- EXPERIENCIA ANDALUZA CON APALUTAMIDA

Sánchez Gálvez, A.; Pérez Sánchez, E.I.; Jiménez Salas, R.; Ruza Sarrasín, M.; León-Salas Ordoñez, R.M.; Barrionuevo Castillo, P.
Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

Introducción

El cáncer de próstata ha sufrido un cambio importante en su tratamiento en los últimos tres años gracias a la aparición de varios ensayos clínicos fase III que han dado la indicación a diferentes fármacos con buenos resultados en supervivencia libre de progresión y supervivencia global. Uno de esos fármacos es apalutamida, que tiene indicación en dos ámbitos diferentes, el cáncer de próstata metastásico hormonosensible y el cáncer de próstata resistente a castración no metastásico.

Dicho fármaco tiene financiación por parte del Ministerio de Sanidad y está disponible en nuestra cartera de servicios desde febrero de 2021.

Objetivo

Realizar una encuesta a profesionales andaluces de Oncología Radioterápica sobre su experiencia en el uso de apalutamida en los primeros 6 meses de disponibilidad de dicho fármaco.

Materiales y Métodos

Desde nuestro servicio se creó una encuesta básica con 25 preguntas relacionadas con el uso, contexto clínico, diagnóstico y seguimiento de los pacientes en tratamiento con apalutamida a nivel andaluz. Se envió a los jefes de Servicio públicos de Oncología Radioterápica a nivel andaluz y fue contestada de manera anónima y voluntaria por Oncólogos Radioterápicos de nuestra Comunidad Autónoma.

Resultados

El total de los médicos que respondieron la encuesta tenían al menos un paciente en tratamiento con apalutamida en el contexto de cáncer de próstata metastásico hormonosensible y en el contexto de cáncer de próstata resistente a castración no metastásico. En el inicio de tratamiento con apalutamida, todos los profesionales de la Oncología radioterápica realizan un control estricto en el primer mes para valorar tolerancia y posteriormente, consideran que cada 3 meses es la cifra ideal para el seguimiento tanto analítico y clínico, valorando pruebas de imagen en función de clínica y dinámica del PSA en la mayoría de los encuestados. Más del 80% de los encuestados detectaron algún grado de toxicidad asociado al uso de apalutamida, siendo la mayoría de dichas toxicidades menores y solventadas. En cuanto a temas controvertidos, como el diagnóstico con pruebas de imagen de nueva generación y el uso de SBRT en pacientes oligometastásico de baja carga tumoral, las opiniones referidas con variadas. Más del 50% de los encuestados considera iniciar el diagnóstico con pruebas de imagen convencionales (TAC Y GGO), usando las pruebas de nueva generación como opción posterior en caso de no ser las primeras concluyentes. En

cuanto al uso de SBRT sobre metástasis como terapia dirigida radical, el 54,5% de los encuestados no la ofreció cuando era técnica y clínicamente factible el tratamiento y el 45,5% si ofreció dicha técnica.

Conclusiones

Aún tenemos experiencia reducida en el tiempo en el uso de apalutamida, no existiendo un consenso claro en cuanto a tiempos de seguimiento clínico y analítico, aunque las opiniones de los profesionales que contestaron la encuesta eran bastante homogéneas. Surgen controversias en los encuestados en ciertos temas como pruebas diagnósticas o asociación de terapia dirigida a metástasis. Con esta encuesta, se intenta valorar la opinión y conocer el quehacer diario de compañeros a nivel andaluz.

P25- A PROPÓSITO DE UN CASO: ESPLENOMEGALIA SINTOMÁTICA TRATADA CON RADIOTERAPIA

Portillo González, J.A.; Bermejo Moreno, J.F.; Blanco Villar, M.L.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

La esplenomegalia es el aumento patológico del bazo que puede estar relacionado con diferentes causas como los tumores hematológicos (mieloides o linfoides), enfermedad autoinmune, hipertensión portal (HTP), etc. En algunos casos puede llegar a generar clínica siendo el dolor, la manifestación más frecuente, también se puede acompañar de malestar, hinchazón, citopenias y diarrea por compresión de otros órganos.

El tratamiento de la esplenomegalia es variado, dependiendo principalmente de la etiología de la misma. Quimioterapia en tumores hematológicos, desvío portosistémico intrahepático transyugular (DPIT) en la HTP, radiofrecuencia, embolización esplénica, esplenectomía o radioterapia.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de Leucemia Mielomonocítica Crónica en Mayo 2019 que tras progresión al tratamiento pautado, se objetiva esplenomegalia gigante con manifestaciones clínicas importantes.

Caso Clínico

Paciente de 63 años, antecedente de Fibrilación auricular revertida. Diagnosticado en Mayo 2019 de Leucemia Mielomonocítica Crónica (LMMC). En Agosto 2019 inicia tratamiento con EPO tras anemia. En Febrero 2021 tras nuevo episodio de anemia se realiza estudio de médula ósea confirmando la estabilidad de LMMC y además secuenciación masiva positiva para ASXL-1, SETBP1, CEBPA y PTPN11, con factores de mal pronóstico, inicia tratamiento con AZA-5 + EPO. En Julio 2021 se objetiva anemia, trombopenia y esplenomegalia sintomática.

Ante la persistencia de citopenias y la no respuesta a los tratamientos, se valora la indicación de RT sobre esplenomegalia gigante para alivio sintomático.

Valoramos al paciente que requirió ingreso por anemia en rango transfusional, dolor mal controlado con opiáceos, EVA 7, localizado en hipocondrio izquierdo, más intenso con respiraciones profundas y disnea a esfuerzos moderados. ECOG 1.

En las pruebas de imagen realizadas (TC y Ecografía) se objetiva tamaño del bazo de 23cm x 19 cm x 12 cm.

Se plantea RT sintomática sobre el Bazo a 10 Gy 1Gy/s mediante Radioterapia Conformada 3D. Inicia RT 27/12/2021 y finaliza el 14/01/2021. De manera concomitante inicia QT (Etopósido diario + Ruxolitinib cada 12h).

Se evidencia disminución del bazo a la exploración tras 4 sesiones, con mejoría clínica del dolor, llegando a reportar EVA 0 tras finalizar el tratamiento, sin necesidad de opiáceos. No necesidad de transfusiones de hemoderivados.

Actualmente continua en tratamiento quimioterápico.

P26- RADIOTERAPIA PALIATIVA EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fajardo Paneque, I.; Díaz Gómez, L.; Macías Lozano, M.J.; Tisaire Sánchez, J.L.; Jaén Olasolo, J.

Servicio de ORT Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción

La radioterapia es un tratamiento muy habitual para paliar síntomas secundarios a tumores; pero existe poca bibliografía disponible sobre radioterapia citorreductora en ictericia obstructiva maligna.

Objetivos

A propósito de un paciente con mieloma múltiple e hiperbilirrubinemia por plasmocitoma en vía biliar-páncreas, revisamos la literatura.

Metodología

Buscamos en PubMed, MeSH terms "radiotherapy, "hyperbilirubinemia". Nuestro paciente es un varón de 71 años con mieloma múltiple (con múltiples líneas de tratamiento) y plasmocitoma extraóseo en cabeza pancreática-vía biliar de 9x3,5x9 cm, con

Resultados

Hiperbilirrubinemia (9 mg/dL, con bilirrubina directa 7 mg/dL), prurito, dolor abdominal, coluria y acolia que limitaba la administración de quimioterapia. No indicada intervención quirúrgica ni colocación de stent. Administramos 2000cGy sobre la masa (400cGy/día, 5 días consecutivos) con excelente tolerancia, finalizando 11/06/2019.

Obtenemos 198 resultados, 22 relacionados con el tratamiento de tumores (primario/metastásico) que provocan hiperbilirrubinemia. 7 con intención paliativa. 4 en ruso, japonés o alemán. La radioterapia externa está muy infrarrepresentada entre las técnicas desobstructivas (stent, drenaje percutáneo, resección quirúrgica, quimioterapia/quimioembolización, radioembolización, braquiterapia), sin datos sobre efectividad ni duración de la respuesta, y en muchos casos aplicada como última alternativa, a pesar de ser un tratamiento con excelente tolerancia, no invasivo, administrado en pocos días y con buena respuesta esperable.

En nuestro paciente desapareció la clínica, descendiendo la bilirrubina en un mes a 0,6mg/dL, manteniéndose en valores <1mg/dL. 8 meses después (febrero 2020) se administra un segundo tratamiento con el mismo fraccionamiento por aumento de la masa en pruebas de imagen. En abril 2020 presenta un nuevo aumento de bilirrubina, siendo finalmente éxitus en mayo 2020.

Conclusiones

Falta evidencia y recomendaciones en la literatura sobre radioterapia citorreductora en obstrucción maligna de vía biliar.

Nuestro paciente alcanzó una excelente respuesta clínica, analítica y radiológica que mantuvo durante 8 meses, posibilitando la administración del tratamiento sistémico.

P27- VALORACIÓN DE LA SBRT EN LA ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA

Jerviz Guía, V.G.; Montoya García, J.; Sánchez Camarasalta, M.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción y Objetivos

Valoración de las estrategias locales de tratamiento ablativo con radioterapia, a altas dosis por fracción, para las oligoprogresiones.

Metodología

Se han recogido los tratamientos con SBRT sobre lesiones metástasis en pacientes con oligoprogresión (con más de 6 meses de enfermedad estable con o sin tratamiento sistémico, ECOG >70% y esperanza de vida > 6 meses) tratados en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario San Cecilio.

Resultados

Tras la revisión de trece casos tratados con SBRT (dos metástasis hepáticas, dos metástasis pancreáticas, cinco metástasis en adenopatías abdominales, tres metástasis adrenales y una metástasis paravertebral) con dosis total heterogéneas y DBE > 60 Gy se demostró una repuesta local en el 44.4% de las pacientes, con un caso de exitus por progresión de su enfermedad primaria y tres caso de respuesta completa en el primario de páncreas, el resto de los casos presentaron una respuesta parcial o enfermedad estable.

Conclusiones

La SBRT es una técnica prometedora, usada en la actualidad en muchos centros nacionales e internacionales, a pesar de ello, no hay consensos claros en cuanto a su indicación y dosis por ello es importante compartir la experiencia y valorar las repuestas obtenida a fin de unificar criterios.

P28- RADIOTERAPIA EN EL MANEJO DEL SARCOMA DE KAPOSI CLÁSICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Moreno-Manzanaro Moreno, M.C.; Romero Ruperto, F.; Bueno Serrano, C.; Rodríguez Ruiz, L.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Introducción

El sarcoma de Kaposi clásico es una neoplasia de células endoteliales linfáticas que suele presentarse en la piel de las extremidades superiores e inferiores, con aparición de máculas, pápulas, nódulos y placas rojo-violáceas, que pueden sangrar, ulcerarse y asociarse a linfedema y dolor.

Se da predominantemente en hombres y habitualmente cursa de forma crónica.

Objetivos

Analizar la efectividad del tratamiento radioterápico en el control local de las lesiones en pacientes diagnosticados de sarcoma de Kaposi clásico VHH 8 +. De forma secundaria, se analizó la toxicidad aguda.

Metodología

Entre octubre de 2015 y octubre de 2021 se realizaron 14 tratamientos con radioterapia externa (24-30 Gy) en 9 pacientes diagnosticados de sarcoma de Kaposi clásico (2 mujeres y 7 hombres). Se ha evaluado retrospectivamente la respuesta al tratamiento, en términos de control local sintomático, Se ha realizado un análisis retrospectivo para identificar toxicidad precoz y tardía mediante la escala RTOG (Radiation Therapy Oncology Group), y un estudio descriptivo de los pacientes tratados.

Resultados

La mediana de seguimiento fue de 26 meses (rango: 1.8-74.7) La mediana de edad fue de 82 años (rango: 68-92). El 85.7% (14/12) de las lesiones fueron múltiples, localizadas en miembros inferiores (en 2 casos se localizaron en miembros superiores). 5 pacientes (35.7%) recibieron tratamiento sistémico previo con doxorrubicina liposomal, y en 10 de las localizaciones fue necesario tratamiento local previo, siendo imiquimod 5%, timolol tópico o crioterapia los utilizados. El 71,4% de pacientes hizo respuesta completa, y el 28.6% respuesta parcial. 2 pacientes recibieron tratamiento tras progresión locorregional y 1 paciente progresó a distancia (metástasis cerebrales). En el 50% de los casos se objetivó radiodermatitis G1, siendo en el 21.4% G2. No hubo casos de radiodermatitis G3-4.

Conclusiones

El tratamiento radioterápico es eficaz y seguro, consiguiéndose buen control sintomático en nuestros pacientes. Los resultados son similares a los publicados en series comparables.

P29- EVITANDO EL USO DE CORTICOIDES GRACIAS A LA UTILIZACIÓN DE VITAMINA E TÓPICA

Villegas Sánchez, A.M.; Sánchez Jiménez, M.A.; Blanco Villar, M.L.; Fernández Miranda, E.; Martínez Martínez, J.F.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

La mayoría de los pacientes en tratamiento con RTQT con carcinoma de canal anal presentarán dermatitis perianal y proctitis, en ocasiones de grado moderado-grave con la consiguiente interrupción temporal del tratamiento. A veces, es necesario recurrir a la aplicación de corticoides para reducir la inflamación y el dolor. Estos fármacos podrían provocar a largo plazo hipersensibilidad cutánea, si se aplican por vía tópica. Mientras que, por vía intramuscular o intravenosa, aumentaría la glucemia. Actualmente existen aceites ricos en vitamina E (alpha-tocoferol), que favorecen los procesos tróficos fisiológicos y reparadores de la piel, de la mucosa genital y anal, reduciendo así la sintomatología. Esto, junto a cuidados frecuentes de enfermería, podría ayudar a mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Objetivos

Reportar mediante un caso clínico la efectividad de la vitamina E en reducir la duración, y el grado de mucositis en el canal anal de un paciente tratado con radioquimioterapia mediante cuidados periódicos de enfermería.

Material y Métodos

Paciente de 62 años, VIH e intervenido de hernia de fouriner, recibe tratamiento de RTQT entre los días 11/10/21 y 24/11/21. Durante el tratamiento en consulta semanal con enfermería se evalúa la toxicidad aguda según las escalas RTOG-EORTC. Tras aparición de toxicidad cutánea y de mucosas grado 1-2 comienza con curas diarias en consulta de enfermería con aceite de vitamina E.

Resultados

En las dos primeras semanas de tratamiento de radioterapia la mucosa anal se presentaba íntegra (grado 0), . A la siguiente semana, el paciente sentía dolor (mucositis grado 1-2), fue cuando se iniciaron las curas con aceites ricos en vitamina E, 2 veces al día. Posteriormente, en la cuarta semana se observó mucositis grado 2-3 y persistió la misma clínica durante catorce días en total. La última semana de radioterapia continuó con mucositis y radiodermatitis grado 3, y desde que finalizó la radioterapia hubo una cicatrización progresiva, llegando a estar totalmente integra a las dos semanas postradioterapia.

Conclusiones

Los cuidados frecuentes de enfermería son necesarios para un correcto manejo de las toxicidades radioinducidas.

La utilización de aceites ricos en vitamina E en nuestro paciente ha sido suficiente para reducir la toxicidad aguda (grado y duración), sin necesidad de utilizar corticoides, y evitando la interrupción del tratamiento.

Es necesario la realización de ensayos clínicos que confirmen la eficacia de los aceites de vitamina E en este escenario de pacientes.

P30- TOXICIDAD AGUDA Y A MEDIO PLAZO EN TIMOMAS TRATADOS CON**De Haro Bueno, C.; Gómez Pérez, F.; Fernández Quiles, I.M.*****Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada*****Introducción**

El timoma es una neoplasia rara del mediastino, muchas veces asociada con síndromes autoinmunes, como la Miastenia Gravis. El papel de la radioterapia adyuvante es aún incierto, dada su baja incidencia en nuestro medio.

Materiales y Métodos

Entre Abril de 2011 y Enero de 2022, 13 pacientes fueron evaluados en nuestra Unidad. 6 mujeres y 7 hombres, con edades comprendidas entre 36 y 83 años. Cuatro presentaban signos de Miastenia Gravis, el resto asintomáticos. 4 de ellos fueron irresecables y 2 iniciaron Quimioterapia Neoadyuvante; 3 fueron resecados completamente, 7 resección R1. 1, etapa AI; 7 estadio II (5 IIA, 2 IIB), 5 estadio III. Histológicamente A (7%), AB (23%), B1 (15%), B3 (23%), Mix (15%), C (15%).

El tratamiento se realizó con Radioterapia conformada 3D e IMRT, dosis comprendida entre 30Gy y 70 Gy en ALE Elekta, con Cone Beam CT semanalmente para monitorear el tratamiento.

Todos los pacientes fueron evaluados a los 6 meses y al año, con un seguimiento promedio de 43 meses (6 a 122 meses).

Resultados

Se evaluó la toxicidad con la escala CTCAE: sin toxicidad (G0) en el 70%; sólo 4 de los pacientes experimentaron esofagitis G1. A los 6 meses, 1 paciente con neumonitis G1, resuelto en 1 año.

Actualmente, los pacientes operados no presentan evidencia de enfermedad (70%). El resto presentaban respuesta parcial. Sólo 1 paciente, con Carcinoma Tímico, tuvo progresión y exitus en 16 meses.

Conclusiones

La Radioterapia en Timoma es un tratamiento seguro, con una toxicidad escasa tanto a corto y medio plazo, y con clara efectividad en la enfermedad macroscópica. Todavía tenemos que evaluar el papel de la Radioterapia como tratamiento adyuvante en todos los estadios e histologías.

P31- LINFOMA WALT CONJUNTIVAL TRATADO CON RADIOTERÁPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bueno Serrano, C.M.; Romero Ruperto, F.; Rodríguez Ruiz, L.; Ginés Santiago, F.; Moreno-Manzanaro Moreno, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Introducción

Los linfocitos de la conjuntiva se consideran tejido linfoide asociado a mucosas (MALT). Pueden desarrollar lesiones linfoproliferativas como los linfomas. El linfoma MALT se encuentra englobado dentro de los linfomas no Hodgkin de células B.

Los tumores primarios de órbita son raros. El 3% de estos son linfomas y de ellos, los que afectan exclusivamente a la conjuntiva, representan el 25%. La mayoría son unilaterales.

La lesión característica de los linfomas conjuntivales es la masa rosa anaranjada salmón, en fondo de saco, sin adherencia a planos profundos.

La edad media de presentación es de 60-70 años, afectando más a las mujeres. El diagnóstico de certeza es a través de la biopsia de la lesión.

En este tipo de linfomas cuando la forma de presentación es exclusivamente oftalmológica, se incluye en el estadio I-E. En estos casos, el tratamiento local suele tener buen resultado con desaparición total de la lesión. El tratamiento aceptado por la mayoría de los autores es la Radioterapia.

Caso Clínico

Paciente varón de 55 años de edad y sin antecedentes de interés, que consulta por enrojecimiento y pérdida de visión en ojo derecho. Es valorado en el servicio de Oftalmología donde se aprecia una lesión de aspecto asalmonado en zona nasal conjuntival de OD de la que toman muestras de biopsia con resultado anatomopatológico de Linfoma B de la zona marginal CD20+, bcl2+, CD10-, CD 23-, bck6-. Fue remitido al servicio de hematología donde se realizó estudio de extensión que resultó negativo. El caso es comentado en comité multidisciplinar donde se decide tratamiento con Radioterapia. Recibió tratamiento con RT externa sobre la conjuntiva de OD con técnica de VMAT y una dosis total de 36 Gy a 180cGy/d.

La inmovilización se realizó mediante una máscara termoplástica y se colocó un bolus de 5mm entre el ojo y dicha máscara para asegurar una buena cobertura de la lesión.

Resultados

Durante el tratamiento RT el paciente presentó enrojecimiento y picor en ojo tratado que mejoró con corticoide tópico y que se resolvió pasados unos días. Al mes de finalizar la RT, en la exploración oftalmológica, la lesión del OD había desaparecido. El paciente continúa revisiones en nuestro servicio sin observarse, tras más de 2 años de seguimiento, signos de recidiva. Se encuentra asintomático y con un resultado estético excelente.

Conclusiones

Ante una lesión conjuntival, que denote cambios en la anatomía normal, es esencial realizar biopsia y pruebas inmunohistoquímicas para llegar al diagnóstico.

La Radioterapia parece ser una buena opción para el manejo de los linfomas de zona marginal extranodales conjuntivales con una buena respuesta y una toxicidad más que aceptable.



Imagen 1



Imagen 2

Imagen 1- Lesión rosa anaranjada salmón en Conjuntiva de Ojo Derecho

Imagen 2- Inmovilización durante el tratamiento RT



Imagen 3

Imagen 3- Toxicidad durante el tratamiento RT

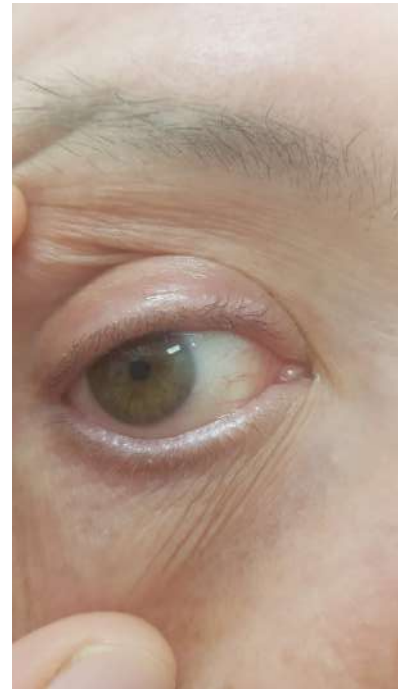


Imagen 4

Imagen 4- Revisión al mes de finalizada la RT

P32- SBRT EN METÁSTASIS ÓSEAS. SERIE INICIAL DEL NUEVO PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO

Lazo Prados, A.; Blasco Walls, P.; Hernández Uribe, V.C.; Castillo Pérez, I.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

Las metástasis óseas son la causa más frecuente de dolor en cáncer. Tradicionalmente, el objetivo principal de la radioterapia (RT) sobre estas lesiones era aliviar. Es un tratamiento efectivo antiálgico y también en control local (CL) prolongado con dosis ablativas. En este sentido, la SBRT sobre lesiones óseas es segura y eficaz, pudiendo mejorar la supervivencia libre de progresión (SLP) y/o global (SG) en enfermedad oligometastásica (EOM).

Objetivos

Comunicar resultados en términos de CL y supervivencia de los primeros tratamientos con SBRT de lesiones óseas, así como localizaciones y esquemas empleados en nuestro Servicio.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de los casos tratados en pacientes con EOM (hasta 5 lesiones extracraneales) desde 2020 a la actualidad. El tratamiento se realizó en un ALE Elekta Infinity® con control diario por TC ConeBeam, en mesa HexaPOD™ con 6 grados de libertad de movimiento. La planificación se realizó con imágenes de TC con fusión con RM para el contorneo de los volúmenes. Se emplea TC4D para lesiones móviles e inmovilización por máscara termoplástica en lesiones por encima de T4-5 o colchón de vacío/Moldcare® sobre sistema eXaCradle® en lesiones por debajo de T5. Se han analizado estadísticos descriptivos, supervivencia y toxicidad con el software SPSS.

Resultados

Hasta el momento, se han tratado 15 pacientes con una mediana de edad de 71 años (40-76), 17 lesiones (5 vertebrales y 12 no-vertebrales). El origen tumoral más frecuente fue mama (5 casos) y próstata (5), seguidos de pulmón (3 caso). Con una mediana de seguimiento de 6 meses (1-18 meses), el CL es 100%, SLP 66% y SG 80%, con dos pacientes fallecidos por progresión de la enfermedad y otro por causa no oncológica. El tratamiento se realizó con esquemas de 1-5 sesiones con una dosis total de 12 a 35Gy, siendo el fraccionamiento más común 30Gy en 5 sesiones de 6Gy a días alternos. La toxicidad más frecuente fue exacerbación de dolor inicial, sin otros efectos destacables.

Conclusiones

Siendo conscientes del corto seguimiento , la SBRT muestra un alto CL y esperanzadores resultados en supervivencia en combinación con tratamiento sistémico. Son necesarias una muestra y seguimiento mayores para obtener datos más robustos, así como para determinar posibles factores predictores de respuesta.

P33- TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRAL QUÍSTICA ÚNICA EN CARCINOMA SEROSO DE CUARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bermejo Moreno, J.F.; Portillo González, J.A.; Pérez, J.C.; Peña Perea, M.T.; Blanco Villar, M.L.; Serradilla Gil, A.; Ruiz García, M.V.; Gómez Oliveros, J.A.; Cano Soler, C.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

Las lesiones cerebrales metastásicas en las enfermedades ginecológicas malignas son poco frecuentes, en el caso de los cánceres de ovario ocurren en alrededor del 0,3 al 11,6% de los casos.

Objetivos

Describir un caso clínico de una paciente tratada en nuestro servicio por una metástasis cerebral quística de un carcinoma seroso tuboovárico.

Metodología

Caso clínico: Paciente de 54 años, con antecedente de carcinoma seroso de alto grado tuboovárico, con implantes hepáticos, diagnosticado un año antes, y tratado con quimioterapia y posterior cirugía.

La paciente acude a urgencias 8 meses después del tratamiento, por clínica neurológica. A su vez, destaca elevación de CA125 (592).

En RM se detecta una masa quística, de 34 x 26mm de diámetro, en lóbulo frontal izquierdo. Presenta realce en anillo, homogéneo y fino, con edema vasogénico.

La lesión es compatible con metástasis quística de carcinoma ovárico.

Se contacta con Oncología Radioterápica para valoración de tratamiento.

Se realiza tratamiento con RT. Se administra una dosis de 30 Gy, en 5 sesiones de 600 cGy, una fracción al día, 5 días a la semana, sobre PTV que comprende lesión más margen de seguridad.

La tolerancia al tratamiento fue buena y no apareció toxicidad al tratamiento.

Resultados

La paciente ha realizado seguimiento con RM semestral durante los 18 meses posteriores al tratamiento.

Se ha producido una disminución gradual del tamaño de la lesión. En la actualidad, la reducción es del 50% (17 x 11 x 10mm).

El estado general de la paciente se mantiene estable.

Conclusiones

El cáncer de ovario tiene la tasa de mortalidad más alta entre los tumores malignos ginecológicos. La mayoría de las pacientes con carcinoma ovárico son diagnosticadas en una etapa avanzada de la enfermedad, con una tasa de supervivencia al año inferior al 50%. Las metástasis cerebrales de carcinoma de ovario son muy poco frecuentes, con una incidencia estimada en torno al 1-2%. Su aparición está aumentando en los últimos años posiblemente debido a los avances en las pruebas de imagen y la mayor supervivencia del cáncer de ovario primario. La Radioterapia es una opción para el tratamiento de estas lesiones, con poca toxicidad y buenos resultados.

P34- USO DE LA VITAMINA E TÓPICA EN LA TOXICIDAD DE CETUXIMAB ASOCIADO A LA RADIOTERAPIA EN TUMOR DE CABEZA Y CUELLO

Peña Perea, M.T.; Portillo González, J.A.; Blanco Villar, M.L.; Pérez, J.C.; Bermejo Moreno, J.F.; Serradilla Gil, A.; Villegas Sánchez, A.(Enfermera)
Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

El cáncer de cabeza y cuello representa un 5% de todos los tumores. Aunque los pilares del tratamiento son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, existen nuevos tratamientos, como el Cetuximab que en combinación con radioterapia aumenta la supervivencia. Mas de un 80% de los pacientes que lo reciben, presentan efectos tóxicos orales y cutáneos que son transitorios, solo son graves en un 15%, siendo necesario suspender el tratamiento. Según las guías clínicas, en la toxicidad grado 2 y 3, el manejo es tópico con corticoides, agentes hidratantes y antibióticos. Entre los agentes de uso tópico, esta la vitamina E, nutriente liposoluble, que actúa como antioxidante de fácil aplicación, absorción con efecto calmante e hidratante.

Objetivos

Describir en un caso clínico el uso de la vitamina E en la toxicidad del cetuximab asociado a la radioterapia en tumor de cabeza y cuello.

Métodos

Mujer de 73 años pluripatológica, diagnosticada de carcinoma epidermoide de lengua cT3 cN2b M0, no candidata a cirugía. Recibe radioterapia externa concomitante con cetuximab, tras 15 días de tratamiento, presenta mucositis, epitelitis grado 2 -3, disfagia y dolor de difícil control, que requiere colocación de sonda nasogástrica, corticoides y analgesia de tercer escalón. A pesar de las curas diarias con blastoestimulina y linitul, aumentan las lesiones acneiformes, el dolor local y signos de sobreinfección. Se ajusta analgesia, inicia antibioterapia endovenosa y curas exclusivamente con Vitamina E oral (Vea Oris) en la cavidad oral incluyendo labios, y Vitamina E pura nebulizada (Vea Spray) sobre cuello y espalda, tres a cuatro veces al día durante dos meses.

Resultados

Al completar 12 semanas con la vitamina E, se evidencia recuperación completa toxicidad de la mucosa oral y cutánea.

Conclusiones

El Cetuximab en combinación con la radioterapia aumenta la supervivencia, pero potencia la toxicidad oral y cutánea.

El uso exclusivo de la vitamina E en las curas diarias, nos confirma que es un agente tópico que aporta excelente hidratación, recuperación de la elasticidad de la piel y de la mucosa oral.

Se recomienda el uso de la vitamina E oral y nebulizada, antes, durante y después de la radioterapia sola o combinada con otras terapias sistémicas.

P35- ANÁLISIS DE TOXICIDAD DEL ESQUEMA DE 15 SESIONES DIARIAS DE RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA

Vaya González, L.; Linares Mesa, N.A.; Domínguez Rodríguez, M.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.

Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción

En 2020 la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en ambos sexos fue la de mama. Con respecto a la mortalidad, representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en nuestro país.

El cáncer de mama puede clasificarse según la 8^o edición de la AJCC publicada en 2017 y según sus características moleculares.

Dentro de un Servicio de Oncología Radioterápica, el cáncer de mama representa entre el 25 - 30% de la carga de trabajo anual ya que aproximadamente 8 de cada 10 pacientes reciben tratamiento radioterápico (RT).

A lo largo del tiempo, el tratamiento de dicha patología ha sufrido una importante evolución. Inicialmente, durante años el fraccionamiento convencional consistió en 25 sesiones (START A, 50/2 Gy) y gracias a las nuevas técnicas se ha podido establecer como estándar un hipofraccionamiento moderado de 15 sesiones (START B, 40/2,67 Gy).

Objetivos

Demostrar que en mujeres con cáncer de mama intervenidas y tratadas con radioterapia adyuvante, el esquema de fraccionamiento basado en 15 sesiones durante 3 semanas (sesión diaria) es seguro en términos de toxicidad.

Material y Métodos

- Estudio observacional retrospectivo, de un solo centro, en el que participaron 50 mujeres con cáncer de mama no seleccionadas, tratadas con radioterapia adyuvante con el fraccionamiento de 40 Gy/15 fracciones en 3 semanas.
- La toxicidad (evaluada por médicos / enfermeras mediante RTOG / CTCAE Score al final del tratamiento, un mes y seis meses después) fue recogida de la historia clínica de las pacientes.

Resultados

- Seguimiento medio: 9 meses
- Edad media: 54 años
- Clasificación TNM → cT: 0% cTx, 50% cT1, 20% cT2, 22% cT3 y 8% cT4 // cN +: 30%.
- Tipo de cirugía → Tumorectomía: 62%. // Mastectomía 38%. // Linfadenectomía: 36%.
- Boost: 22%.
- RT sobre FSC + nivel III: 54%.
- Toxicidad cutánea aguda: 70%.
- Odinofagia aguda: 16%.
- Toxicidad tardía (induración, edema, deformidad-distorsión, telangiectasias e hiperpigmentación): 26% de induración, 6% de edema, 8% de deformidad-distorsión, 0% de telangiectasias y 4% de hiperpigmentación.

Conclusiones

En cuanto a toxicidad al final del tratamiento, la más frecuente fue la radiodermitis grado 1, seguida de la odinofagia leve. Ambos síntomas mejoraron durante el siguiente mes, casi resolviéndose por completo.

Con respecto a la toxicidad tardía, el efecto secundario más frecuente fue la induración, hecho que podría explicarse dado que se realizaron más tumorectomías que mastectomías.

Por ello podemos afirmar que no se han detectado toxicidades clínicamente relevantes, siendo por tanto un tratamiento seguro y bien tolerado.

Tabla 1: Clasificación TNM clínica y patológica

	cT		pT
cTx	0 (0%)	pTx	1 (2%)
		pT0	5 (10%)
		pTis	6 (12%)
cT1	25 (50%)	pT1mi	3 (6%)
		pT1a	1 (2%)
		pT1b	5 (10%)
		pT1c	16 (32%)
cT2	10 (20%)	pT2	10 (20%)
cT3	11 (22%)	pT3	1 (2%)
cT4	4 (8%)	pT4a	1 (2%)
		pT4b	1 (2%)

	cN
cNx	0 (0%)
cN0	35 (70%)
cN1	11 (22%)
cN2	4 (8%)

Tabla 2: Clasificación según tipo de cirugía

	TIPO DE CIRUGÍA
Tumorectomía	31 (62%)
Mastectomía	19 (38%)

Tabla 3: Clasificación según realización de linfadenectomía

	LINFADENECTOMÍA
No	32 (64%)
Sí	18 (36%)

Tabla 4: Clasificación según RT recibida

	RT SOBRE FSC + NIVEL III
No	23 (46%)
Sí	27 (54%)

	BOOST
No	39 (78%)
Sí	11 (22%)

Tabla 5: Clasificación toxicidad al fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD AGUDA AL FIN RT		
Radiodermatitis	Ninguna	19 (38%)
	Grado 1	23 (46%)
	Grado 2	7 (14%)
	Grado 3	1 (2%)
	Grado 4	0 (0%)
Odinofagia	Nada	42 (84%)
	Leve	8 (16%)
	Moderada	0 (0%)
	Grave	0 (0%)

Tabla 6: Clasificación toxicidad aguda al mes del fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD AGUDA 1 MES TRAS FIN RT		
Radiodermatitis	Ninguna	38 (76%)
	Grado 1	9 (18%)
	Grado 2	3 (6%)
	Grado 3	0 (0%)
	Grado 4	0 (0%)
Odinofagia	Nada	49 (98%)
	Leve	1 (2%)
	Moderada	0 (0%)
	Grave	0 (0%)

Tabla 7: Clasificación toxicidad a los 6 meses del fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD TARDÍA (6 MESES TRAS FIN RT)		
Induración	Ninguna	36 (72%)
	Grado 1	7 (14%)
	Grado 2	4 (8%)
	Grado 3	2 (4%)
	Desconocido	0 (0%)
	No aplicable	1 (2%)
Edema	Ninguna	46 (92%)
	Grado 1	3 (6%)
	Grado 2	0 (0%)
	Desconocido	0 (0%)
	No aplicable	1 (2%)
Deformidad / Distorsión	Ninguna	45 (90%)
	Grado 1	1 (2%)
	Grado 2	2 (4%)
	Grado 3	1 (2%)
	Grado 4	0 (0%)
	Desconocido	0 (0%)
	No aplicable	1 (2%)
Telangiectasias	Ninguna	49 (98%)
	Grado 1	0 (0%)
	Grado 2	0 (0%)
	Grado 3	0 (0%)
	Desconocido	0 (0%)
	No aplicable	1 (2%)
Hiperpigmentación	No	47 (94%)
	Transitoria	0 (0%)
	Permanente	2 (4%)
	Desconocido	0 (0%)
	No aplicable	1 (2%)

P36- ANÁLISIS DE TOXICIDAD DEL ESQUEMA DE 5 SESIONES SEMANALES DE RADIOTERAPIA ADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA

Vaya González, L.; Linares Mesa, N.A.; Domínguez Rodríguez, M.; Iglesias Melero, C.; Rico Pérez, J.M.

Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción

El tratamiento del cáncer de mama ha sufrido una importante evolución a lo largo del tiempo. Durante años el fraccionamiento convencional consistió en 25 sesiones (START A, 50/2 Gy) y gracias a las nuevas técnicas se ha podido establecer como estándar un hipofraccionamiento moderado de 15 sesiones (START B, 40/2,67 Gy) sin aumentar la toxicidad y con la misma eficacia.

Actualmente, se ha propuesto un nuevo fraccionamiento en 5 sesiones, con los estudios FAST y FAST FOWARD. El primero compara 50/2 Gy en 25 sesiones vs 30/6 Gy en 5 sesiones vs 28,5/5,7 Gy en 5 sesiones (los dos últimos esquemas durante 5 semanas, una sesión semanal), mientras que el segundo estudio analiza 40/2,67 Gy vs 27/5,4 Gy vs 26/5,2 Gy.

Objetivo

Demostrar que en mujeres con cáncer de mama intervenidas y tratadas con radioterapia adyuvante, el esquema de fraccionamiento basado en 5 sesiones durante 5 semanas (sesión semanal) es seguro en términos de toxicidad.

Material y Métodos

- Estudio observacional retrospectivo, de un solo centro, en el que participaron 50 mujeres con cáncer de mama no seleccionadas, tratadas con radioterapia adyuvante con el fraccionamiento de 28,5 Gy/5 fracciones en 5 semanas.
- La toxicidad (evaluada por médicos / enfermeras mediante RTOG / CTCAE Score al final del tratamiento, un mes y seis meses después) fue recogida de la historia clínica de las pacientes.

Resultados

- Seguimiento medio: 15 meses
- Edad media: 64 años
- Clasificación TNM → cT: 6% cTx, 60% cT1, 30% cT2, 2% cT3 y 2% cT4. // cN +: 8%.
- Tipo de cirugía → Tumorectomía: 92%. // Mastectomía: 8%. // Linfadenectomía: 14%.
- Boost: 2%.
- RT sobre FSC + nivel III: 14%.
- Toxicidad cutánea aguda: 60%.
- Odinofagia aguda: 2%.

- Toxicidad tardía (induración, edema, deformidad-distorsión, telangiectasias e hiperpigmentación): 46% de induración, 8% de edema, 10% de deformidad-distorsión, 0% de telangiectasias y 8% de hiperpigmentación.

Conclusiones

El número de tumorectomías fue significativamente mayor que de mastectomías, lo que podría explicar la induración, aunque leve, que presentaron las pacientes.

Con respecto a la toxicidad al fin del tratamiento, aunque un 60% presentó radiodermatitis esta fue de grado 1 principalmente, al igual que la odinofagia que fue de carácter leve. En ambos casos dicha clínica mejoró al mes de haber finalizado el tratamiento, desapareciendo en el caso de la odinofagia.

Por tanto al ser un tratamiento seguro y bien tolerado, las ventajas para las pacientes y para la organización derivadas del menor número de asistencias de las mujeres a nuestras instalaciones, ha animado a nuestro servicio a persistir en la estrategia del hipofraccionamiento.

Tabla 1: Clasificación TNM clínica y patológica

	cT		pT
cTx	3 (6%)	pTx	0 (0%)
		pT0	0 (0%)
		pTis	2 (4%)
cT1	30 (60%)	pT1mi	1 (2%)
		pT1a	1 (2%)
		pT1b	6 (12%)
		pT1c	28 (56%)
cT2	15 (30%)	pT2	12 (24%)
cT3	1 (2%)	pT3	0 (0%)
cT4	1 (2%)	pT4a	0 (0%)
		pT4b	0 (0%)

	cN		pN
cNx	2 (4%)	pNx	1 (2%)
cN0	44 (88%)	pN0	38 (76%)
cN1	2 (4%)	pN1	11 (22%)
cN2	2 (4%)	pN2	0 (0%)

Tabla 2: Clasificación según tipo de cirugía

	TIPO DE CIRUGÍA
Tumorectomía	46 (92%)
Mastectomía	4 (8%)

Tabla 3: Clasificación según realización de linfadenectomía

	LINFADENECTOMÍA
No	43 (86%)
Sí	7 (14%)

Tabla 4: Clasificación según RT recibida

	RT SOBRE FSC + NIVEL III
No	43 (86%)
Sí	7 (14%)

	BOOST
No	49 (98%)
Sí	1 (2%)

Tabla 5: Clasificación toxicidad aguda al fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD AGUDA AL FIN RT		
Radiodermatitis	Ninguna	23 (46%)
	Grado 1	19 (38%)
	Grado 2	8 (16%)
	Grado 3	0 (0%)
	Grado 4	0 (0%)
Odinofagia	Nada	49 (98%)
	Leve	1 (2%)
	Moderada	0 (0%)
	Grave	0 (0%)

Tabla 6: Clasificación toxicidad aguda al mes del fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD AGUDA 1 MES TRAS FIN RT		
Radiodermatitis	Ninguna	37 (74%)
	Grado 1	11 (22%)
	Grado 2	2 (4%)
	Grado 3	0 (0%)
	Grado 4	0 (0%)
Odinofagia	Nada	50 (100%)
	Leve	0 (0%)
	Moderada	0 (0%)
	Grave	0 (0%)

Tabla 7: Clasificación toxicidad a los 6 meses del fin del tratamiento radioterápico

TOXICIDAD TARDÍA (6 MESES TRAS FIN RT)		
Induración	Ninguna	24 (48%)
	Grado 1	20 (40%)
	Grado 2	3 (6%)
	Grado 3	0 (0%)
	Desconocido	3 (6%)
	No aplicable	0 (0%)
Edema	Ninguna	43 (86%)
	Grado 1	4 (8%)
	Grado 2	0 (0%)
	Desconocido	3 (6%)
	No aplicable	0 (0%)
Deformidad / Distorsión	Ninguna	42 (84%)
	Grado 1	2 (4%)
	Grado 2	3 (6%)
	Grado 3	0 (0%)
	Grado 4	0 (0%)
	Desconocido	3 (6%)
	No aplicable	0 (0%)
Telangiectasias	Ninguna	47 (94%)
	Grado 1	0 (0%)
	Grado 2	0 (0%)
	Grado 3	0 (0%)
	Desconocido	3 (6%)
	No aplicable	0 (0%)
Hiperpigmentación	No	43 (86%)
	Transitoria	0 (0%)
	Permanente	4 (8%)
	Desconocido	3 (6%)
	No aplicable	0 (0%)

P37- EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE HIPERTERMIA ONCOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA EN MÁLAGA

Contreras Martínez, J.; Priego, R.; Flores, A.

Servicio de ORT GenesisCare. Málaga

Introducción

La hipertermia locoregional profunda consiste en el aumento de la temperatura entre 40-42° C en la zona donde se localiza el tumor, de forma complementaria a los tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia con el objetivo de potenciar los resultados del tratamiento convencional así como la tolerancia.

En GenesisCare Málaga disponemos de un equipo de hipertemia locoregional profunda mediante un equipo de radiofrecuencia capacitiva (Andromedic).

Objetivos y Metodología: Desde la apertura de la unidad en mayo 2018 hasta la actualidad se han tratado 27 pacientes (14 varones y 13 mujeres), con diferentes diagnósticos oncológicos: Cáncer de páncreas (3), glioblastomas multiformes (9), cancer de mama incluida pared costal (5), cáncer de laringe (2), vejiga (2), metástasis óseas en diferentes localizaciones (3), cáncer de hígado (1), cáncer de pulmón (2), sarcoma de pelvis (1), cáncer de recto (1).

Descripción

Disponemos de una sala habilitada para el tratamiento con un equipo de hipertemia de radiofrecuencia capacitiva (Hy-deep 500) con aplicadores de diferentes tamaños y una cama especial articulada.

La duración media de las sesiones es 60 minutos aproximadamente, iniciando la primera sesión de Hipertermia en los días-horas previas al comienzo de la Radioterapia, administrando dos sesiones/semana durante el curso de la irradiación y añadiendo una sesión final tras acabar la Radioterapia. En función de la localización y tamaño de las lesiones a tratar se emplean unos aplicadores u otros con el objetivo de cubrir el mayor volumen posible que debe alcanzar la temperatura prevista (40-42°C), con incrementos de la intensidad de la radiofrecuencia progresivos (aproximadamente cada 10 minutos) hasta alcanzar los valores recomendados según cada patología y localización.

La tolerancia de los 27 pacientes tratado ha sido excelente y absolutamente indolora, además en algunos casos los pacientes reflejaron una reducción subjetiva de la toxicidad de la Radioterapia, quizás explicado por el hecho de que la hipertermia incrementa la perfusión sanguínea, con el consiguiente mejor aporte de fármacos, oxigenación y a su vez relajación muscular.

Conclusiones

A la luz de nuestra experiencia podemos afirmar que el uso de la hipertemia oncológica es factible, es un tratamiento bien tolerado, cómodo para los pacientes y profesionales, con la unidad utilizada no ha implicado un mayor consumo de recursos y su objetivo final, en combinación con la Radioterapia y/o quimioterapia es (a la luz de la bibliografía disponible) aumentar la eficacia de estos tratamiento mediante la potenciación de sus efectos.

P38- TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN CÁNCER DE RECTO OLIGOMETASTÁSICO

Blasco Valls, P.; Sepe, A.; Chacón Mcweeny, V.; Castillo Pérez, I.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más diagnosticado y el segundo en mortalidad por cáncer en Europa (1). La proporción de casos de cáncer de recto oscila entre un 27-58% (2). En los estadios localmente avanzados el tratamiento de elección consiste en la neoadyuvancia (radioterapia con o sin quimioterapia) previa cirugía mesorrectal completa.

Aproximadamente el 20 % de los pacientes presentan enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico, y hasta la mitad de los pacientes tratados radicalmente desarrollarán metástasis. 60 a 71% de las metástasis colorrectales ocurren en el hígado, 25 a 40% en el pulmón (3).

En 1995 Hellmann y Wiechselbaum introdujeron el término "oligometástasis" y desde entonces es ampliamente aceptado en la literatura y la práctica clínica. Describe un estado en el que la enfermedad se encuentra en un estado intermedio entre localizada y generalizada, debido a una capacidad aún limitada para metastatizar. Explica por qué es razonable tratar las metástasis en cáncer colorrectal con intención curativa.

El alto número de pacientes que no son candidatos a tratamiento quirúrgico obligó al desarrollo de otras modalidades de tratamiento, como la ablación por radiofrecuencia (RFA) y la SBRT (stereotactic body radiotherapy). La SBRT supone la administración de dosis de radiación elevadas en un pequeño número de fracciones en un volumen reducido.

Es en estos casos, pacientes oligometastásicos con comorbilidades en los que se descarta el tratamiento quirúrgico de las metástasis, en los que debemos realizar un abordaje multidisciplinar para integrar las distintas técnicas terapéuticas y realizar una propuesta de tratamiento adecuada a la situación particular de la enfermedad y de las características del paciente.

Objetivos

Analizamos un caso en nuestra experiencia clínica en el que la labor del Comité Multidisciplinar es esencial para determinar el plan terapéutico para un paciente con diagnóstico de cáncer de recto oligometastásico.

Caso Clínico

Varón de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia, obesidad, disfunción biventricular severa de probable etiología enólica vs taquimiopatía en tratamiento domiciliario con rivaroxaban, bisoprolol, atorvastatina, espironolactona, furosemida, glicazida, metformina, valsartan/sacubitrilo.

Presenta antecedente oncológico de cáncer de recto a 9 cm, sin neoadyuvancia, intervenido en julio 2019 con resultado de anatomopatológico de adenocarcinoma de recto pT2N0M0. Rodetes libres pero margen distal con adenoma vellosos con displasia grave.

En TAC de enero 2020 de estudio de extensión se observan micro nódulos pulmonares inespecíficos a controlar y 3 lesiones dudosas hepáticas a valorar mediante RMN. En colonoscopia de control del 18/02/2020 se evidencia persistencia del adenoma a 8 cm con anatomía patológica de displasia intraepitelial de alto grado/Ca "in situ" con pólipo en ciego NICE2 no resecable endoscópicamente.

Se programa el 13/05/2020 hemicolectomía derecha abierta por pólipo irresecable en ciego así como resección trasanal del carcinoma in situ a 8 cm del margen anal externo. Los resultados anatomopatológicos de estas intervenciones muestran adenoma tubular en ciego y dos adenocarcinomas rectales, un insitu a 8 cm del margen anal y un adenocarcinoma moderadamente diferenciado a 2 cm del margen anal, de 1.1 cm de dimensiones máximas, que infiltra toda la pared intestinal alcanzando focalmente tejido graso periintestinal (pT3), invasión vascular / linfática: no identificada, invasión perineural: no identificada, "budding" tumoral: bajo, márgenes de resección laterales: libres a 4.19 mm y 08 mm, margen de resección profundo (correspondiente a tejido adiposo periintestinal): libre a 10.1 mm.

Presentado con estos resultados en Comité Multidisciplinar de tumores colorrectales se decide actualizar estudio de extensión y realizar tratamiento radioquimioterápico del adenocarcinoma rectal.

En la TC de reevaluación se observa persistencia sin cambios de los nódulos pulmonares descritos, con presencia de otro subpleural en el segmento posterior del LSD, que ha aumentado de tamaño respecto a TC previa (actualmente 5 mm y en el previo 2.5 mm); y persistencia sin cambios de las lesiones de los segmentos VII y IVb hepáticas con disminución de tamaño de la localizada en el segmento VI. Se completa el estudio con RM hepática en la que se informa de lesión focal hepática en segmento VII compatible con metástasis.

Entre los días 13/07/2020 y 14/08/2020 el paciente recibe tratamiento radioterápico concomitante con Capecitabina ajustada a superficie corporal con excelente tolerancia, encontrándose bien, sin dolor abdominal, con hábito intestinal conservado y mínimas molestias en zona perianal.

El 18/08/2020 se realiza valoración ecográfica de la lesión hepática, y ante los antecedentes médico quirúrgicos del paciente se decide realizar ablación con radiofrecuencia el día 10/09/2020.

Se solicita en octubre de 2020 control por TC tras realización del tratamiento sobre la metástasis hepática, observándose cambios post-termoablación de lesión en segmento 7 con lóculo postquirúrgico de 39 x 37 mm y aumento de tamaño del nódulo subpleural en LSD respecto a estudio previo sugestivo de progresión de la enfermedad.

Presentado el caso en Comité de Tumores Torácicos para valorar tratamiento sobre metástasis pulmonar, se solicitan pruebas funcionales y ergoespirometría. Se descarta realizar cirugía de la lesión pulmonar con sus resultados y se propone SBRT pulmonar.

Previo planificación de tratamiento SBRT se obtiene estudio TC en el que se aprecia dudosa lesión focal hepática localizada inmediatamente anterior a los cambios post-termoablación del segmento 7 a valorar completar con RM y aumento de tamaño del nódulo subpleural en LSD a tratar radioterápicamente.

Por tanto, se planifica SBRT pulmonar 50 Gy a 10 Gy/fracción sobre nódulo en LSD con excelente tolerancia que finaliza el 07/06/2021.

Se actualiza estudio RM hepático observándose la aparición leve crecimiento de lesión hepática en segmento 6. Dada la excelente tolerancia al tratamiento previo se propone nueva radiofrecuencia la cual se lleva a cabo el 15/07/2021, sin incidencias.

Resultados

En los sucesivos controles radiológicos, hasta diciembre de 2021 el paciente se encuentra libre de progresión local y a distancia, con excelente calidad de vida, sin toxicidades y libre de tratamiento sistémico 24 meses tras ser diagnosticado como estadio IV.

Discusión

Los avances en diagnóstico y tratamiento oncológico nos permiten detectar pacientes con enfermedad metastásica en etapas más precoces que son candidatos a un tratamiento local de las metástasis identificadas. En concreto, en la enfermedad oligometastásica nos permite un control de la enfermedad en algunos casos sin necesidad de la administración de tratamientos sistémicos suponiendo esto una mejora en la calidad de los pacientes así como una mejor gestión de los recursos y de las líneas de tratamiento para etapas más avanzadas.

Bibliografía

1. Brenner H, Bouvier AM, Foschi R, et al. Progress in colorectal cancer survival in Europe from the late 1980s to the early 21st century: the EURO CARE study. *Int J Cancer*. 2012; 131(7): p. 1649-58.
2. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013; 49(6): p. 1374-1403.
3. van der Geest L. G. et al.. Nationwide trends in incidence, treatment and survival of colorectal cancer patients with synchronous metastases. *Clinical & experimental metastasis* 32, 457-465,

P39- ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE IRRADIACIÓN ELECTIVA DE MAMARIA INTERNA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: INDICACIONES

Pérez, J.C.; Peña Perea, M.T.; Serradilla Gil, A.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

La irradiación electiva de la Mamaria Interna (IEMI) en pacientes con Cáncer de Mama siempre ha sido un reto para el Oncólogo Radioterápico. La bibliografía es diversa, y en algunos casos contradictoria, lo que nos hace plantearnos la necesidad de revisar y actualizar nuestros protocolos de actuación.

Objetivos

Elaborar/Actualizar nuestro protocolo de actuación en relación con las indicaciones de IEMI en pacientes con Cáncer de Mama.

Métodos

Estudio observacional descriptivo, mediante la revisión sistemática en bases de datos bibliográficas (PubMed/MEDLINE, SCOPUS, COCHRANE).

Resultados

Los dos estudios de referencia han sido el Canadiense¹ y el de la EORTC 22925/10925², en ellos se concluye que hay beneficio en SLE cuando se asocia RT regional ganglionar en pacientes con ganglios positivos y en pacientes con ganglios negativos de muy alto riesgo. Incluso en 2020 se publica una actualización a 15 años del estudio de la EORTC 22925/10925³ donde además se confirma que la irradiación regional ganglionar reduce significativamente la recurrencia y mortalidad específica por cáncer de mama. Sin embargo, la gran crítica radica que el tipo de RT nodal incluía FSC y MI en todos los casos, con lo que es imposible definir el papel específico de la IEMI y su contribución.

En 2021 se publica el estudio Coreano⁴, un EC randomizado fase 3, que incluye 747 pacientes con cáncer de mama y ganglios axilares positivos tras cirugía (CC/Mastectomía +LAX). Uno de los grupos recibe IEMI y el otro no. El objetivo principal del estudio era valorar la tasa de SLE a 7 años, no encontrando diferencias significativas 81,9% (sin) vs 85,3% (con) HR 0,80 (95% IC 0.57-1.14) p:0.22.

En el análisis por subgrupos hay un dato relevante en relación con la localización tumoral, las pacientes con lesiones mediocentrales si se benefician de IEMI, se obtiene una SLE a 7 años de 81.6% (no MI) vs 91.8% (si MI) HR 0.42 (95% IC 0.22-0.82) p:0.03.

En cuanto al tamaño tumoral y al grado de afectación axilar (T3-T4, N2-3) pudiera considerarse algún beneficio, sin embargo, no es estadísticamente significativo.

Y en relación con SG, aunque fue un objetivo secundario, tampoco hubo diferencias significativas 88.2% (con) vs 89.4% (sin) HR 0,87 (95% IC 0.57-1.31) p:0.5.

Conclusiones

La IEMI sigue siendo motivo de debate en los Servicios de Oncología Radioterápica. La propuesta de nuestro grupo de trabajo es valorar la indicación de IEMI en pacientes con tumores mediocentrales, independientemente de la edad de estas. Nos atrevemos a plantear un cambio en nuestra práctica clínica diaria. Esta decisión siempre quedará supeditada al criterio del facultativo o del equipo multidisciplinar responsable.

Bibliografía

1. Whelan, T. et al. Regional Nodal Irradiation in Early Stage Breast Cancer. *N Engl J Med* 2015; 373:307-316 doi: 10.1056/NEJMoa1415340
2. Poortmans PM, et al. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015;373(4):317-327 doi:10.1056/NEJMoa1415369
3. Poortmans PM, et al. Internal mammary and medial supraclavicular lymph node chain irradiation in stage I-III breast cancer (EORTC 22922/10925): 15-year results of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2020;21(12):1602-1610. doi:10.1016/S1470-2045(20)30472-1
4. Kim YB, et al. Effect of Elective Internal Mammary Node Irradiation on Disease-Free Survival in Women With Node-Positive Breast Cancer: A Randomized Phase 3 Clinical Trial. *JAMA Oncol*. Published online October 25, 2021. doi:10.1001/jamaoncol.2021.6036

P40- CARCINOMA DUCTAL SALIVAL HER2+: ¿ES LA RADIOTERÁPIA UNA OPCIÓN?

Macías Lozano, M.J.; Gutiérrez Bayard, L.; Jaén Olasolo, J.

Servicio de ORT Hospital U. Puerta del Mar y Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

Introducción

El carcinoma ductal de las glándulas salivales (CDS) es un adenocarcinoma muy poco frecuente generado a partir de las células del conducto excretor glandular. En relación con los factores de mal pronóstico destacan el tamaño tumoral, la afectación ganglionar, las metástasis a distancia y la expresión de Her-2.

Objetivo

Presentamos un caso poco frecuente de un paciente con carcinoma ductal salival Her-2+ tratado mediante cirugía, radioquimioterapia adyuvante y trastuzumab.

Metodología

Varón de 64 años con hallazgo de tumoración parotídea izquierda visualizado mediante TC cuello de 19x16x13 mm con pequeñas calcificaciones y adenopatías laterocervicales y una intraparotídea izquierda. Se le realizaron 3 PAAF: citología hipocelular con escasos grupos epiteliales con atipia citológica sospechosos de malignidad. Estudio toraco-abdominopélvico sin hallazgos destacables.

Se presentó el caso en el Comité Multidisciplinar, interviniéndose mediante parotidectomía total y reconstrucción con colgajo de SMAS. Diagnóstico anatomopatológico CDS pT2pN0M0 con margen a 0.1 cm del borde quirúrgico periférico. En el resultado inmunohistoquímico las células tumorales eran positivas para HER2. Posteriormente se indicó adyuvancia con radioterapia, quimioterapia y trastuzumab recibiendo una dosis de 61.6 Gy en lecho tumoral y 50.4 Gy sobre cadenas ipsilaterales en 28 fracciones, mediante técnica IMRT. Tratamiento quimioterápico: 6 ciclos con docetaxel- carboplatino y trastuzumab durante 11 meses cada 21 días.

Resultados

La tolerancia al tratamiento fue buena presentando como toxicidad aguda radioquimioinducida: dermatitis, mucositis, odinofagia, xerostomía, disgeusia y ótica todas G1, según los criterios comunes de eventos adversos (CTCAE) v5.

Conclusiones

La radioterapia proporciona un excelente control locorregional y supervivencia en pacientes con CDS HER2+. Después de 6 años del diagnóstico, el paciente está libre de enfermedad sin recidiva local ni a distancia.

P41- CONTROL SINTOMÁTICO CON RADIOTERAPIA EXTERNA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO NO SUSCEPTIBLE DE TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA

Rodríguez Ruiz, L.; Romero Ruperto, F.; Ruiz Palma, E.; Camus Martínez, J.A.; Rodríguez Liñán, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Introducción

El cáncer de esófago es el 8º cáncer más frecuente a nivel mundial y el 6º con mayor mortalidad. Es común en pacientes de edad avanzada, siendo el subtipo Epidermoide el tipo histológico más frecuente seguido del Adenocarcinoma. Los síntomas principales que produce son disfagia y hematemesis. La Radioterapia Externa (RTE) es una opción terapéutica para paliar estos síntomas. La limitada supervivencia de estos pacientes y que mayormente mantienen tratamiento sistémico hace plantear el beneficio de asociar una radioterapia paliativa/sintomática.

Objetivos

Evaluar el beneficio de la RTE paliativa en síntomas asociados al cáncer de esófago avanzado.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer de esófago avanzado tratados con RTE paliativa en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba entre los años 2013 y 2021.

Resultados

33 pacientes (30 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 71.9 años, fueron tratados con RTE paliativa por sintomatología causada por cáncer de esófago avanzado. El tipo histológico más frecuente fue Epidermoide (51.5%), seguido de Adenocarcinoma (45.5%) y sólo hubo un caso Indiferenciado (3%). La localización más frecuente fue esófago distal (48.5%) seguido de esófago medio (21.2%).

La RTE se aplicó para paliar los síntomas de disfagia, presente en todos los pacientes, y adicionalmente hematemesis, presente en 3 pacientes (9%). La dosis total administrada en la mayoría de los casos (72.7%) fue de 30 Gy (3 Gy/fracción, 10 sesiones). Se consiguió mejoría de la disfagia en el 90.9% de los pacientes y de la hematemesis en el 100%. 4 pacientes (12.12%) presentaron toxicidad aguda G 1-2 y 1 paciente (3.03%) presentó toxicidad crónica.

Conclusiones

La RTE a dosis paliativa en el cáncer de esófago avanzado es un tratamiento seguro y eficaz para el tratamiento de la disfagia y la hematemesis, impactando positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

P42- ÚLCERA CORNEAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Camús Martínez, J.A.; Rodríguez Ruiz, L.; Ruiz Palma, E.; García Cabezas, S.
Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba**

Introducción

La toxicidad ocular radioinducida se ha descrito tras el tratamiento radioterápico de tumores oculares y en campos de irradiación que incluyen el globo ocular, pudiendo afectar al párpado, conjuntiva o epitelio corneal. Las lesiones corneales secundarias a radioterapia (RT) se producen en el 23% de los casos tras recibir dosis superiores a 30 Gy y, concretamente, en la irradiación de tumores nasosinuales aparecen en el 46% de los casos, siendo la queratitis punteada superficial y la úlcera corneal las complicaciones más frecuentes.

Objetivos

Presentar un caso clínico que refleje la importancia de la detección precoz de las complicaciones oculares en tratamientos radioterápicos que afectan al globo ocular y determinar el beneficio que aporta su derivación temprana.

Metodología

Estudio de un caso clínico sobre un paciente con toxicidad ocular aguda durante el tratamiento con RT en nuestro Servicio.

Resultados

Varón de 56 años fumador moderado sin otros antecedentes de interés, que en junio de 2020 es diagnosticado de Carcinoma Nasosinusal Indiferenciado polimetastásico (Estadio IVc: cT4b cN0 cM1) (metástasis óseas: columna, 2º arco costal izquierdo, acetábulo izquierdo), por lo que inicia tratamiento con Quimioterapia (QT) paliativa. Tras múltiples líneas de QT, presenta una importante progresión local que condiciona exoftalmos del ojo izquierdo, por lo que en octubre de 2021 se deriva a Oncología Radioterápica para tratamiento sintomático local.

Una vez valorado el caso, se prescribe Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) sobre masa nasosinusal izquierda a dosis total de 39 Gy (3 Gy/fracción, 13 sesiones). Tras haber recibido 30 Gy (10ª sesión), el paciente consulta por aparición de hiperemia conjuntival y abundante secreción ocular sin dolor en ojo izquierdo, por lo que es derivado a Oftalmología. Se diagnostica de úlcera corneal neurotrófica secundaria a RT e inicia tratamiento con colirios antibióticos fortificados (Ceftazidima + Vancomicina), consiguiendo una mejoría clínica al mes.

Conclusiones

La úlcera corneal es una complicación a tener en cuenta cuando el globo ocular se encuentra incluido dentro del campo de irradiación durante el tratamiento con RT, por

ejemplo, en los carcinomas nasosinuales. Su identificación, derivación y tratamiento temprano con antibióticos oftálmicos son fundamentales para la preservación de la integridad ocular.

Bibliografía

1. Nuzzi R, Trosasarello M, Bartoncini S, Marolo P, Franco P, Mantovani C et al. Ocular complications after radiation therapy: an observational study. *Clin Ophthalmol*. 2020; 14: 3153-66
2. Bath SS, Sreeraman R, Dienes E, Beckett LA, Daly ME, Cui J et al. Clinical-dosimetric relationship between lacrimal gland dose and ocular toxicity after intensity-modulated radiotherapy for sinonasal tumours. *Br J Radiol*. 2013; 86: 20130459
3. Dirix P, Vanstraelen B, Jorissen M, Vander-Poorten V, Nuyts S. Intensity-modulated radiotherapy for sinonasal cancer: improved outcome compared to conventional radiotherapy. *Int J Radiation Oncology Biol Phys*. 2010; 78 (4): 998-1004
4. Barabino S, Raghavan A, Loeffler J, Dana R. Radiotherapy-induced ocular Surface disease. *Cornea*. 2005; 24 (8): 909-14

P43- RESULTADOS CLÍNICOS Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE VALORES HEMATOLÓGICOS EN PACIENTES TRATADOS CON RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA PULMONAR POR TUMORES PRIMARIOS Y OLIGOMETASTÁSIS

Escamilla Sánchez, A.; Prieto Granados, P.; Otero Romero, A.; Román Jobacho, A.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción

La radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) ha surgido como una alternativa a la cirugía en pacientes, no operables, con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en estadios iniciales o con oligometástasis pulmonares secundarias a otros tumores. A pesar de su eficacia en el control local, hasta un 25% de tumores precoces recidivan locorregionalmente o a distancia. Esto lleva a que cada vez cobre más fuerza el factor pronóstico de índices hematológicos con la intención de detectar pacientes con mayor riesgo de progresión susceptibles a tratamiento sistémico posterior. El índice neutrófilos/linfocitos (INL) es un biomarcador útil para medir el estado inflamatorio del sistema inmunológico. Mientras que el índice plaquetas/linfocitos (IPL) lo es como indicador de la actividad y progresión tumoral.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue determinar el valor pronóstico del INL e IPL en la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE). Los objetivos secundarios consistieron en analizar la eficacia y la toxicidad tanto aguda como crónica del tratamiento con SBRT.

Metodología

Estudio prospectivo observacional de 45 pacientes tratados con SBRT pulmonar entre junio de 2016 y julio de 2017 en el Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón en estadio inicial (T1-2 N0M0) o metástasis pulmonar de otros tumores, tratados con SBRT. El análisis estadístico se ha realizado mediante el software SPSS 20. La supervivencia se ha calculado mediante el método Kaplan-Meier y la comparación entre factores con Log-Rank. Para analizar la existencia de asociación entre los diferentes factores clínicos y el INL e IPL se ha utilizado el test Chi-Cuadrado.

Resultados

El INL <3 pretratamiento muestra tendencia a mejor SG y SLE, pero no significativa. El INL ≥ 3 al fin de SBRT se asoció a mayor SG respecto a INL <3, diferencias que sí fueron significativas ($p=0.008$). No hemos encontrado ninguna asociación con el IPL. La SG a los 2 años ha sido de 72.9% y a los 4 años de 45.1%. La SLE al 1 año ha sido de 75%, a los 2 años es de 49.2% y a los 4 años de 34.4%. El Control Local (CL) al año ha sido del 97.7%, a los 2 años del 94.2% y a los 4 años del 90.6%. No hubo casos de toxicidad grado 3 ni superiores. El ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y el tamaño tumoral han influido negativamente en la SG.

Conclusiones

En la muestra utilizada un INL <3 al final de tratamiento se asoció a una peor supervivencia. No se encontró asociación con el IPL. La SBRT pulmonar es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de tumores pulmonares (primarios o metástasis) en pacientes inoperables o que rechazan cirugía, presentando una baja tasa de toxicidad y recidiva.

P44- RADIOTERAPIA CON ESQUEMA ULTRACORTO EN CÁNCER DE MAMA DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE LA PANDEMIA COVID: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Serradilla Gil, A.; Arregui, G.; Romero Soto, V.; Rubio Vallés, A.; Martín Santaella, T.; Montilla Oballe, F.; Mesa, L.; Culpiani, A.; Sáez Cantos A.; Samaniego, M.A.; Acosta, A.; Castro, B.
GenesisCare. Granada

Introducción

Ante la situación de crisis SARS-Cov-2 se publicaron guías nacionales e internacionales (MSKCC1, ctRO2, The Royal College of Radiologist³ y GEORM) con recomendaciones para un tratamiento optimizado, abogando por el hipofraccionamiento extremo en el caso del cáncer de mama, basándose en los resultados con evidencia de los ensayos UK FAST Trial, HAI-5, UK FAST Forward Trial.

Siguiendo las indicaciones del GRUPO ESPAÑOL DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DE CÁNCER DE MAMA (GEORM) consideramos adecuado implantar el esquema ultracorto con boost integrado y no omitir tratamiento en aquellas mujeres con indicación de adyuvancia.

Objetivos

Se exponen los resultados de las pacientes con cáncer de mama tratadas de abril a junio/2020 mediante radioterapia adyuvante con esquema ultracorto.

Metodología

Análisis retrospectivo de las pacientes tratadas con radioterapia adyuvante por cáncer de mama y esquema ultracorto.

Criterios de inclusión:

- Edad >18 años
- Hombre o mujer
- Carcinoma infiltrante de mama/Carcinoma ductal in situ
- Tumorectomía o mastectomía
- Escisión completa del tumor (R0) o bordes afectos (R1)
- pT1-3 pN0-1 M0
- Estadaje axilar (BSGC o vaciamiento)

Posicionamiento de las pacientes en decúbito supino sobre plano inclinado (Elekta BreastStep™) TC de simulación sin contraste con cortes de 3-5 mm en decúbito supino.

Se permitía planificación con técnica 3D-CRT, IMRT o VMAT.

Dosis prescrita:

- Mama/Pared torácica/Áreas ganglionares: 26 Gy a 520 cGy/sesión.

- Boost a lecho quirúrgico (SIB):
R0: 29 Gy a 580 cGy/sesión
R1: 30 Gy a 600 cGy/sesión

Se evaluó la toxicidad local (eritema y edema) a la finalización de tratamiento, a las dos semanas, al mes, tres y seis meses.

Resultados

Se trataron un total de 24 pacientes. Edad media: 62 años (45-80 años).
16 pacientes con afectación de mama izquierda.
Cirugía: 1 pacientes mastectomía, 23 pacientes cirugía conservadora. 4 pacientes con linfadenectomía. 20 pacientes con biopsia selectiva de ganglio centinela.
Histología: carcinoma ductal infiltrante: 20 pacientes. T1: 58%, T2: 12%, In situ: 8%; N0: 71%. G1: 21%, G2: 55%, G3: 21%. En todos los casos los márgenes de resección fueron negativos. Invasión linfovascular: 3 casos. Invasión perineural: 3 casos. 92% de los casos fueron subtipo luminal.
Dos pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante, 7 pacientes quimioterapia adyuvante y un 96% de las pacientes recibieron hormonoterapia.
Todas las pacientes se trataron con técnica VMAT. 20 pacientes recibieron SIB.
Eritema a la finalización de tratamiento: G0: 15 pacientes, G1: 8 pacientes, G2: 1 paciente.
Edema a la finalización de tratamiento: G0: 21 pacientes, G1: 1 paciente, G2: 2 pacientes.
Eritema a las dos semanas: G0: 14 pacientes, G1: 9 pacientes, G2: 1 paciente. Edema a las dos semanas: G0: 16 pacientes, G1: 8 pacientes.
Eritema al mes: G0: 21 pacientes, G1: 3 pacientes, G2: 1 paciente. Edema al mes: G0: 21 pacientes, G1: 1 paciente.
A los 3 y 6 meses ninguna paciente presentaba eritema.
Edema a los 3 meses: G1: 4 pacientes, G2: 1 paciente.
Edema a los 6 meses: G1: 4 pacientes, G2: 2 pacientes.

A los seis meses ninguna paciente presentaba recidiva loco-regional.

Conclusiones

El esquema de fraccionamiento ultracorto en cáncer de mama durante los meses de la pandemia ha permitido realizar un tratamiento óptimo y seguro para las pacientes sin que se haya tenido que posponer el inicio de la radioterapia, con una excelente tolerancia aguda al mismo en la serie de pacientes presentadas.

P45- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA NECESIDADES DE PROTOCOLIZACIÓN: A PROPÓSITO DE TRES CASOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA

Villegas Sánchez, A.; Fernández Miranda, E.; Bermejo Moreno, J.F.; Sánchez Jiménez, M.A.; Martínez Martínez, J.F.; Serradilla Gil, A.

Servicio de ORT Hospital U. Torrecardenas. Almería

Introducción

Los cuidados de enfermería son una parte esencial en el manejo de los pacientes en tratamiento con radioterapia. Esta necesidad de cuidados es fundamental en aquellos casos en los que la localización del tumor y/o la dosis administrada de radioterapia puede provocar toxicidades agudas severas que condicionen un importante deterioro en los pacientes, pudiendo llevar incluso a la interrupción del tratamiento con la pérdida de efectividad en el control de la enfermedad.

Objetivos

Se exponen los resultados de tres casos de tumores de localización vulvar seguidos de forma sistemática y protocolizada en la consulta de enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Torrecárdenas.

Metodología

Todas las pacientes se simularon en decúbito supino con colocación de bolus de alta densidad ExaSkin® en área vulvar y fueron tratadas con técnica de intensidad modulada. Dos pacientes se trataron de forma adyuvante y una con intención radical.

Desde la consulta de enfermería se protocolizó junto con el facultativo responsable seguimiento de las pacientes:

- Consulta semanal con documentación fotográfica de la evolución de la toxicidad aguda.
- Consulta a demanda en caso de presentar toxicidad G3.
- Seguimiento y curas locales en continuidad de cuidados asistenciales en conjunto enfermería-facultativo responsable tras la finalización del tratamiento hasta la resolución del cuadro agudo.

Resultados

Las tres pacientes realizaron consultas semanales durante el tratamiento, en dos casos se precisó además consulta a demanda fuera de las revisiones establecidas.

Dos pacientes necesitaron sondaje vesical durante el tratamiento por cistitis/uretritis aguda G3.

Los tres casos precisaron curas locales por mucositis vulvo-vaginal G2-3 y en dos de los casos por epitelitis vulvar y en pliegues inguinales G3, así como tratamiento médico con analgesia de tercer nivel y antiinflamatorios.

Tras la finalización del tratamiento, 2 pacientes precisaron curas y control diario durante dos semanas hasta la resolución de la mucositis.

En ningún caso hubo que derivar a las pacientes a los Servicios de urgencias ni a las consultas de asistencia primaria.

Conclusiones

El establecimiento de una consulta de enfermería con personal formado en el control de toxicidad por radioterapia, con implementación de protocolos de actuación, así como realización de una asistencia continuada, redundan en una mejor calidad asistencial del paciente oncológico y permite disminuir la sobrecarga en urgencias y asistencia primaria, mejorando y optimizando los recursos asistenciales.

P46- RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA FRACCIONADA EN ADENOPATIAS PÉLVICAS DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Acosta Rojas, A.; Serradilla Gil, A.; Arregui, G.; Sáez Cantos, A.; Mesa, L.; Culpiani, A.; Samaniego, M.; Romero Soto, V.; Rubio Vallés, A.; Martín Santaella, T.; Castro, B.

GenesisCare. Granada

Objetivo

Evaluar los resultados clínicos y la tolerancia de la Radioterapia Estereotáxica Fraccionada (SBRT) en adenopatías pélvicas de adenocarcinoma de próstata.

Material y Métodos

Hemos revisado 4 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 75.5 años (73-80) diagnosticados de adenocarcinoma de próstata de alto riesgo sometidos a prostatectomía radical (50%) y radioterapia (50%) con intención radical, que presentaron recaída ganglionar pélvica en 5 localizaciones tratados con SBRT. Las características de los pacientes se recogen en la tabla 1.

La dosis de prescripción fue de 45Gy en 6 fracciones de 7.5 Gy para 4 localizaciones de tratamiento (80%) y 35 Gy en 5 fracciones de 7 Gy para 1 localización (20%), administrados en días alternos en un Acelerador Lineal Infitiny (Elekta®) con radioterapia guiada por imagen (IGRT) mediante Conebeam Kv diario.

El fallo bioquímico se definió bajo los Criterios Phoenix y la toxicidad aguda según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V.5.

Resultados

Con una mediana de seguimiento desde el diagnóstico inicial de 65 meses (43-86), con una mediana de intervalo libre de enfermedad hasta la recaída ganglionar de 59.5 meses (10-65) y una mediana de seguimiento desde la SBRT adenopática de 9.5 meses (3-21); todos los pacientes están vivos, sin datos de nueva progresión y con excelente calidad de vida.

No se observó toxicidad aguda genitourinaria ni gastrointestinal mayor de grado 2.

Conclusiones

La SBRT ganglionar como tratamiento de rescate en pacientes diagnosticados de recaída adenopática de adenocarcinoma de próstata es factible y seguro, con excelente tolerancia y control de la enfermedad. Si embargo, es necesario un seguimiento más largo para obtener resultados más consistentes.

Tabla 1. Características de los pacientes.

	n	%
NCCN grupo de riesgo		
Alto	4	100
Estadio Clínico al diagnóstico		
T3a	3	75%
T3b	1	25%
N1	2	50%
Gleason score		
6	2	50%
4+3	1	25%
4+5	1	25%
Bloqueo hormonal		
Si	2	50%
No	2	50%

P47- HIPOFRACCIONAMIENTO MODERADO EN CÁNCER DE MAMA TRAS RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA

Moreno-Manzanaro Moreno, M.C.; Ginés Santiago, M.; Romero Ruperto, F.; Espinosa Calvo, M.; Palacios Eito, A.

Servicio de ORT Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Introducción

La irradiación parcial acelerada de la mama (APBI) mediante radioterapia intraoperatoria con fotones (IORT), ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura a la radioterapia total de la mama (EBRT) en pacientes seleccionadas con bajo riesgo de recaída local. A algunos pacientes se les recomienda posteriormente la administración de EBRT debido a hallazgos patológicos quirúrgicos, en cuyo caso la IORT se considera como sobredosificación del lecho tumoral.

Objetivo

Evaluar la toxicidad dérmica mamaria de un tratamiento hipofraccionado moderado tras la administración de IORT como boost.

Materiales y Métodos

Se han analizado 63 pacientes, tratadas en nuestro centro, entre 2017 y 2020, inicialmente seleccionadas para APBI con IORT exclusiva, en las que se ha administrado posteriormente EBRT, por la presencia de algún factor de riesgo de recaída local (afectación ganglionar, invasión linfovascular, no BSGC, componente intraductal extenso, márgenes quirúrgicos, tipo histológico, grado G3), considerando la IORT como boost.

La IORT se administró mediante la inserción de un aplicador cilíndrico con diámetro entre 3-5cm directamente en el lecho tumoral, en una sesión única de 20Gy. La EBRT se administró con un fraccionamiento de 40.05 Gy en 15 sesiones.

Se ha evaluado la toxicidad aguda y tardía según la escala RTOG (Radiation Therapy Oncology Group).

Resultados

La edad media de las pacientes fue de 59 años (47-77). El 85.7% de los tumores presentaban un tamaño entre 1-2cm, siendo el aplicador más utilizado para IORT el de 3,5 cm de diámetro. Un 38,7% de las pacientes recibió tratamiento quimioterápico tras la cirugía y previo a EBRT. La toxicidad aguda registrada durante la EBRT fue: radiodermatitis G2 en el 12.9% de las pacientes, G1 en el 53.2% y en un 30,6% no se registró toxicidad.

Con una mediana de seguimiento de 33,1 meses, se registró toxicidad tardía G1 (atrofia leve, fibrosis leve, hiperpigmentación, pérdida de grasa) en el 25.8% y grado 2 (atrofia, telangiectasias, fibrosis moderada) en el 4.8%.

Conclusiones

El tratamiento hipofraccionado moderado tras IORT como boost es seguro y bien tolerado.

La visualización por el Oncólogo Radioterápico del lecho tumoral garantiza la sobreimpresión de manera más precisa.

P48- RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA EXCLUSIVA EN PACIENTE ANCIANO CON DOBLE NEOPLASIA: ADENOCARCINOMA DE TERCIO DISTAL DE ESÓFAGO Y ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO LOCALIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Prieto Granados, P.; Escamilla Gutiérrez, A.; Segado Guillot, S.; García Anaya, M.J.; Otero Romero, A.; Román Jobacho, A.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción

El cáncer es un problema cada vez más relevante en el paciente anciano. Las comorbilidades asociadas de estos pacientes limitan el uso de la quimioterapia (QT) y la cirugía debido a su potencial toxicidad y riesgo quirúrgico. Sin tratamiento alguno, las neoplasias progresan irremediabilmente ocasionando síntomas locales y sistémicos que provocan deterioro en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. La radioterapia es una herramienta terapéutica muy eficaz, no invasiva en el tratamiento del cáncer, siendo fundamental individualizar en cada caso el tratamiento más apropiado para cada paciente.

Objetivo

Reportamos el caso de un paciente anciano con comorbilidades diagnosticado de doble neoplasia que fue tratado con radioterapia exclusiva.

Metodología

Varón de 71 años, como antecedentes de interés destaca Esclerosis Múltiple desde hace 50 años, derivado a nuestras consultas por diagnóstico reciente de adenocarcinoma de próstata cT1c, PSA 11.9 ng/ml, Gleason 8 (4+4). En el estudio de extensión realizado previo al tratamiento radioterápico de la próstata se aprecia en TAC Tórax-abdomen-pelvis una lesión endoluminal gástrica de 22 x 16 mm a nivel del cuerpo. Se realiza EDA y Ecoendoscopia siendo diagnosticado de adenocarcinoma de tercio distal de esófago T2N0 + GIST en cuerpo gástrico de curvatura mayor de 2 cm. Se realizó además PET-TAC para descartar enfermedad a distancia.

A la exploración el paciente presenta buen estado general, ECOG: 1. Se desplaza en silla de ruedas por deterioro de la movilidad secundario a la Esclerosis Múltiple.

Dada su situación basal y comorbilidad asociada se desestimó tratamiento del adenocarcinoma esofágico mediante cirugía y QT. Recibió tratamiento radioterápico hipofraccionado con intención radical sobre próstata con una dosis total de 60 Gy en 20 fracciones de 3Gy más bloqueo hormonal de 6 meses de duración. Se realizó a continuación tratamiento hipofraccionado exclusivo sobre la neoplasia esofágica con una Dosis Total recibida de 40 Gy en 16 fracciones de 2.5 Gy. El tumor GIST del cuerpo gástrico no se ha tratado y se le está haciendo seguimiento.

Resultados

La tolerancia al tratamiento radioterápico de ambos tumores fue buena, presentando toxicidad CTCAE aguda G1 genito-urinaria (polaquiuria) y G1 gastrointestinal (odinofagia). Tras 1 año y 6 meses desde la finalización del tratamiento radioterápico sobre próstata y 1 año y 3 meses desde la finalización del tratamiento radioterápico sobre tercio distal del esófago, el paciente se encuentra libre de enfermedad tras evaluación con TAC y endoscopia digestiva alta, siendo el último PSA 0.01 ng/ml. Clínicamente está estable sin presentar síntomas urinarios ni digestivos, realiza una ingesta adecuada y una vida normal.

Conclusiones

En el paciente anciano oncológico es prioridad individualizar el tratamiento en base a sus comorbilidades y situación basal. En este caso, el paciente se ha tratado con Radioterapia hipofraccionada radical en dos localizaciones resultando en un excelente control local con toxicidad mínima.

P49- EL CÁNCER SE MUEVE EN REDES SOCIALES: LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL S. XXI

Ching López, R.

Servicio ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción

La globalización de internet y su fácil acceso han transformado la red en una de las principales fuentes de información sanitaria en la actualidad, especialmente en el ámbito oncológico. Según el "Informe EHON: Cáncer de mama en la red", desarrollado en 2018 por GEICAM con el apoyo metodológico de la Asociación de Investigadores de eSalud (AIES), el cáncer de mama "lidera la conversación de salud en redes sociales", con 1.000 millones de impactos en Twitter a lo largo de dicho año y más de 70.000 personas hablando sobre él. Esta nueva vía de comunicación, además, se ha visto impulsada por la situación de pandemia vivida durante 2020, donde el contacto interpersonal quedó restringido a las redes sociales. Sin embargo, este acceso a una ingente cantidad de información poco depurada puede plantear problemas al poner a disposición del paciente numerosos bulos o datos que no se comprendan y que generen mayor confusión o malestar, y es ahí donde reside la responsabilidad del profesional sanitario en general y del oncólogo radioterápico en particular para ofrecer información contrastada y basada en la evidencia científica.

Objetivos

- Visibilización de la Oncología Radioterápica como especialidad y acercamiento de la misma mediante términos accesibles para el paciente, limitando el uso de tecnicismos.
- Desarrollo profesional personal e intercambio de conocimientos con otros profesionales sanitarios en un ámbito multidisciplinar.
- Educación del paciente ofreciéndole herramientas para favorecer conductas de salud en positivo y un acceso a información actualizada basada en la evidencia, libre de bulos.
- Aumentar la concienciación sobre la necesidad de prevención primaria en cáncer y la importancia de seguir un estilo de vida saludable en términos oncológicos.
- Humanización y mejora en la calidad de la asistencia sanitaria ofreciendo al paciente oncológico un espacio donde puede encontrar información contrastada y donde se abordan temas que ocasionalmente no se tratan en consulta por diversos motivos.
- Establecer un puente en la relación con asociaciones de pacientes y crear un red de cuidado y soporte digital.

Metodología

Creación de una cuenta de Instagram divulgativa sobre oncología y salud en general, y oncología radioterápica en particular.

Resultados

Las redes sociales son plataformas de comunicación digital que proporcionan un foro para la generación, el intercambio y la discusión de ideas y contenidos médicos, y su uso en

oncología radioterápica ofrece nuevas oportunidades para interactuar con los pacientes y otros profesionales o instituciones. En la interacción paciente oncológico-internet, un uso correcto podría promover que los usuarios fueran más proactivos y responsables en la mejora de su bienestar y calidad de vida. En la relación paciente oncológico-oncólogo radioterápico, la red nos trae nuevas formas de empoderar al paciente facilitando su autonomía, una mayor implicación en la toma de decisiones, el autocuidado, y la adhesión a tratamientos, al generarse una relación de mayor confianza.

Conclusiones

El proceso de divulgación médica en redes sociales en general, y en el ámbito de la oncología radioterápica en particular, requiere a menudo de consumo de tiempo libre, dedicación, y un buen conocimiento de la legislación en estos términos para ofrecer información actualizada y libre de conflictos de intereses, pero son mayores las ventajas que ofrece en cuanto a mejora en confianza médico-paciente en particular, y en nuestra especialidad en general. La autorresponsabilización del paciente en su cuidado requiere como condición básica la presencia de un sujeto bien informado, y el uso de redes sociales para ofrecer un acceso más sencillo y dirigido a esta información científica de calidad se encuentra actualmente en alza.

P50- MENOPAUSIA PRECOZ INDUCIDA POR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE CÉRVIX: REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

Ching López, R.; Vargas, P.; Rodríguez, S.; Ruiz, A.M.; Galván, P.; Liñán, O.
Servicio ORT. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción

En condiciones fisiológicas, entre los 45 y 55 años las mujeres experimentan la pérdida de la actividad folicular del ovario con cambios hormonales caracterizados por una disminución en las hormonas femeninas y la consecuente menopausia, que se define como la interrupción definitiva de la menstruación o amenorrea mantenida durante 12 meses consecutivos. Aproximadamente el 1% de las mujeres pueden experimentar una menopausia precoz, que se define como la interrupción definitiva de la menstruación antes de los 40 años, y que puede ocurrir debido a múltiples causas, entre las cuales destacamos en nuestro estudio los distintos tratamientos oncológicos, donde las cifras se incrementan considerablemente. De hecho, los análisis de la prevalencia de los síntomas del síndrome genitourinario asociado a la menopausia (SGM) indican que aproximadamente el 50% de las mujeres postmenopáusicas refieren como mínimo uno de los síntomas descritos, y las cifras son aún mayores en las pacientes jóvenes con menopausia precoz. Sin embargo, y a pesar del impacto negativo en la calidad de vida, hasta el 70% de las mujeres con SGM precoz no consultan acerca de ello a los profesionales sanitarios

Objetivos

- Evaluar la calidad de vida general en una serie de pacientes jóvenes (< 40 años al diagnóstico) de sexo femenino con diagnóstico oncológico de cáncer de mama o cérvix, tratadas con quimioterapia, hormonoterapia, y/o irradiación pélvica (radioterapia externa y/o braquiterapia de alta tasa) +/- cirugía ginecológica pélvica, en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.
- Evaluar la presencia de síntomas asociados al SGM en la menopausia precoz inducida por tratamientos oncológicos y objetivar su repercusión en términos de calidad de vida.
- Exponer la necesidad de un abordaje integral de la paciente oncológica joven.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de un total de 31 mujeres menores de 40 años al diagnóstico con cáncer de mama o cáncer de cérvix que completaron tratamiento oncológico entre enero de 2018 y enero de 2021 en nuestro centro. Tras aprobación del estudio por parte del Comité de Ética CEIM/CEI Provincial de Granada, recogida de información vía telefónica a través de dos encuestas validadas en castellano, previa firma de Consentimiento Informado específico: QOL-C30 (version 3) de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) y la Menopause Rating Scale (MRS), validada en español.

Resultados

13 pacientes fueron diagnosticadas con cáncer de mama y 18 con cáncer de cérvix. La mayoría de las pacientes (87.1%) refirieron problemas sexuales graves o extremadamente graves (cambios en el deseo, en la actividad sexual y en la satisfacción) (Fig.1), el 61.3% indicaron problemas urinarios (dificultad para la micción, incremento en la necesidad de orinar, en incontinencia urinaria) (Fig.2), y el 83.8% aquejaron sequedad vaginal (sesación de sequedad o quemazón vaginal, dispareunia) (Fig.3). En el desglose según los distintos tratamientos recibidos, el 100% de las pacientes sometidas a cirugía pélvica y el 100% de las pacientes tratadas con radioterapia pélvica +/- braquiterapia indicaron "extremadamente grave" en la presencia de sequedad vaginal, frente a un 73.7% de las pacientes que recibieron quimioterapia, y solo un 33.3% de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento con hormonoterapia exclusiva.

Figura 1. Problemas sexuales (alteraciones de la libido/deseo, de la actividad y la satisfacción sexual). Fuente: elaboración propia.

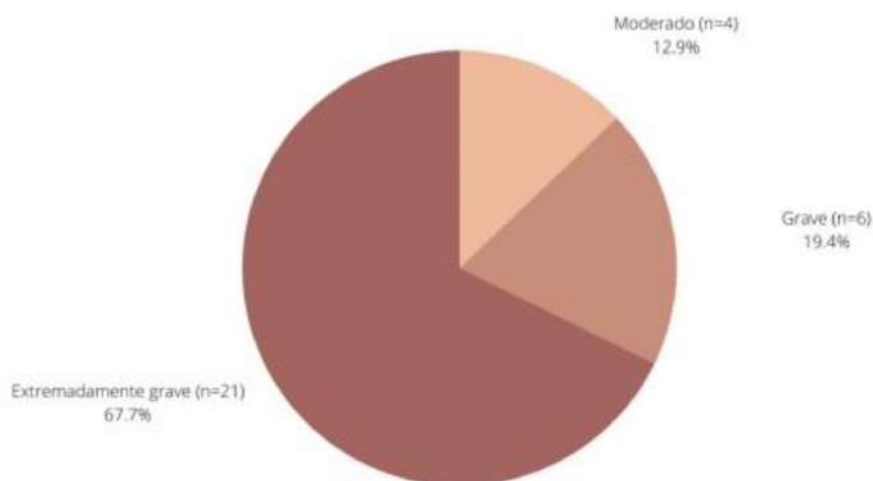


Figura 2. Problemas de vejiga (dificultades a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical). Fuente: elaboración propia.

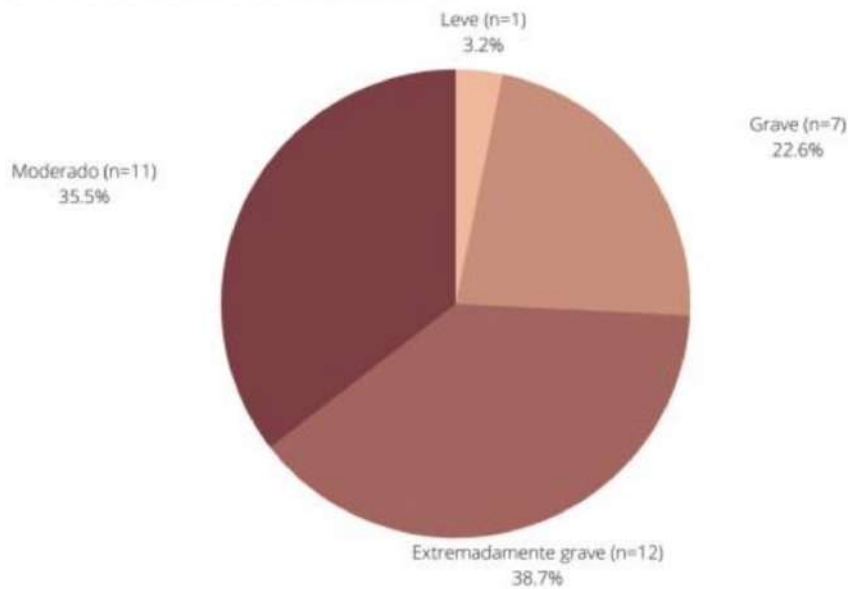
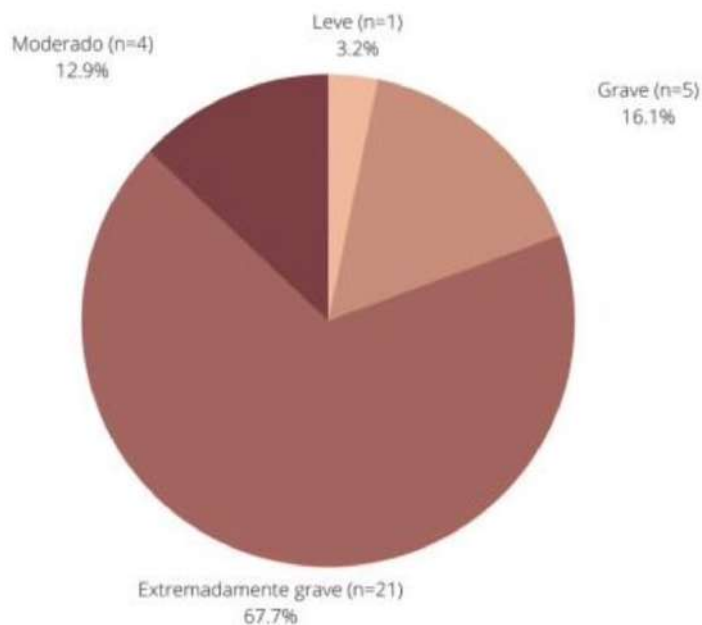


Figura 3. Sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultades a la hora de realizar el coito). Fuente: elaboración propia.



Conclusiones

El riesgo de menopausia precoz yatrogénica debe tenerse en consideración siempre que planteemos un tratamiento oncológico en mujeres jóvenes y durante su seguimiento posterior y, además, será de vital importancia que los profesionales sanitarios implicados evalúen e indaguen en la sintomatología asociada al SGM especialmente en términos de sequedad vaginal y disfunciones sexuales dado que, por múltiples motivos, las pacientes no siempre manifestarán estas inquietudes. El manejo del SGM requiere de un abordaje multidisciplinar e individualizado, cobrando especial importancia la historia de cáncer hormonosensible (cáncer de mama) o no hormonosensible (cáncer de cérvix, en nuestro caso).

P51- SEDACIÓN PALIATIVA EN LA AGONÍA REALIZADA POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL DOMICILIARIO. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DESCRIPTIVO

Moreno Moreno, M.I.(1); Herruzo Cabrera, I.(2); Soriano Ruiz, S.I. (1); Moreno Moreno, R.E. (3)

(1)Servicio de Urgencias A.P. Distrito sanitario Málaga. (2) Servicio ORT. H.U. Regional de Málaga. (3)Centro de Salud Palma-Palmilla, Distrito Sanitario Málaga

Objetivos

El objetivo de este estudio fue conocer las características de la sedación paliativa en la agonía a nivel domiciliario realizada por personal no especializado y detectar áreas de mejora.

Material y Método

Estudio observacional transversal descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos en domicilio entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, que precisaron sedación indicada por el servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) Málaga.

Resultados

El porcentaje de sedación paliativa fue del 16,4%[9,8%- 23,2%]. La edad media fue de 83,9 años [82,18%-85,81%]. Sólo el 36%[27%-45%] se encontraban incluidos en el proceso de cuidados paliativos.

El 67,2%[59%-76%] eran crónicos no oncológicos (enfermedades neurológicas (57.7%[48,8%- 66,6%])).

La disnea fue el síntoma más prevalente (76,1%[68%-83%]). El fármaco más utilizado fue el midazolam, (94,9%[91%-99%]). La levomepromazina se usó en un 4,3%[1%-8%]. La morfina fue el coadyuvante más empleado 94%[90%-98%] de los casos.

La media de tiempo que pasa desde el inicio de la sedación hasta el fallecimiento es de 24,3h[19,3h-29,2h]. Las diferencias en las medias de supervivencia entre hombres 20,765[13,7- 27,7] y mujeres 29,2[22,1-33,3] fueron estadísticamente significativas (chi cuadrado 4,226;p=0,04).

Sólo el 5,1%[1%-9%] de las historias tenían registrado el nivel de sedación alcanzado.

El 72%[64%-80%] de los pacientes no recibió ningún tipo de seguimiento hasta que se produjo el fallecimiento.

Conclusiones

Existe concordancia entre los resultados obtenidos en este trabajo y los encontrados en la bibliografía, en cuanto a la proporción de pacientes con sedación paliativa en la agonía, tiempo de duración de la misma y principales fármacos empleados. La edad media de los pacientes fue mayor en este estudio, así como la prevalencia de patología no oncológica y de disnea como principal síntoma refractario.

Llama la atención el desconocimiento del nivel de sedación de los pacientes, la falta de seguimiento, la infrautilización de levomepromazina en delirium y pautas farmacológicas incorrectas.

P52- TENDENCIAS TEMPORALES DE LA INCIDENCIA, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA PROVINCIA DE GRANADA

Sánchez Pérez, M.J.(1,2,3,4); Bayo Lozano, E.(5); Mendoza García, O.(1); Redondo Sánchez, D. (1,2,3); Casquero Sánchez, J.(6); Yoe-Ling Chang-Chan, D.(1,2); Rodríguez Barranco, M.(1,2,3)

(1) *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)*; (2) *Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS)*; (3) *Centro de investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)*; (4) *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U. De Granada*. (5) *Departamento de ORT H.U. Virgen Macarena (Sevilla)*; (6) *SAS, Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén-UGC Linares*

Introducción

El cáncer de colon-recto (CCR) fue la segunda causa de muerte por cáncer, tanto en hombres como en mujeres en 2019 en la provincia de Granada, lo que lo sitúa como un importante problema de salud pública y se hace necesaria la monitorización de sus indicadores epidemiológicos.

Objetivos

Analizar las tendencias temporales de la incidencia, mortalidad y supervivencia de CCR en Granada en el periodo 1985-2017.

Metodología

Estudio descriptivo de base poblacional, con los datos de incidencia de la provincia de Granada del Registro de Cáncer de Andalucía y de mortalidad del Ministerio de Sanidad. Se incluyeron los casos incidentes de cáncer de colon (C18 según ICD-10) y recto (C19-C20) diagnosticados en la provincia de Granada entre 1985 y 2017, y todas las defunciones por CCR registradas en el mismo periodo.

Se aplicaron modelos de regresión log-lineal (Join Point) sobre las tasas estandarizadas por edad para estimar el porcentaje de cambio anual (PCA). Se calculó la supervivencia neta mediante el método de Pohar-Perme para estimar la probabilidad de sobrevivir atribuible a la enfermedad.

Resultados

Entre 1985 y 2017 se diagnosticaron 12.725 casos nuevos de CCR y se produjeron 6.074 defunciones en la provincia de Granada de CCR.

La incidencia de CCR aumentó tanto en hombres (PCA: +3,2%) como en mujeres (PCA: +2,1%), con incrementos más pronunciados hasta 2003 (+4,40%) y más atenuados a partir de ese año y hasta 2017 (+0,86%).

La mortalidad por cáncer de colon aumentó para ambos sexos (PCA: +2,1%), tanto en hombres (PCA: +2,6%) como en mujeres (PCA: +1,5%), mientras que la mortalidad por cáncer de recto aumentó en hombres (PCA: +1,2%), pero disminuyó en mujeres (PCA: -1,44%) durante el periodo 1985-2017.

La supervivencia neta estandarizada por edad (ASNS) a los 5 años desde el diagnóstico ha experimentado un incremento gradual, pasando del 44,1% registrada en el periodo 1985-2002 hasta el 59,3% en el periodo 2013-2017, tendencia que fue similar en hombres y en mujeres.

Conclusiones

Las tendencias de incidencia y mortalidad del CCR aumentaron en ambos sexos, salvo la mortalidad por cáncer de recto en mujeres. Más de la mitad de las personas diagnosticadas de un cáncer colorrectal sobrevive más de 5 años desde el diagnóstico, con resultados similares para ambos sexos.

P53- EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL MELANOMA CUTÁNEO SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN EL PERIODO 1985-2017

Sánchez Pérez, M.J.(1,2,3,4); Expósito Hernández, J.(2,5); Ruiz Villaverde, R.(2,6); Yoe-Ling Chang-Chan, D.(1,2); Ródenas Herranz, T.(2,6); Redondo Sánchez, D.(1,2,3); Mendoza García, O. (1); Rodríguez Barranco, M.(1,2,3)
(1) *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)*; (2) *Instituto de Investigación Biosanitaria (IBS)*; (3) *Centro de investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)*; (4) *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U. De Granada*. (5) *Servicio ORT H.U. Virgen de las Nieves*. (6) *Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venerología H.U. San Cecilio. Granada*

Introducción

El melanoma cutáneo (MC) es un tumor de origen melanocítico que representa un 2-7% de los tumores cutáneos, si bien es el responsable del 80% de las muertes por cáncer de piel. En las últimas décadas se ha observado un aumento de su incidencia, atribuido a cambios en los estilos de vida y a la disminución de la capa de ozono.

Objetivos

Analizar la evolución de la incidencia del MC según tipo histológico en la provincia de Granada en el período 1985-2017.

Metodología

Se incluyeron los casos nuevos diagnosticados entre 1985 y 2017 de MC (C43 según la CIE-10) en la provincia de Granada, y se clasificaron según grupos histológicos: léntigo maligno (LM), melanoma de extensión superficial (MES), melanoma nodular (MN), lentiginoso acral (LA) y otros tipos no especificados (NOS). Se aplicaron modelos de regresión log-lineal (Join Point) sobre las tasas estandarizadas por edad (TEE) para estimar el porcentaje de cambio anual (PCA).

Resultados

En el periodo 1985-2017 se registraron 2.446 casos nuevos de MC, el 55% en mujeres. La TEE para el periodo 2008-2017 fue de 11,1 por 100.000 habitantes, sin diferencias entre hombres y mujeres. Durante este periodo, los MES fueron el tipo histológico más frecuente (7,1 x 100.000 hab.) en ambos sexos. Entre 1985 y 2007 las personas con más de 80 años presentaron las tasas más altas, si bien entre 2008 y 2017 el máximo se alcanzó en el grupo de 65-79 años.

Se observó un incremento estadísticamente significativo en la tendencia de la incidencia del MC, tanto en hombres como en mujeres (PCA: +4,4% y +3,7%

respectivamente). Por tipo histológico, el PCA fue de +8,4% para el MES, mientras que el MN presentó una tendencia ascendente hasta 2005 (PCA= +4,6%) y descendente a partir de ese año (PCA = -6,2%). Para LN el incremento anual fue del +2,2% y para LA se observó una estabilización durante todo el periodo.

Conclusiones

La incidencia de MC en la provincia de Granada sigue una tendencia ascendente, con un aumento del 4% anual, principalmente atribuible al incremento del MES. Esta tendencia podría estar relacionada con la mejor accesibilidad de los pacientes a las consultas de Dermatología, las campañas de revisión de nevus y con la mejora en la precisión de los métodos de diagnóstico por imagen.

P54- RADIOTERAPIA PALIATIVA AL FINAL DE LA VIDA

Iglesias Melero, C.; Linares Mesa, N.A.; Vaya González, L.; Rico Pérez, J.M.
Servicio de ORT Hospital U. Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción

La mayoría de los pacientes con cáncer tienen síntomas al final de su vida. Muchos de ellos se benefician de la radioterapia (RT) paliativa. Sin embargo, el sobretratamiento es motivo de preocupación. La supervivencia menor de 30 días después de la RT se considera radioterapia fútil. Según los datos publicados hasta el 33% de los pacientes se someten a radioterapia fútil.

Objetivo

Evaluar la tasa de pacientes de nuestro centro que reciben radioterapia paliativa durante el último mes de su vida e identificar factores predictivos de tratamiento fútil.

Materiales y Métodos

Estudio observacional prospectivo de 70 pacientes sintomáticos no seleccionados evaluados para radioterapia paliativa. Se excluyó a los pacientes con PS/ECOG 3 o 4, a menos que dicho PS fuera causado por un dolor óseo intenso que pudiera aliviarse con radioterapia.

Se registraron los datos demográficos y los factores pronósticos relacionados con el cáncer de referencia. Se calcularon las puntuaciones del estado funcional (PS), el estado funcional paliativo (PPS), el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) y el índice de Karnofsky (IK) para cada paciente. Los pacientes fueron seguidos hasta la muerte.

El criterio de valoración fue la tasa de pacientes sometidos a RT fútil (SG <30 días). Las proporciones se compararon mediante la prueba de χ^2 . Se utilizó el método de Kaplan Meier para calcular la supervivencia global (SG)

Resultados

Se incluyeron 70 pacientes (63% hombres, 37% mujeres) con una mediana de edad de 69 años (43-94). La puntuación del CCI fue 0-2 (42,2%), 3 (23,1%) y >3 (34,7%). ECOG PS fue 0-1 (37,1%), 2 (48,6%) y 3 (14,3%). La puntuación PPS fue < 60, 60, 70 y \geq 80 en el 22,9%, 28,6%, 15,7% y 32,8% respectivamente. Los principales motivos de derivación fueron dolor óseo (48,5%) y síntomas neurológicos secundarios a metástasis cerebrales (20%).

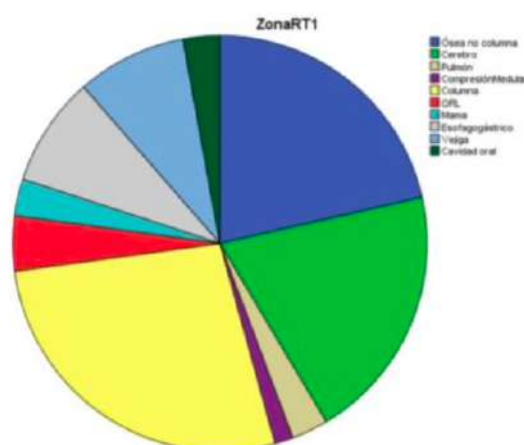
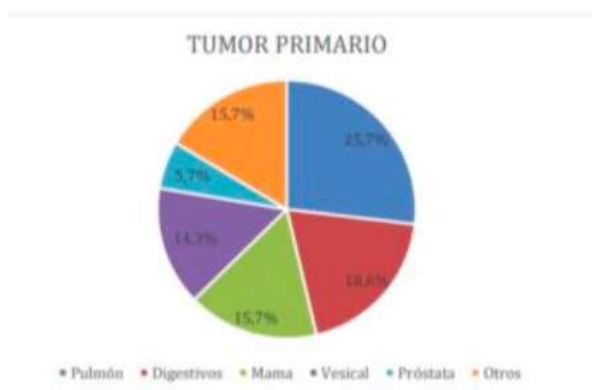
El 82,9 % de los pacientes tenían enfermedad metastásica extensa. Las localizaciones metastásicas más frecuentes fueron hígado (32,9%), pulmón (31,4%) y cerebro (21,4%). Los sitios primarios más frecuentes fueron pulmón (25,7%), tracto digestivo (18,6%) y mama (15,7%).

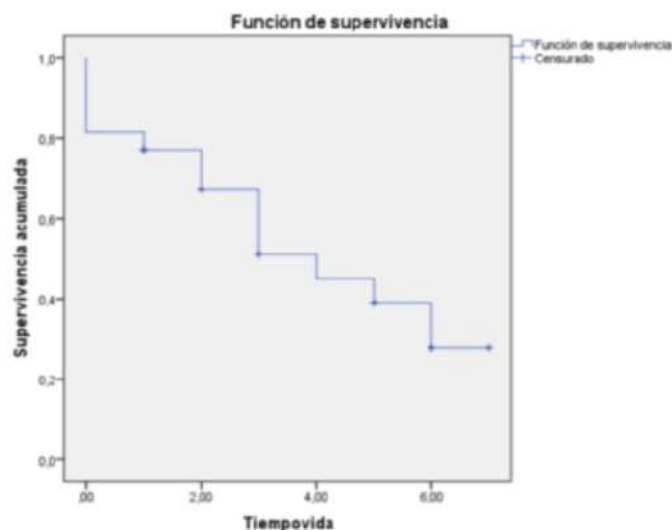
La mediana de SG de todo el grupo fue de 4 meses. El 15,7% de los pacientes fallecieron dentro de los 30 días posteriores al inicio de la RT. El 80% de ellos no completan RT por empeoramiento del estado general o muerte.

La tasa de RT fútil no se correlacionó con ninguna de las variables analizadas (sitio primario, estadio de la enfermedad, sitio metastásico sintomático, CCI, PPS o ECOG PS). Se observó un mayor riesgo de RT fútil para los pacientes con una puntuación ≤ 70 en las escalas IK o PPS. Esta diferencia no alcanzó la significación estadística.

Conclusiones

El 15,7% de nuestros pacientes recibieron radioterapia paliativa fútil. No se encontró correlación estadísticamente significativa con ninguna de las variables analizadas. El bajo número de pacientes y cierta heterogeneidad en la población (que refleja la práctica clínica diaria real) pueden ser responsables de ello. Nuestros datos (aumento no significativo del riesgo de puntuaciones bajas de IK y PPS) sugieren que tanto el IK como el PPS podrían ser una escala útil para una mejor selección de pacientes sometidos a radioterapia paliativa.





Paliative Performance Status (PPS)					
Porcentaje	Deambulaci3n	Actividad y evidencia de enfermedad	Independencia para autocuidados	Ingesta oral	Nivel de conciencia
100	Completa	Actividad normal, sin evidencia de enfermedad	Completa	Normal	Normal
90	Completa	Actividad normal, sin evidencia de enfermedad	Completa	Normal	Normal
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo, alguna evidencia de enfermedad	Completa	Normal o reducida	Normal
70	Reducida	Incapacidad de trabajar, alguna evidencia de enfermedad	Completa	Normal o reducida	Normal
60	Reducida	Incapacidad de desempeñ ar obvios y trabajo dom3stico, evidencia significativa de enfermedad	Necesita ayuda ocasional	Normal o reducida	Normal o confusi3n
50	Principalmente sentado o echado	Incapacidad de realizar cualquier trabajo, enfermedad extendida	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Normal o confusi3n
40	Principalmente en cama	Incapacidad de realizar cualquier trabajo, enfermedad extendida	Necesita ayuda principalmente	Normal o reducida	Normal, somnolencia, confusi3n
30	Totalmente en cama	Incapacidad de realizar cualquier trabajo, enfermedad extendida	Necesita ayuda para todo	Reducida	Normal, somnolencia, confusi3n
20	Totalmente en cama	Incapacidad de realizar cualquier trabajo, enfermedad extendida	Necesita ayuda para todo	Sorbos m3nimos	Normal, somnolencia, confusi3n
10	Totalmente en cama	Incapacidad de realizar cualquier trabajo, enfermedad extendida	Necesita ayuda para todo	Cuidados de boca s3lo	Somnolencia, coma
0	Muerte	-	-	-	-

Tabla 1: Escala Paliative Performance Status (PPS).⁴²

Valor de las puntuaciones parciales para las categorías del PPI	
Preventive Performance Status (PPS)	
10-20	4
30-50	2.5
≥60	0
Síntomas clínicos	
Vía oral libre	
Normal	0
Moderadamente reducida	1
Gravemente reducida	2.5
Edema	1
Disnea de reposo	4
Delirium	4

Tabla 2: Escala Paliative Pronostic Index (PPI).

ECOG o PS	
Grado	ECOG
0	Asintomático. Totalmente activo
1	Restricción de actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.
3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón, más del 50% del tiempo despierto
4	Incapacidad total. Silla-cama el 100% del tiempo despierto.
5	Muerto

Tabla 3: Performance Status o ECOG

Índice de Karnofsky (IK)	
Porcentaje	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo actividad.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz. Necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo. Necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Tabla 4: Índice de Karnofsky (IK)

P55- IMPACTO DE LA RADIOCIRUGÍA CEREBRAL FRAMELESS EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON METÁSTASIS CEREBRALES. ESTUDIO PROSPECTIVO

Jiménez Salas, R.; Barrionuevo Castillo, P.; Ruza Sarrasín, M.; Sánchez Gálvez, A.; Ramón Vigo, F.; León-Salas Ordoñez, R.M.

Servicio de ORT Complejo Hospitalario U. De Jaén

Objetivos

Mediante la radiocirugía cerebral frameless es una técnica no invasiva y segura para el tratamiento de las metástasis cerebrales únicas o múltiples consiguiendo alta tasa de control local. Medimos el impacto de este tratamiento en la calidad de vida de los pacientes a través de un cuestionario de calidad de vida validado de evaluación integral (Fact-Brain versión 4).

Métodos:

Incluimos 30 pacientes diagnosticados 1-3 metástasis cerebrales de forma sincrónica o metacrónica tratados entre Mayo 2017-Diciembre 2020. Se evalúa la calidad de vida mediante cuestionario validado Brain fact (1 semana antes del inicio de SRS) que aborda mediante 4 subescalas la capacidad funcional, cognitiva, emocional y social.

Se realiza control basal 1 semana previa a radiocirugía y control en mes 3,6.9.12.24.36 meses.

El control local y la toxicidad se evalúan según criterio RANO (Response Assesment in Neuro-Oncology) y escalas EORTC/RTOG de toxicidad tardía respectivamente.

Resultados

El 75% de los pacientes completa controles basales durante 1 año. Durante el segundo año de seguimiento el 20% progresa a nivel extracerebral y el 30% a nivel cerebral (otra localización) y 15% en lecho quirúrgico. Previa a tratamiento un 55% de los pacientes presenta deterioro en la escala emocional y deterioro en aquellos que usan corticoides y reciben tratamiento adyuvante: La calidad de vida se mantiene estable sin progresión cerebral ni cambios significativos durante el primer año. Por el contrario se identifica deterioro funcional y físico en el subgrupo de pacientes que progresan a nivel central.

Conclusiones

Dado el alto control local alcanzado con radiocirugía frameless y mínima morbilidad el mantener la calidad de vida de los pacientes y su evaluación mediante escalas validadas es una herramienta útil que nos permite no solo curar más sino hacerlo mejor y con seguridad.

P56- VALIDACIÓN DEL BIOMARCADOR PTT6 COMO FACTOR PRONÓSTICO DE CÁNCER DE PULMÓN

Romero Pareja, P.; Delgado León, B.D.; Muñoz Muñoz, O.; Paguey Garrido, I.; Gomís Sellés, E.; Peñate, X.; Payán Bravo, L.; Reyes, J.C.; Vieites, B.; Borrego, M.; Pérez, S.; Jaén Olasolo, J.; Praena Fernández, J.M.; Chavez de Diego, S.; López Guerra, J.L.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción

El pituitary tumor transforming gene (PTTG) codifica una proteína conocida como securina. La sobreexpresión de RNAm dicho gen se ha asociado a mayor mortalidad a los 5 años en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). Nuestro equipo investiga la validación de esta asociación mediante el análisis de los niveles de expresión de la proteína securina y la supervivencia en pacientes con CPNM.

Métodos

Primero, hemos realizado una revisión bibliográfica sobre diferentes biomarcadores génicos y el papel pronóstico de la sobreexpresión de RNAm en CPNM tanto in vitro como en clínica. Posteriormente, reclutamos una cohorte de 285 pacientes de nuestro centro diagnosticados de CPNM de los que se disponía de muestras de tejido tumoral en el Biobanco. Los niveles de PTTG fueron examinados mediante inmunohistoquímica. Dos patólogas independientes, y con ciego de datos clínicos categorizaron la expresión de PTTG.

Resultados

Nuestra cohorte se caracterizó por una mediana de edad de 68 años y una distribución por sexo predominantemente masculina (77.2%). Con respecto al estadio de la enfermedad al diagnóstico, destacó el estadio III (61%), seguido de estadios I (24%), IV (8%) y II (7%). La mayoría de los pacientes fueron intervenidos (90%), mientras que a lo largo del proceso el 86% recibió radioterapia y hasta el 69%, quimioterapia.

La sobreexpresión de ARNm de PTTG se relacionó con menor supervivencia global (SG) aunque no alcanzó significación estadística ($p=0.151$). Al analizar la cohorte por subgrupos histológicos, se apreció menor SG en pacientes diagnosticados de CNMP con histología de adenocarcinoma ($N=145$) y alta expresión de PTTG ($p=0.032$) (Figura 1).

Conclusiones

En nuestra cohorte, la sobreexpresión de PTTG se asocia con mayor riesgo de mortalidad en el CPNM, con significación estadística en aquellos casos con histología de

adenocarcinoma. Este biomarcador de respuesta puede ser útil no solo para predecir el pronóstico sino también como diana terapéutica en el CPNM.

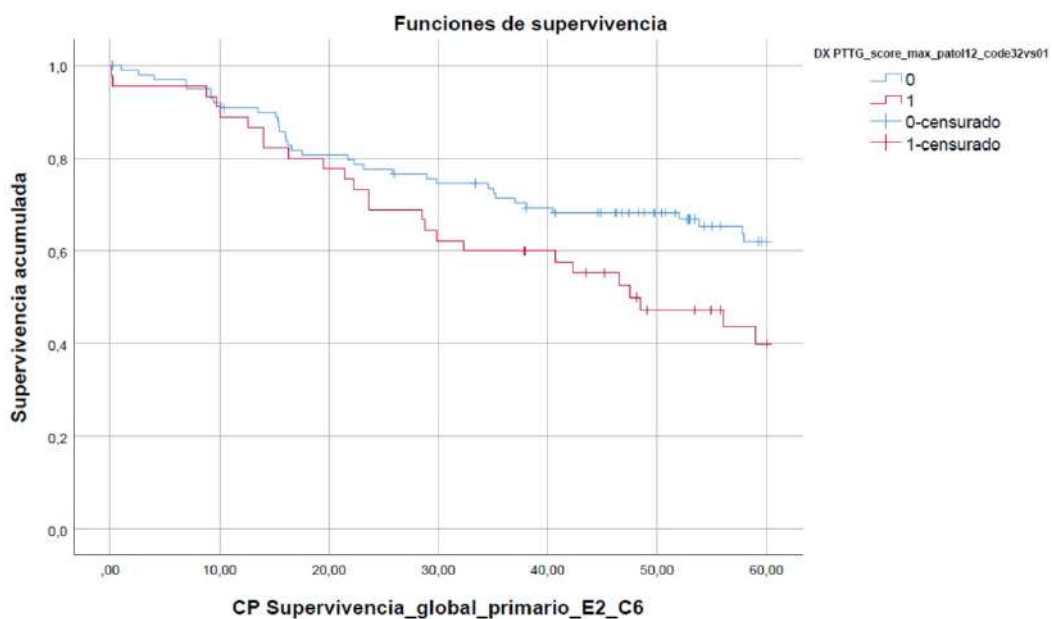


Figura 1. Asociación de PTTG con supervivencia en todos los pacientes con adenocarcinoma y seguimiento a los 5 años (N=145; p=0.032)

P57- RADIOCIRUGÍA FRAMELESS EN HOSPITAL U. SAN CECILIO, ANÁLISIS INICIAL

Prieto Prieto, C.; Sánchez Camarasalta, M.; Montoya García, J.; Moreno Sáez, C.; Martín Molina, J.P.; Castillo Pérez, I.

Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

La radiocirugía sin marco estereotáxico invasivo "frameless" es una técnica cuyo uso está en aumento para el tratamiento de metástasis cerebrales debido a su factibilidad por el uso de la IGRT y su comodidad para el paciente.

Objetivos

Presentar los primeros resultados tras 2 años de la puesta en marcha de la técnica de radiocirugía frameless en nuestro centro.

Metodología

El tratamiento se realiza en un ALE (Infinity, Elekta) mediante arcoterapia dinámica conformada con arcos no coplanares planificada mediante el sistema Pinnacle por parte del servicio de Radiofísica. Para el procedimiento se dispone de un inmovilizador Electa Fraxion, mesa robotizada con 6 grados de libertad e IGRT. El contorneo lo realiza el Oncólogo Radioterápico y se utiliza fusión con RMN. Los volúmenes diana son revisados a conjunto con Radiodiagnóstico.

Desde Enero de 2020 hasta la actualidad se ha realizado radiocirugía en un total de 34 lesiones en 21 pacientes con edades comprendidas entre 44 y 76 años (media 58,6). Proviene en su mayor parte metástasis de carcinomas de pulmón (57%), seguido de melanoma (14%) u otros tumores malignos como cáncer de recto (1 caso), mama (1 caso), renal (1 caso), ovario (1 caso), recaída local de glioblastoma multiforme (1 caso) y meningioma (1 caso). La dosis prescritas fueron entre 18 y 24 Gy (Media: 21,35Gy). El tamaño medio de las lesiones medidas en RMN fue de 10,93mm (1-30mm), siendo el volumen medio de PTV 3,1cc (0,23-11,58cc). El margen de PTV es de 2-3mm. La media de tiempo transcurrido entre RMN de simulación y el momento de tratamiento es aproximadamente 1 semana (5-12 días).

Resultados

Con una mediana de seguimiento de 8 meses, obtuvimos un control local de las lesiones tratadas del 77% (6 fallos locales), en el 28,5% de los pacientes aparecieron nuevas lesiones cerebrales. El intervalo libre de progresión de las lesiones es de 7,8 meses (0-23 meses). El 71,42% (n=15) de los pacientes siguen vivos en la actualidad. No ocurrieron toxicidades agudas destacables.

Conclusiones

La radiocirugía frameless llevada a cabo en nuestro hospital, es una técnica eficaz, segura y cómoda para el paciente que, en nuestra corta y heterogénea serie de pacientes, ha demostrado obtener buen control local con mínima toxicidad.

P58- EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE LA RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁCTICA (SRS) EN METÁSTASIS CEREBRALES

Sonera Marcos, L.*; Romero Pareja, P.*; de Haro Piedra, R.; Montero Perea, E.*; Muñoz Carmona, D.M.*

** Servicio de ORT Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla*

Introducción

Las metástasis cerebrales son el tumor maligno más común del SNC y pueden originarse en casi cualquier tumor primario y afectar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Hipótesis

La SRS en pacientes con MC puede ser ofrecida de manera independiente a la dosis total y esquema de fraccionamiento consiguiendo excelentes resultados de control local con toxicidad aceptable.

Objetivos

Evaluar la relación de la dosis y el control local de la enfermedad utilizando los criterios RANO y el grado de toxicidad aguda y tardía según RTOG en pacientes tratados con SRS.

Metodología

Se analizaron los datos de 27 pacientes tratados con SRS entre 2017 y 2021. Los objetivos incluyeron control local, respuesta, toxicidad aguda y desarrollo de radionecrosis.

Resultados

Se analizaron 27 pacientes con mediana de edad de 59 años y mediana de seguimiento de 9,23 meses (1-43,5 meses). El tumor primario más frecuente fue CPCNP (55,56%). Se utilizó un fraccionamiento de dosis única (18Gy/1fr) en 8 pacientes (30%) y un fraccionamiento de dosis múltiple (30Gy/3fr) en 19 pacientes (70%).

A los 3 meses, 8 pacientes (40%) conseguían respuesta completa, 6 (30%) respuesta parcial y 6 (30%) mantenían enfermedad estable. A los 6 meses, el 45% de los pacientes presenta progresión y el 55% logra control local.

El 25% presentó toxicidad aguda grados 1-2, sin objetivar toxicidades grado 3-4 de la RTOG. Ningún paciente tratado con dosis única desarrolló radionecrosis.

Conclusiones

No hay diferencias significativas entre la respuesta radiológica y el esquema de dosis utilizado. El factor pronóstico más significativo en los pacientes con MC es el DS-GPA.

P59- FAST-FORWARD PARA CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL U. SAN CECILIO

López García, M.P.; de Haro Bueno, C.; Prieto Prieto, C.; Castillo Pérez, I.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

A la luz de los resultados a 5 años del estudio FAST-FORWARD y acentuado por la pandemia del SARS-CoV2, se ha extendido el uso de este esquema de hipofraccionamiento por todo el mundo, aunque todavía existen dudas sobre su toxicidad a largo plazo y si podrá hacerse extensivo a estadios más avanzados.

Objetivo

Analizar retrospectivamente los resultados de toxicidad y control local en pacientes tratadas con esquema FAST-FORWARD en nuestro centro.

Materiales y Métodos

Entre Enero de 2018 y Diciembre de 2021 se han tratado 69 pacientes con una mediana de edad de 76 (52-90) años, con esquema FAST-FORWARD tras cirugía de la mama. En su mayoría fueron cirugías conservadoras 71%, y el resto mastectomías 26,1%, hubo un caso que no se intervino. En cuanto al grupo pronóstico el 42% era estadio I; el 29% estadio II; el 20,2% estadio III y un 5,8% estadio IV. En 4 pacientes los márgenes estaban afectos.

La dosis de radioterapia administrada ha sido de 26Gy a un fraccionamiento de 5,2 Gy/fracción, una sesión al día, cinco días seguidos. Dos pacientes recibieron una sesión más de forma secuencial en el lecho quirúrgico hasta llegar a 31,2Gy. En 18 de ellas (26%) se realizó un boost integrado hasta 29Gy a 5,8Gy/fx. En el 30,4% de los casos se irradiaron las áreas ganglionares.

Se evaluó la toxicidad del tratamiento de acuerdo a la escala CTCAEV4.0.

Resultados

Con una media de seguimiento de 6 meses (0-35), no hay ningún caso de recaída local.

En cuanto a la tolerancia, el 40% de las pacientes no desarrollaron radiodermitis aguda, el 53% grado 1 y un tan solo un 7% toxicidad grado 2. De las que recibieron radioterapia ganglionar, el 14% (n=3) tuvo esofagitis grado 1. Tan solo un 5% (n=3) refirió astenia leve.

Tras el tratamiento, como toxicidad crónica se describe radiodermitis-eritema residual en el 27.5%; hiperpigmentación en un 8%, fibrosis un 8% y un 5,7% de edema mamario.

Conclusiones

Los resultados obtenidos de nuestra serie indican que este esquema es bien tolerado incluso para las pacientes con irradiación ganglionar. Posiblemente el mayor porcentaje de eritema residual como toxicidad crónica con respecto a otras series publicadas, se deba a que aún las pacientes no se han recuperado de la toxicidad aguda. Precisamos de mayor tiempo de seguimiento para obtener resultados más contundentes.

P60- REIRRADIACIÓN EN RECAIDA DE CÁNCER DE MAMA EN HOSPITAL U. SAN CECILIO

Gómez Pérez, F.; López García, M.P.; Hernández Uribe, V.
Servicio de ORT Hospital U. San Cecilio. Granada

Introducción

Entre un 8-11% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama desarrollarán recidivas locorregionales. El tratamiento estándar en este escenario, consiste en la realización de una mastectomía, dado que, si sólo se realiza tumorectomía, el riesgo de una segunda recaída local pasa a superar el 20%, por lo que diversos estudios han planteado esquemas de reirradiación que permitan control local limitando los efectos tardíos graves, uno de ellos es el hiperfraccionamiento con radioterapia externa.

Objetivos

Revisar retrospectivamente los resultados clínicos de una cohorte de pacientes con recaída local reirradiadas en nuestro centro.

Metodología

Entre 2012 y 2021, se han reirradiado 28 mujeres de una edad media de 61 años, operadas cirugía conservadora (78%) o mastectomía (22%) tras una recaída local. El primer curso de RT consistió en esquemas normofraccionados (60%) e hipofraccionados con STARTB (40%). El esquema utilizado para reirradiación fue el hiperfraccionamiento con dosis entre 40-60GY (1.10-2.4Gy por fracción, dos veces al día, separado por 6 horas) administrado sobre la glándula mamaria o la pared torácica.

Resultados

El intervalo de tiempo medio entre el primer y el segundo curso de radioterapia fue de 10.8 años (1-36). La media de seguimiento desde la reirradiación es de 30,64 meses (1-99). Dos pacientes han desarrollado una nueva recaída local. Tres pacientes han progresado a distancia (uno de ellos falleció) pero el resto siguen vivos. En cuanto a toxicidad aguda se observó radiodermatitis en todos los pacientes, grado 1 en el 71%, grado 2 en el 21,4% y 7% grado 3. La toxicidad crónica recogida como cualquier grado de fibrosis se observó en el 46% de las pacientes.

Conclusiones

El esquema de reirradiación más ampliamente usado es el de 45Gy a 1.8Gy/fracción (RTOG 1014) mostrándose que la toxicidad tanto aguda como tardía es aceptable, con alentadores resultados en cuanto a control local.

P61- NECESIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX EN EL ESTADIO LOCAL DEL CÁNCER EPIDERMOIDE DE CABEZA Y CUELLO

Saavedra Bejarano, J.; González Ruiz, M.A.; Vicente Ruiz, P.; Campos Rivera, G.; Pachón Ibáñez, J.; Carrasco Peña, F.

Servicio de ORT Hospital U. Virgen Macarena. Sevilla

Introducción

La incidencia de metástasis en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello (CECC) es menor que en otras neoplasias, siendo el lugar más frecuente de metástasis la localización pulmonar. En los pacientes con enfermedad en estadio local esta incidencia es aún menor. Actualmente no existen recomendaciones globales sobre cuándo y en qué pacientes con CECC se debe solicitar una tomografía computarizada (TC) de tórax en el momento del diagnóstico para detectar nódulos sospechosos de metástasis.

Objetivos

Analizar la incidencia de metástasis pulmonares así como de nódulos pulmonares inespecíficos y la posible relación con las características de los pacientes o la propia neoplasia. Metodología:

Se incluyeron 47 pacientes con CECC en estadio local tratados entre enero de 2013 y diciembre de 2015 en los servicios de radioterapia de la provincia de Sevilla, tratados en los Hospital Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío. Realizamos un seguimiento de al menos 5 años.

Resultados

Ningún paciente de nuestra serie presentaba metástasis pulmonares en el momento del diagnóstico del CECC ni durante el seguimiento. El 6,4% de los pacientes presentaban una segunda neoplasia pulmonar primaria en el momento del diagnóstico y el 23,4% tenían nódulos pulmonares inespecíficos, los cuales fueron más frecuentes en los varones, en las neoplasias laríngeas y en el estadio II. Ninguno de estos nódulos hizo metástasis tras el seguimiento.

No hubo diferencias en la supervivencia según la presencia o ausencia de nódulos pulmonares inespecíficos tras el tratamiento con intención radical, siendo la mediana de supervivencia global de 72 meses para los pacientes con nódulos pulmonares inespecíficos y de 70 meses para los pacientes sin nódulos pulmonares inespecíficos ($p=0.762$).

Se observó recidiva locorregional en el 14,9% de la muestra ($n=7$), presentando una mayor supervivencia los pacientes que no presentaron recidiva en comparación con el grupo que si la presentó.

Conclusiones

La incidencia de metástasis pulmonares en pacientes con CECC en estadio local es baja, por lo que no parece necesario solicitar una TC de tórax como estudio de extensión en todos estos pacientes. La presencia de nódulos inespecíficos no debe modificar el enfoque terapéutico.



SOCIEDAD ANDALUZA DE
CANCEROLOGÍA

ARCHIVOS ANDALUCES DE CANCEROLOGÍA

(Edición Especial)

REVISTA SAC- VOL. 14- Nº 2- 2022. ISSN: 1577-6875

Órgano de expresión de la Sociedad Andaluza de Cancerología
Fundada en 1961