



R E V I S T A  
**ARGENTINA**  
*de Cancerología*

Volumen XXXIII - Nº 1 - 2005

*COMISIÓN DIRECTIVA 2004-2005*

**Presidente:**

Dra. Clelia M. Vico

**Vicepresidente:**

Dra. Stella Maris A. Espora

**Secretario General:**

Dra. Silvia L. Jovtis

**Secretario de Actas:**

Dra. Claudia A. Pazos

**Tesorero:**

Dra. Mónica L. Lopez

**Director de Publicaciones:**

Dra. Liliána del C. González

**Vocales Titulares:**

Dr. Daniel E. Maldonado

Dr. Luisa Rafailovici

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Dr. Eduardo Almira

**Organo de Fiscalización:**

Dr. Mario F. Bruno

Rosa W. de Levin

**Past Presidents:**

Dr. Norberto L. Brocato (1996-97)

Dr. Antonio Guardo (1998-99)

Dra. Silvia L. Jovtis (2000-01)

Dra. Stella Maris A. Espora (2002-03)

**Miembros Honorarios**

**Nacionales:**

Dr. Carlos Reussi†

Dr. Roberto A. Garriz†

Dr. Juan J. Fontana†

Dr. Frederico Pilheu

Dr. José J. Mayo

Dr. Juan J. Corbelle

Dr. Emilio Etala†

Dr. Bernardo Dosoretz

Dra. Ofelia T. de Estévez

Dr. Diego L. Perazzo

Dr. José Schavelzon

Dr. Salomón Barg†

Dr. José R. Pereira Quintana

Dr. Roberto A. Votta†

Dr. Roberto A. Estévez†

Dr. Mario F. Bruno

Dr. Amadeo Espeche

Dr. Silvio De Marco

Dr. Héctor La Ruffa

Dr. Armando Motto†

Dr. Juan Carlos Ahumada

Dr. Eleodoro Grato Bur†

Dr. Angel N. Braco†

**Miembros Correspondientes**

**Extranjeros:**

Dr. Claudio Prieto (Paraguay)

Dr. Miguel Torres (Uruguay)

Dr. Hiram Silveira Lucas (Brasil)

Dr. Gabriel Hortobagyi (Estados Unidos)

Dr. Diego Noreña (Colombia)

Dr. Natale Cascinelli (Italia)

Dr. Peter Boyle (Gran Bretaña)

Dr. Martin Mihm (Estados Unidos)

Dr. Emilio García Giral (Francia)

Dr. Michael Katin (Estados Unidos)

Dr. Andre Murad (Brasil)

Dra. Judith Carro (Uruguay)

Dr. Adalberto Broecker Neto (Brasil)

Dr. Juvenal Oliveira Filho (Brasil)

Dr. Guillermo Ramírez (EE.UU.)

Dr. John Horton (EE.UU.)

Dra. Graciela Garton (EE.UU.)

Lic. Enf. Judith Villagra (Uruguay)

1º Filial de la SAC  
USHUAIA



ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

ORGANO DE LA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGIA  
ASOCIACION CIVIL

*Editada desde 1962.*  
**1993: Mención otorgada por la**  
*Biblioteca de la Facultad de*  
*Medicina de la U.B.A.*

Sociedad Argentina de Cancerología  
Miembro de la Federación de Sociedades  
de Cancerología del Mercosur



# **INDICE**

<b>EDITORIAL</b>	<b>6</b>
Dr. Hugo A. Signori	
<b>CONSENSO NACIONAL INTER-SOCIEDADES SOBRE PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA</b>	<b>10</b>
Asociación Médica Argentina Federación Argentina de Urología Sociedad Argentina de Cancerología Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica Sociedad Argentina de Urología	
<b>LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO</b>	<b>34</b>
A. Tecles, M. Farinella, A. Pallero, G. Maddalena, V. Tosoni, N. Burgos, C. Mazzitelli, N. González, F. Carrizo, M. Signetti, M. Restano, H. Carvallo, G. Calviño	
<b>ACTUALIZADOR BIBLIOGRÁFICO</b>	<b>39</b>
<b>CALENDARIO ONCOLOGICO</b>	<b>41</b>

**La Revista Argentina de Cancerología** es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.  
Es editada y distribuida en Argentina por Publicaciones Latinoamericanas SRL, Dr. Ramón Carrillo 294 (C1275AHF) Buenos Aires. Telefax: 4305-3310 (línea rotativa). e-mail: p-latino@netizen.com.ar

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.  
El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición, es de exclusiva responsabilidad de los autores. Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X



## EDITORIAL

El *cáncer de próstata* es el cáncer más frecuente del hombre y el segundo en mortalidad luego del de pulmón. Tiene una historia natural muy variable y en su mayor parte subclínica.

Las estadísticas nunca mienten, pero... numerosos interrogantes quedan aún por resolver.

La *detección* y el tratamiento tempranos parecerían mejorar la supervivencia. Sin embargo, los niveles de evidencia actuales nos dicen que posiblemente estemos detectando cánceres subclínicos, realizando sobretratamiento y ocasionando daños permanentes en muchos casos, por lo que los riesgos del screening superarían a los beneficios.

¿Ha disminuido la mortalidad por los nuevos tratamientos quirúrgicos o radiantes, o ha migrado el estadio inicial al ser controlados los pacientes a partir de una detección más temprana?

Se produjo un franco aumento de la detección en 1980-1990, atribuido principalmente a la utilización del antígeno prostático específico (PSA). No obstante, la mayor parte de las detecciones deberían ser atribuidas al auge de la resección transuretral de próstata (RTU). El lento y constante ascenso posterior, sí pertenece a la detección por el PSA.

Durante ese período, la *mortalidad* permaneció estable, a pesar del aumento de la detección. En realidad no ha declinado en los últimos 30 años, demostrando que la prevalencia es muy superior a la incidencia clínica.

A lo largo de toda la vida del hombre, el riesgo de cáncer histológico es del 42%, el de padecer un cáncer clínicamente significativo del 16% y el riesgo de muerte causa específica del 2,8%, con lo cual concluiríamos que 4 de cada 5 hombres no requieren tratamiento. Pero: ¿cuáles?

La *supervivencia* a 5 años sin tratamiento en los estadios locales es del 100% y en los metastásicos del 32%. Los datos actuales indican que los pacientes con edad promedio a la detección de 68 años, con enfermedad localizada y parámetros no agresivos, tienen una supervivencia promedio de 10 años; que hasta los 14 años o más la mortalidad aumenta solo un 8,5% y que por lo tanto la proporción de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata que se beneficien de un tratamiento agresivo puede ser escasa.

¿Cómo se compara la *cirugía* con la *radioterapia*? El paralelo de los resultados no puede efectuarse, dado que el estadio patológico es más fidedigno que el estadio clínico para predecir la evolución.

Los defensores de la detección temprana y de los tratamientos agresivos en todos los casos dicen que como consecuencia de esa actitud, en los próximos años se producirá un descenso de la mortalidad, hecho no observado hasta ahora. La prostatectomía radical es curativa, pero con ese criterio debe ser reservada para hombres con posibilidades de curación y que vivirán lo suficiente para beneficiarse de la cura. El diagnóstico de los cánceres de alto riesgo ha significado poco ante la ausencia de una estrategia para alterar el curso de la enfermedad, mediante una adecuada estratificación de los casos.

¿La cirugía, la radioterapia o ambas se benefician con la neoadyuvancia hormonal? ¿Durante cuánto tiempo, y antes, durante o después? En los casos avanzados, la *hormonoterapia* ¿debe ser inmediata o diferida? ¿Cuáles pacientes responderán a la hormonoterapia y cuáles no? El bloqueo androgénico ¿debe ser completo o parcial? El bloqueo parcial ¿debe ser con análogos o con antiandrogénos? ¿El bloqueo debe ser continuo o intermitente y para qué pacientes?

¿Cuál es el papel de la *quimioterapia* en el cáncer avanzado de próstata?

El *dilema médico y moral* a resolver es saber si seremos capaces de detectar y diferenciar los cánceres significativos, con riesgo de vida, de aquellos insignificantes y biológicamente no evolutivos. Es saber si debemos llevar a límites extremos de edad, de valores de PSA y de múltiples biopsias a



todos los pacientes. ¿Cuáles son los valores de PSA, los valores de corte del índice de PSA y otros parámetros que nos permitan indicar la biopsia o evitarla? ¿Debemos usar valores absolutos o ajustados por edad, velocidad, densidad, etc.? Es preciso saber qué pacientes deben ser sometidos a tratamientos curativos y a sus consecuencias y cuáles deben recibir otras terapéuticas que mejoren su calidad de vida durante el tiempo estimado de supervivencia.

*Históricamente*, los especialistas involucrados en el tratamiento del cáncer de próstata han tratado de establecer normas de conducta ante una enfermedad tan frecuente, potencialmente mortal y con tantas variables e interrogantes. Distintos criterios, enfoques e intereses han originado desencuentros entre las Sociedades que los representan, pero progresivamente han comprendido que solamente con el Consenso de todos se podrá servir adecuadamente a los pacientes.

En 1966, Charles B. Huggins nos deja su gran herencia del rol de los andrógenos en el cáncer de próstata, publicado en 1940.

En el año 1984, la Sociedad Argentina de Urología presenta en su Congreso Nacional las Pautas Básicas de Diagnóstico y Tratamiento en Cáncer Urológico, publicadas en 1986.

En 1994 el gobierno Federal de los EE.UU. interviene en la American Urological Association (AUA) en vista de los altos costos y falta de criterios uniformes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prostáticas.

En 1997, la SAU actualiza sus pautas, bajo el nombre de lineamientos (lineamientos por *guidelines*, o sea pautas...), pues aparentemente los médicos no desean ser pautados.

El Consejo Asesor Científico y Docente de PAMI, creado en 1992, firma sendos convenios con la Sociedad Argentina de Urología (SAU) y con la Federación Argentina de Urología (FAU) de colaboración científica para el desarrollo de pautas oncológicas en urología, en los años 2000 y 2001, respectivamente.

En el año 2002, las pautas uro-oncológicas son actualizadas por la FAU.

De allí, un pequeño gran paso llevó a ambas Sociedades de Urología a analizar, discutir a nivel de todas las Sociedades Representantes de todos los Urólogos del país y firmar en octubre de 2003 un *Consenso Urológico Nacional sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata*. Posteriormente el Consenso se amplió a otros tumores.

El 12 de agosto de 2004 los consensos reciben el aval Universitario de la Facultad de Medicina y de la Universidad de Buenos Aires (UBA), a través de la gestión del Profesor Titular de Urología, Dr. Osvaldo Mazza.

El día 12 de diciembre de 2003, convocada por la *Academia Nacional de Medicina (ANM)*, se realizó la primera reunión a fin de integrar un Comité Ejecutivo para la elaboración de un Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Próstata, resolviéndose en esa reunión trabajar sobre la base del Consenso Urológico Nacional.

El día 6 de octubre de 2004 a las 19 hs., luego de un año de trabajo, en la sede del Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina, se llevó a cabo la reunión del Comité Ejecutivo para la aprobación del "*Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata*".

Fueron firmantes del documento:

- Dra. Silvia Jovtis en representación de la Asociación Médica Argentina (AMA).
- Dr. Sergio Metrebián y Dr. Hugo A. Signori en representación de la Federación Argentina de Urología (FAU).
- Dr. Antonio A. Villamil, Dr. Miguel A. Costa y Dr. Alberto Casabé en representación de la Sociedad Argentina de Urología (SAU).
- Dra. Clelia Vico en representación de la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC).
- Dr. Bernardo Dosoretz y Dra. Estela Broda en representación de la Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica (SATRO).



- Dr. Gonzalo Rubio por el Instituto de Estudios Oncológicos de la Academia Nacional de Medicina. El 24 de noviembre de 2004 se presentó el Consenso oficialmente en una Reunión Pública Solemne realizada en la ANM. Esta reunión contó con la participación, además de los firmantes, de:
- Académico Juan Manuel Ghirlanda, Secretario General de la Academia Nacional de Medicina.
- Dra. Sonia Blanco, Directora Nacional de Programas Sanitarios, representante del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación quien, como reconocimiento, ofrece incorporar el logotipo del Ministerio al Consenso.
- Dra. María Angélica Pollina en representación de la Sociedad Argentina de Patología (SAP).

En esa reunión dijimos: "Concordia era la divinidad que presidía el foro romano como símbolo de la unión de las distintas jerarquías. Hoy la Concordia, el Consenso, se produce en la Academia Nacional de Medicina entre distintas Sociedades.

¿Por qué este Consenso, estas pautas o lineamientos? Si ser médico implica el ejercicio de una profesión libre, limitada solamente por el juramento realizado en beneficio del paciente, basada en el conocimiento, la experiencia y la conciencia, ¿por qué pautarla?

La información se multiplica de manera inversa a nuestro tiempo disponible, la experiencia se adquiere en forma desigual a lo largo de nuestro extenso país y la desinformación y diversos intereses crean expectativas incumplidas en la población, generando demandas irreales, no siempre las más adecuadas para los pacientes.

Las Sociedades convocadas por la Academia han aportado conocimiento, experiencia y clara conciencia de las reales necesidades y posibilidades de nuestro país al concordar en estas normas de comportamiento frente al tumor maligno más frecuente del hombre.

Son una herramienta de trabajo que ayuda pero no limita ni niega el progreso y la investigación, siempre que ésta se realice en el ámbito y en la forma adecuada. La arquitectura fue asistida por computadora mediante numerosas iteraciones, tratando de generar los caminos críticos más eficientes, representados en forma de algoritmos. Su utilización en medicina ha sido discutida. ¿Cómo aplicar un modelo matemático a un paciente? Brevemente, introduciendo variables de valor humano, como comorbilidad, expectativa de vida, síntomas, deseos y aceptación del paciente, y criterio del médico. El contenido es entonces científico, pero también humano.

Así, mientras esperamos el ideal de responder a todos los interrogantes, debemos tratar que nuestros pacientes obtengan un real beneficio en su salud, utilizando los medios probados que estén a nuestro alcance, del paciente y del sistema de salud, ateniéndonos a *Pautas Consensuadas* y brindando información científica y ética a los especialistas. Tal vez así evitaremos que las palabras de René Gutman, dichas en 1954, se conviertan en realidad: *"El enfermo desamparado tiene la sensación de que nadie le va a explicar nada. Entonces los enfermos en filas anónimas, movidas por una escala rodante delante de instrumentos sucesivos, serán electrónicamente auscultados, radiografiados, analizados, isotopados y al final de la cadena recibirán un tratamiento impreso, mientras el diagnóstico será dirigido hacia un aparato donde inmensas estadísticas se harán solas. Hasta los muertos serán tratados científicamente y nada subsistirá. Solamente el alma no podrá ser captada y quedará como objeto de escándalo en esta edad cruel de Moloch..."*.



# **Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata**

**Asociación Médica Argentina  
Federación Argentina de Urología  
Sociedad Argentina de Cancerología  
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica  
Sociedad Argentina de Urología**

**Las entidades científicas involucradas en el estudio y tratamiento de esta patología han concretado la elaboración de un documento denominado Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta frecuente afección.**

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, las entidades participantes avalan este Consenso multidisciplinario, que aúna los criterios propuestos por todos los profesionales que se encuentran comprometidos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.

Está previsto que las entidades participantes del Consenso realicen en forma periódica una revisión de lo acordado a fin de incorporar los permanentes avances que se producen en este campo específico de la Medicina.

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido del presente documento en todas las áreas y entidades responsables de los manejos de la salud, institutos nacionales, PAMI, provinciales, municipales, colegios médicos, entidades de medicina prepaga, obras sociales, mutuales, hospitales de comunidad, hospitales universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.



**1**

## **Carcinoma de próstata Algoritmo diagnóstico y terapéutico Diagnóstico**

**A todo paciente mayor de 50 años que concurra a la consulta se le realizará:**

**1 - Tacto rectal (TR) y antígeno prostático específico (PSA).**

**2 - Si el tacto rectal es patológico,**

3 y 4 - *cualquiera sea el valor del PSA se debe realizar*

14 - biopsia prostática, preferentemente ecodirigida (ecografía prostática transrectal, EPTR).

**5 - Si el tacto rectal es normal,**

6 - *el curso a seguir depende del valor del PSA ajustado por edad, método y velocidad.*

7 - Si el PSA es menor de 4 ng/ml,

8 - el paciente es controlado anualmente con tacto rectal y PSA.

9 - Si el PSA se encuentra entre 4 y 10 ng/ml,

10 - se obtiene el índice de PSA (PSA libre / PSA total x 100).

11 - Si el índice es igual o mayor a 18%,

12 - el paciente es controlado cada 6 meses con TR y PSA.

13 - si el índice es menor a 18%, se indica

14 - biopsia, preferentemente ecodirigida.

18 - Si el PSA es mayor de 10 ng/ml, se realiza siempre

14. biopsia, preferentemente ecodirigida.

15. Si el resultado de la biopsia es positivo,

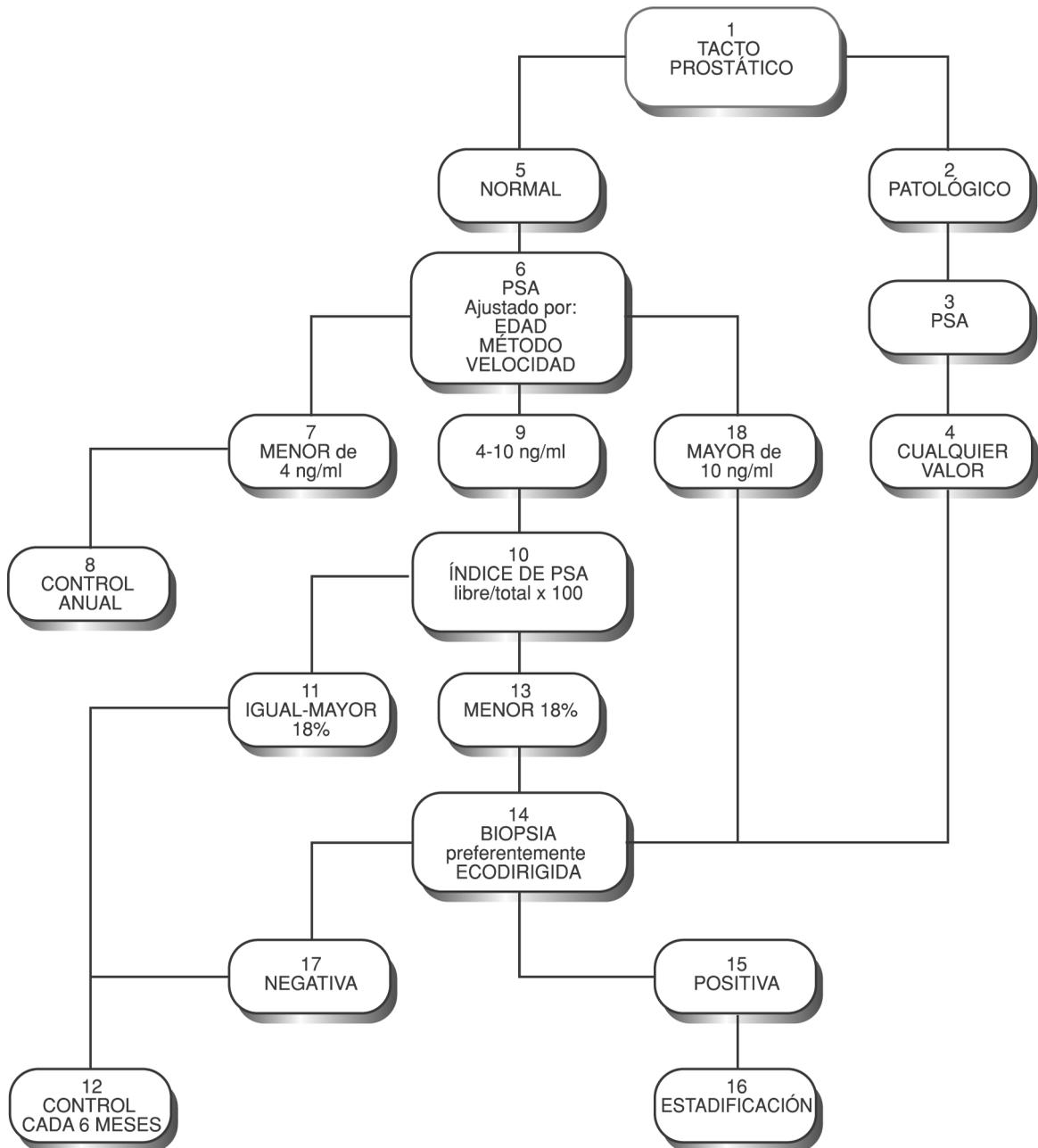
16. el paciente se estadifica.

17. Si el resultado de la biopsia es negativo,

12. el paciente es controlado cada 6 meses con TR y PSA.



# 1 Carcinoma de próstata Algoritmo diagnóstico y terapéutico Diagrama 1 - Diagnóstico

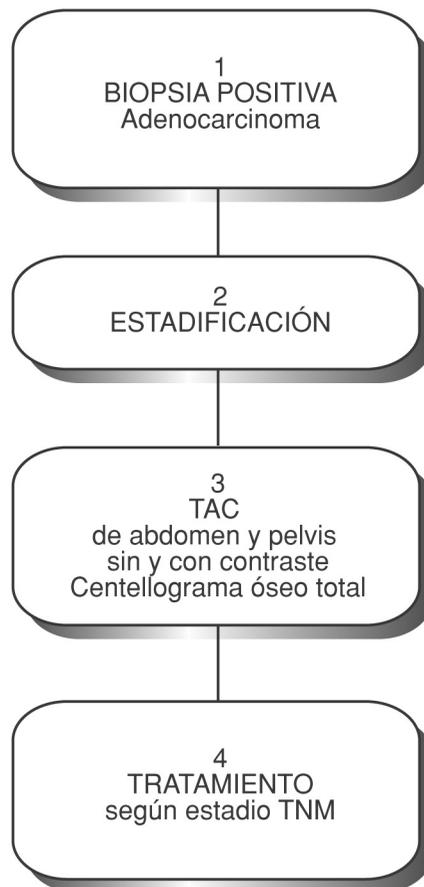




2

## Carcinoma de próstata Diagrama - Estadificación

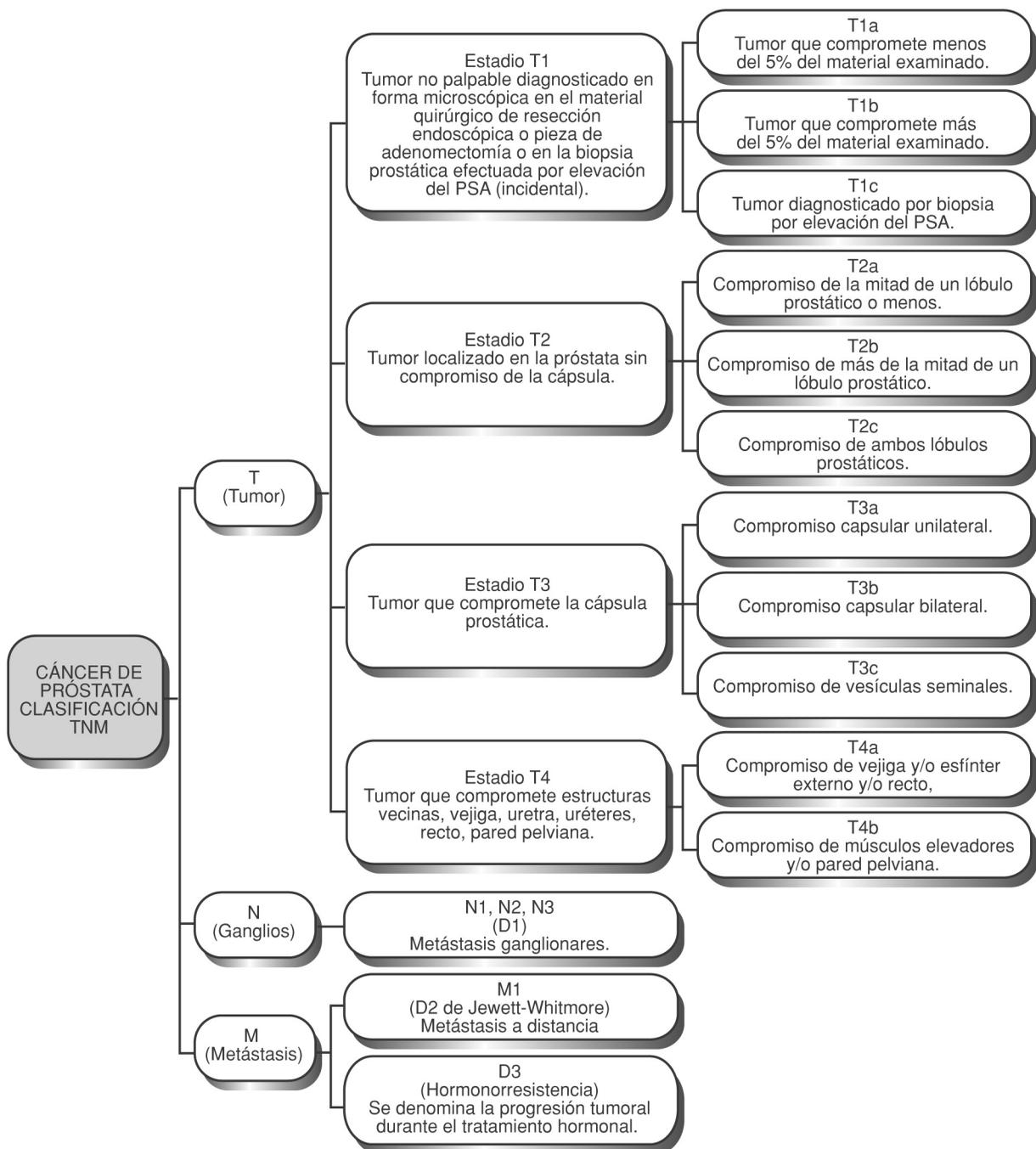
- 1 - Una vez confirmado el diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma de próstata,
- 2 - *el paciente se estadifica.*
- 3 - Se realizan tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis sin y con contraste y centellograma óseo total,
- 4 - mediante los cuales se determina el estadio TNM, y de acuerdo con éste se indica el tratamiento correspondiente.





## Carcinoma de próstata

### Diagrama 3 - Clasificación TNM





## Carcinoma de próstata Tratamiento Estadio T1

### 1 - Estadio T1.

#### 2 - *En el estadio T1a*

3 - *se realiza solamente control cada seis meses con tacto rectal y PSA.*

#### 4 - *En los estadios T1b o T1c,*

5 - *según la expectativa de vida estimada del paciente.*

6 - Si se considera que ésta será de menos de 10 años por comorbilidad,

7. se discute con el paciente la posibilidad de controlarlo sin tratamiento.

8 - Si el paciente acepta el control y se encuentra asintomático,

9. queda en observación.

10 - Si el paciente no acepta el control o tiene síntomas como consecuencia de su enfermedad prostática,

11 - recibirá tratamiento.

12 - Si el paciente es menor de 80 años,

17 - se indicará radioterapia, ya sea externa (preferentemente tridimensional conformada (3D) o intersticial (braquiterapia).

18 - Opcionalmente,

19 - el urólogo puede realizar la prostatectomía radical.

13 - Si el paciente tiene edad mayor de 80 años,

14. se indicará hormonoterapia.

15 - Opcionalmente,

16 - el especialista puede indicar radioterapia, ya sea externa (preferente tridimensional conformada (3D) o intersticial (braquiterapia).

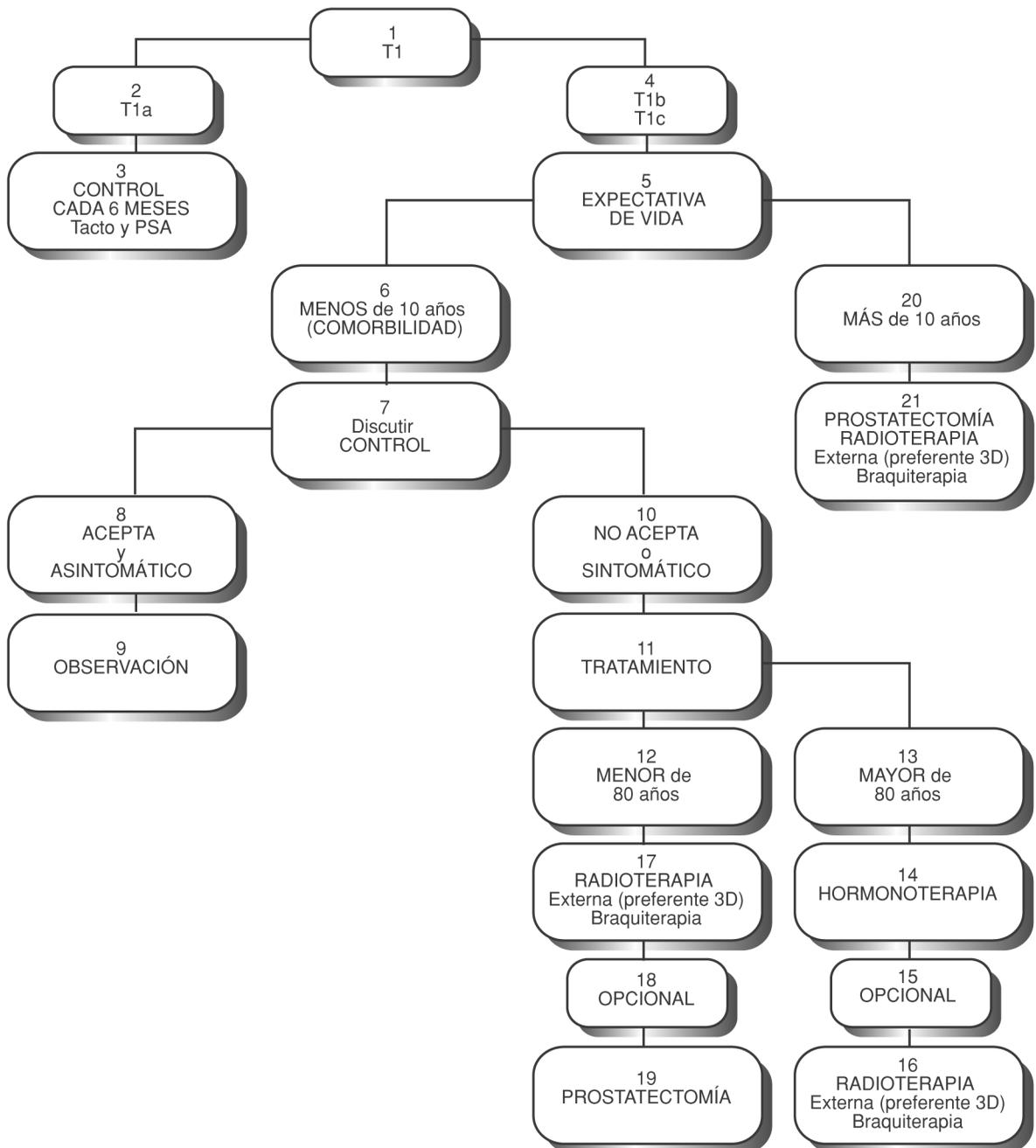
20 - Si se considera que la expectativa de vida del paciente es de más de 10 años,

21 - se realizará prostatectomía radical o radioterapia, ya sea externa (preferente tridimensional conformada (3D) o intersticial (braquiterapia).



4

### Carcinoma de próstata Diagrama 4 - Tratamiento estadio T1





## Carcinoma de próstata Tratamiento Estadio T2

### 1 - Estadio T2.

#### 2 - **En el estadio T2a,**

3 - *si la expectativa de vida estimada*

21 - se considera que será de más de 10 años,

22 - se indica la prostatectomía radical o la radioterapia, ya sea externa (preferente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia).

#### 2 y 23 - **En cualquier estadio T2 (T2a-T2b-T2c),**

3 y 24 - *si la expectativa de vida estimada*

4 - se considera que será de menos de 10 años por comorbilidad,

5 - se discute con el paciente la posibilidad de controlarlo sin tratamiento.

6 - Si el paciente acepta el control y se encuentra asintomático,

7 - queda en observación.

8 - Si el paciente no acepta el control o tiene síntomas como consecuencia de su enfermedad prostática,

9 - recibirá tratamiento.

10 - Si el paciente es menor de 80 años,

13 - en cualquier T2 (T2a-T2b-T2c)

18 - se indicará radioterapia, ya sea externa (preferentemente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia);

11 - en el T2b-T2c,

12 - con o sin hormonoterapia neoadyuvante previa durante tres a seis meses.

19 - Opcionalmente,

20 - el urólogo puede realizar la prostatectomía radical.

14 - Si el paciente es mayor de 80 años,

15 - Se indicará hormonoterapia.

16 - Opcionalmente,

17 - El especialista puede indicar radioterapia, ya sea externa (preferentemente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia).

#### 23 - **En los estadios T2b y T2c,**

24 - *si la expectativa de vida estimada*

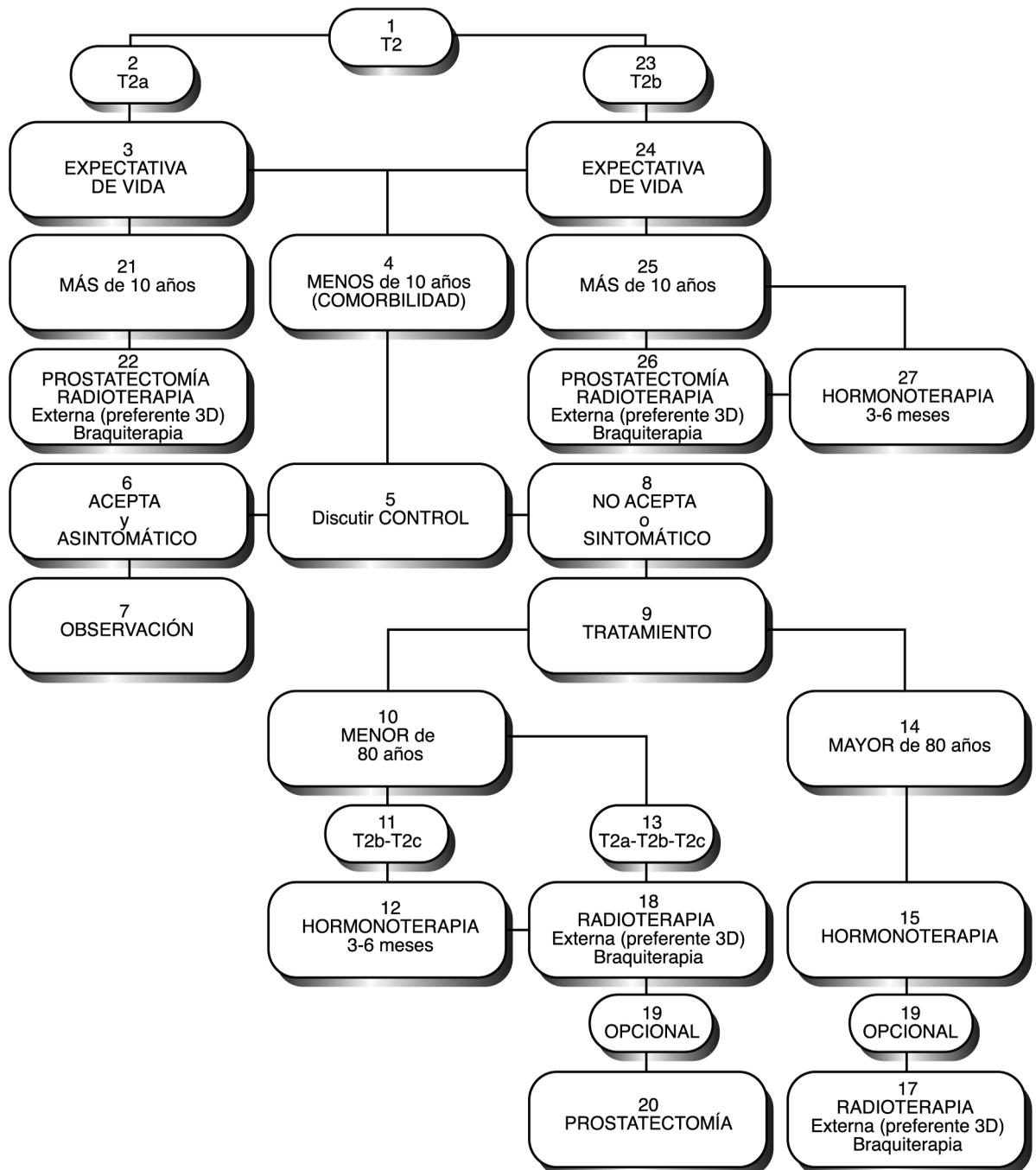
25 - se considera que será de más de 10 años,

26 - se indicará la prostatectomía radical o la radioterapia, ya sea externa (preferente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia)

27 - con o sin hormonoterapia neoadyuvante previa durante 3 a 6 meses.



# 5 Carcinoma de próstata Diagrama 5 - Tratamiento estadio T2





**6**

**Carcinoma de próstata  
Tratamiento  
Estadio T3**

**1 - Estadio T3.**

**2 - Se indica en todos los casos hormonoterapia.**

3 - Según la edad,

4 - si el paciente es menor de 80 años,

5 - se indica la hormonoterapia en forma neoadyuvante durante 3 a 12 meses a criterio del especialista.

6 - Luego de ese período de tratamiento se reevalúa al paciente.

7 - Si hay buena respuesta local y

8 - la expectativa de vida estimada

9 - es de más de 10 años,

10 - está indicada la prostatectomía radical o la radioterapia,

ya sea externa (preferente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia), preferente complementaria de la radioterapia externa.

13 - Si la expectativa de vida estimada es de menos de 10 años por comorbilidad,

16 - puede continuar con hormonoterapia en forma definitiva o

14 - puede indicarse radioterapia, ya sea externa (preferente tridimensional conformada [3D]) o intersticial (braquiterapia), preferente complementaria de la radioterapia externa.

11 - Opcionalmente, después de la prostatectomía o de la radioterapia,

12 - puede realizarse hormonoterapia adyuvante durante 3 a 6 meses.

15 - Si luego de reevaluar al paciente después de la neoadyuvancia, la respuesta local fuera insuficiente como para considerar un tratamiento curativo,

16 - se indica hormonoterapia definitiva.

19 - Opcionalmente o

17 - si hubiera progresión local sintomática,

18 - puede indicarse radioterapia paliativa prostática (preferente tridimensional conformada [3D]).

20 - Si el paciente es mayor de 80 años,

16 - permanece en terapia hormonal definitiva.

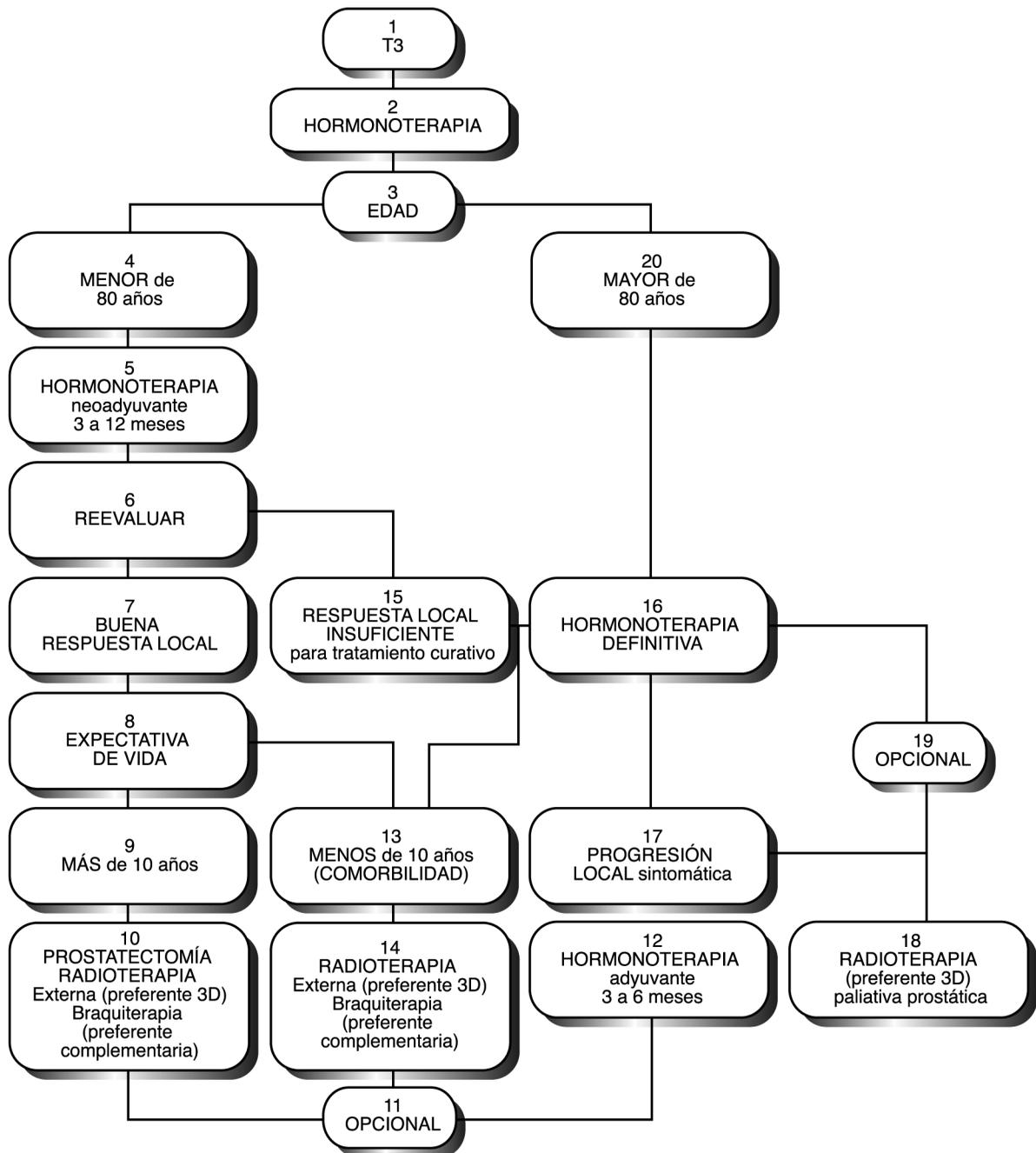
19 - Opcionalmente o

17 - si durante la hormonoterapia definitiva el paciente presentara progresión local sintomática,

18 - puede indicarse radioterapia paliativa prostática (preferente tridimensional conformada [3D]).



## Carcinoma de próstata Diagrama 6 - Tratamiento estadio T3





## Tratamiento hormonal Estadios avanzados

- 1 - **El tratamiento hormonal definitivo está indicado en:**
  - 2 - **Cualquier T con las siguientes condiciones:**
  - 3 - *pacientes que presenten comorbilidad que contraindique la cirugía o la radioterapia o*
  - 4 - *pacientes con PSA mayor a 50 ng/ml.*
  - 5 - **Si existe progresión humoral después de:**
    - 6 - *radioterapia, cuando el PSA es mayor a 7 ng/ml.*
    - 7 - *prostatectomía, cuando el PSA es mayor a 4 ng/ml.*
  - 8 - **En estadios T1b-T1c-T2, en pacientes mayores de 80 años, con menos de 10 años de sobrevida, que no aceptan control o tienen síntomas como consecuencia de su enfermedad prostática.**
  - 9 - **En el estadio T3, después de reevaluar la respuesta local a la neoadyuvancia o en mayores de 80 años.**
  - 10 - **Estadios T4, o N1-N2-N3, o M1.**
- 11 - **El tratamiento hormonal podrá ser:**
  - 12 - **El bloqueo completo o terapia combinada,**
    - 13 - *ya sea orquiectomía bilateral más antiandrógenos, o análogos LHRH más antiandrógenos.*
  - 14 - **El bloqueo parcial o monoterapia, en forma opcional,**
    - 15 - *ya sea la orquiectomía bilateral, o análogos LHRH, o antiandrógenos solamente.*
  - 16 - **Concomitantemente se evaluarán y tratarán las complicaciones que se presenten.**
    - 17 - *Las complicaciones obstructivas infravesicales o ureterales, mediante*
      - 18 - *resección transuretral de la próstata (RTUP), derivaciones urinarias o radioterapia paliativa prostática.*
      - 19 - *Los eventos esqueléticos, mediante*
        - 20 - *bifosfonatos (ácido zoledrónico) o los corticoides y*
        - 21 - *la radioterapia de las metástasis, el estroncio 89 o el samario 153.*
  - 22 - **Progresión**

Ante la progresión de la enfermedad durante el tratamiento hormonal, se podrán plantear las siguientes tácticas terapéuticas de manipulación hormonal:

    - 23 - **Suspensión del antiandrógeno por 3 meses y evaluar la evolución del PSA.**
    - 24 - **Cambio de antiandrógeno.**
    - 25 - **Estrógenos.**
    - 26 - **Fosfato de estramustina.**
    - 27 - **Ketoconazol.**
  - 28 - **Hormonoresistencia.**

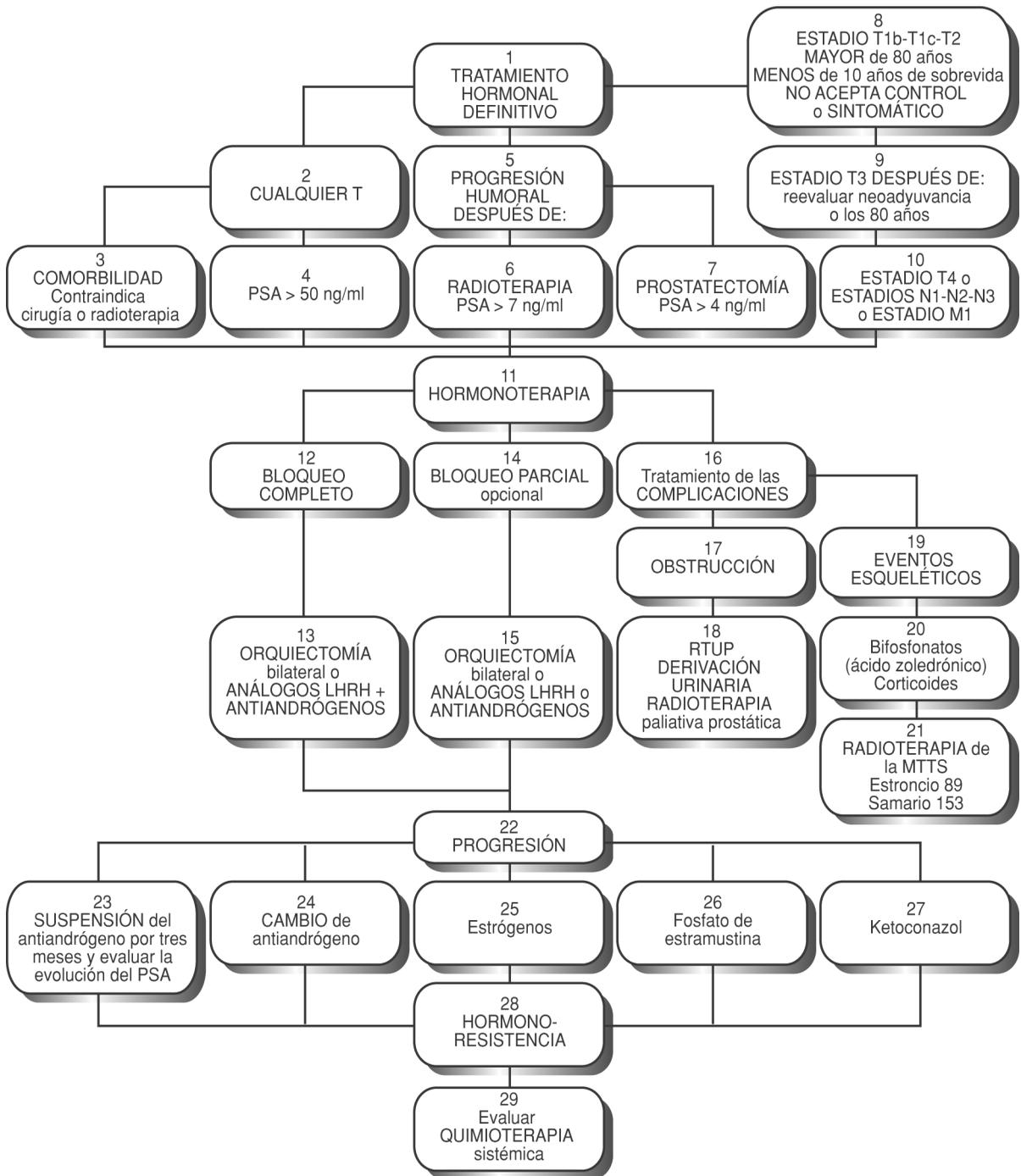
Estadio D3: cuando el tumor adquiere resistencia hormonal (D3), se deberá

    - 29 - **evaluar la quimioterapia sistémica.**



# 7 Carcinoma de próstata

## Diagrama 7 - Tratamiento hormonal estadios avanzados



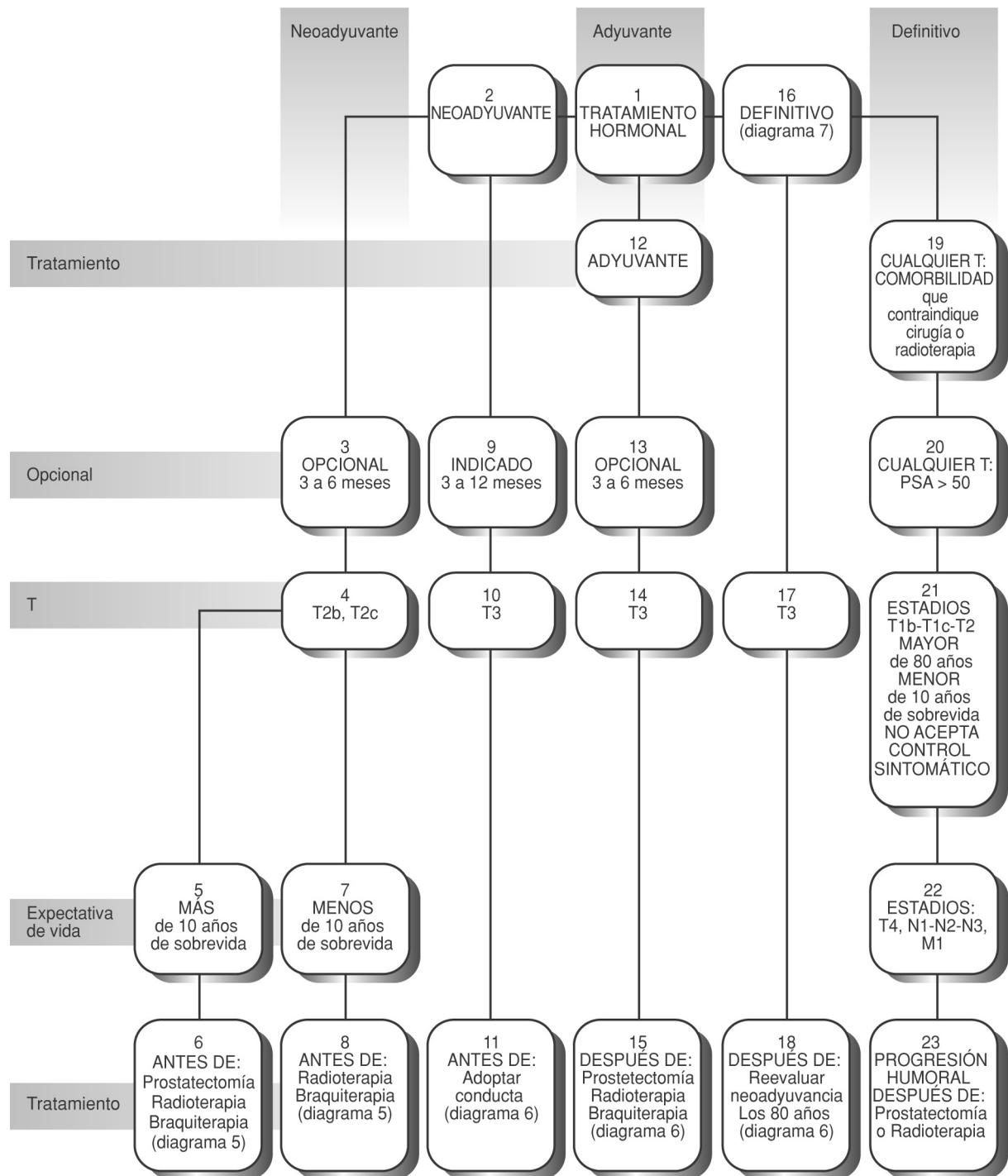


## Carcinoma de próstata Tratamiento hormonal Indicaciones

- 1 - El tratamiento hormonal podrá ser, de acuerdo con el estadio, edad, expectativa de vida, comorbilidad, síntomas y aceptación del paciente:
  - 2 - **Neoadyuvante, ya sea**
    - 3 - *Opcional durante 3 a 6 meses a criterio del especialista,*
    - 4 - En el estadio T2b y T2c
      - 5 - Si el paciente tiene una expectativa de vida estimada de más de 10 años,
        - 6 - antes de: prostatectomía radical o radioterapia externa o intersticial (braquiterapia) (diagrama 5).
        - 7 - Si el paciente tiene una expectativa de vida estimada de menos de 10 años y no acepta control o se encuentra sintomático como consecuencia de su enfermedad prostática,
          - 8 - antes de: radioterapia externa o intersticial (braquiterapia) (diagrama 5).
      - 9 - *Indicación recomendada durante 3 a 12 meses a criterio del especialista,*
      - 10 - En el estadio T3,
        - 11 - antes de adoptar conducta (diagrama 6).
    - 12 - **Adyuvante,**
      - 13 - *en forma opcional, durante 3 a 6 meses a criterio del especialista.*
      - 14 - En el estadio T3
        - 15 - Después de: prostatectomía radical o radioterapia, externa o intersticial (braquiterapia) (diagrama 6).
    - 16 - **Definitivo** (diagrama 7)
      - 17 - *En el estadio T3,*
        - 18 - después de reevaluar al paciente luego de la neoadyuvancia y considerar que no está indicado el tratamiento curativo o en los pacientes mayores de 80 años.
      - 19 - *En cualquier T, si existe comorbilidad que contraindique la cirugía o la radioterapia.*
      - 20 - *En cualquier T si el PSA es mayor de 50 ng/ml o*
      - 21 - *En estadios T1b-T1c-T2, en pacientes mayores de 80 años, con menos de 10 años de supervivencia, que no aceptan control o tienen síntomas como consecuencia de su enfermedad prostática.*
      - 22 - *En estadios T4, N1-N2-N3, M1 o*
      - 23 - *Si existe progresión humoral después de la prostatectomía (PSA > 4 ng/ml) o radioterapia (PSA > 7 ng/ml).*



## 8 **Carcinoma de próstata** Diagrama 8 - Tratamiento hormonal: Indicaciones





## Carcinoma de próstata Tratamiento hormonal Drogas

1 - El tratamiento hormonal podrá ser

2 - **Bloqueo completo (combinado) mediante:**

3 - *la administración de un análogo LHRH más un antiandrógeno a elección del especialista, según la tolerancia y comorbilidad del paciente,*

4 - *pudiendo ser el análogo de aplicación mensual, bimensual o trimestral,*

5 - *acetato de leuprolide o acetato de goserelina y otros, más*

6 - *un antiandrógeno,*

7 - *acetato de ciproterona, flutamida o bicalutamida.*

8 - **Bloqueo parcial (opcional) (monoterapia) mediante el uso de un análogo o de un antiandrógeno solamente,**

9 - *pudiendo ser el análogo*

10 - *de aplicación mensual, bimensual o trimestral*

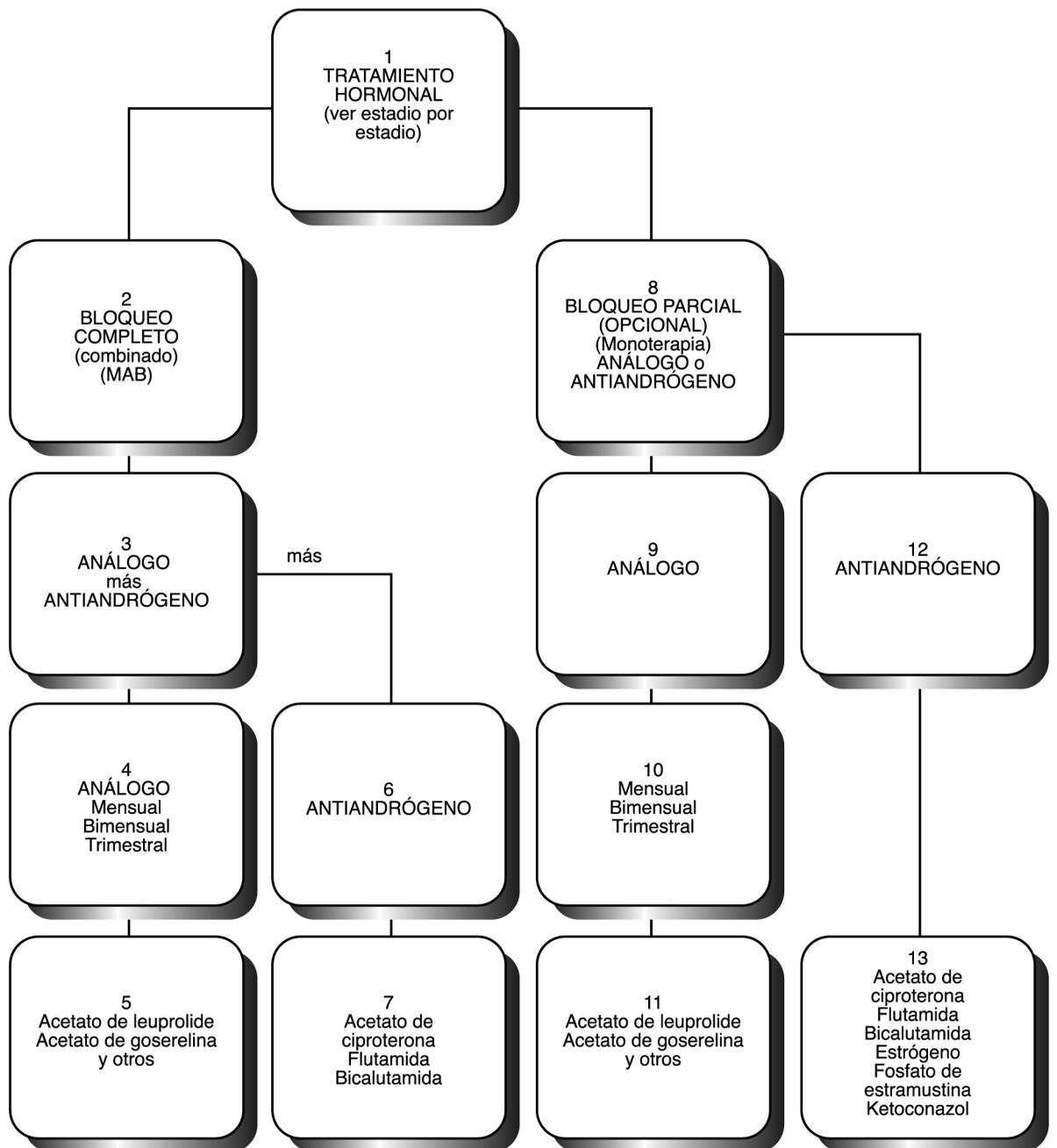
11 - *acetato de leuprolide o acetato de goserelina y otros, o*

12 - *un antiandrógeno,*

13 - *acetato de ciproterona, flutamida, bicalutamida, estrógeno, fosfato de estramustina o ketoconazol.*



**9** **Carcinoma de próstata**  
**Diagrama 9 - Tratamiento hormonal:**  
**Drogas**





# Linfoma Cerebral Primario en Paciente Inmunocompetente. Descripción de un Caso

A. Tecles\*, M. Farinella\*\*, A. Pallero\*\*,  
G. Maddalena\*\*, V. Tosoni\*\*, N. Burgos\*\*,  
C. Mazzitelli\*\*, N. González\*\*, F. Carrizo\*\*,  
M. Signetti\*\*\*, M. Restano\*\*\*, H. Carvallo\*\*\*,  
G. Calviño\*\*\*\*

\* Jefe del Servicio de Clínica Médica

\*\* Cuerpo de Residentes de Clínica Médica

\*\*\* Médico de Planta, Servicio de Clínica Médica

\*\*\*\* Servicio de Anatomopatología

Hospital Zonal Ezeiza

Presentado en la Sesión Científica  
del 26/1/04 en la AMA

## RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 15 años de edad, con serología negativa para HIV, a quien se diagnostica tumor cerebral; el estudio anatomopatológico revela linfoma. Dada la rareza del caso, se realiza una búsqueda de cuadros de iguales características.

Palabras clave: linfoma cerebral primario; inmunocompetencia.

## SUMMARY

We describe the case of a fifteen year old, male patient, without positive tests for immunodeficiency, who is diagnosed as having a brain tumor, the pathological study of which reveals a lymphoma. From then on, we search for similar cases, considering the rarity of the illness.

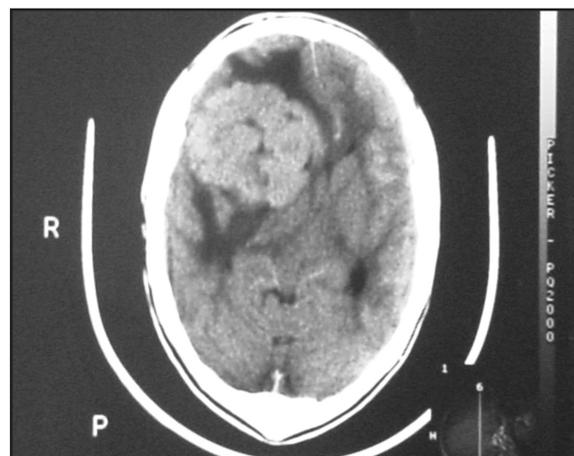
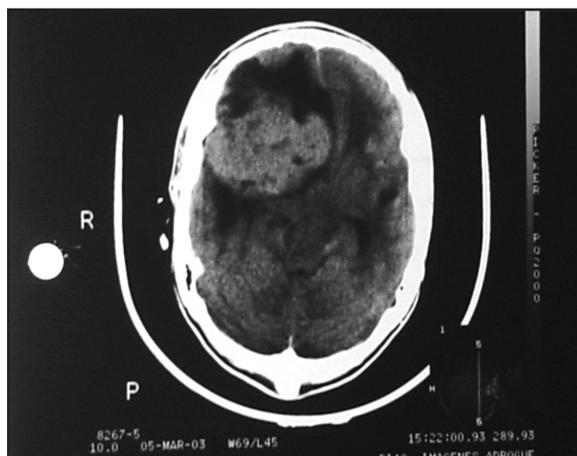
Key words: primary brain lymphoma; immunocompetence.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente, de sexo masculino y 15 años de edad, nacido y residente en el Gran Buenos Aires, consulta por presentar náuseas, vómitos, mareos y cefalea de aproximadamente 30 días de evolución, a los cuales, 7 días antes de la consulta, se añade diplopía.

El fondo de ojo revela borramiento de la papila en ojo derecho.

Se solicita tomografía axial computarizada



(TAC) de cerebro, que revela una imagen hiperdensa, heterogénea, de contornos polilobulados y policíclicos (68 x 60 x 60 mm), con edema perilesional y efecto de masa que borra la cisterna silviana derecha y estructuras adyacentes, desplazando la línea media y el sistema ventricular hacia la izquierda (Fotos 1 y 2)

El laboratorio general no muestra alteraciones destacables.

Se decide su intervención, y se logra reseca "in toto" un tumor frontoparietal derecho.

La anatomopatología revela tejido neural con inflamación, reemplazado centralmente por proliferación de células polilobuladas, atípicas, de grandes núcleos (algunos plegados), frecuentemente con dos nucléolos, citoplasma escaso, sostenidos por pequeños tractos fibrovasculares, con notoria necrosis (apoptótica e isquémica) y alto índice mitótico.

Con inmunohistoquímica se marcan positivamente para el antígeno leucocitario común, y con el CD20 se evidencia estirpe linfocitaria; el marcador CD45 RO es negativo (Foto 3).

Se diagnostica, así, linfoma B no Hodgkin, difuso, de células grandes.

Se efectuaron TAC de cuello, tórax, abdomen, sin otra localización de la patología hallada. La serología fue negativa para HbsAg, HCV y HIV. La serología para Epstein-Barr fue positiva en sangre, pero negativa en el taco de biopsia.

La terapia de rehabilitación fue satisfactoria, al

tiempo que se decidió continuar su asistencia en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. En dicho nosocomio se repitieron las marcaciones, ratificando el diagnóstico.

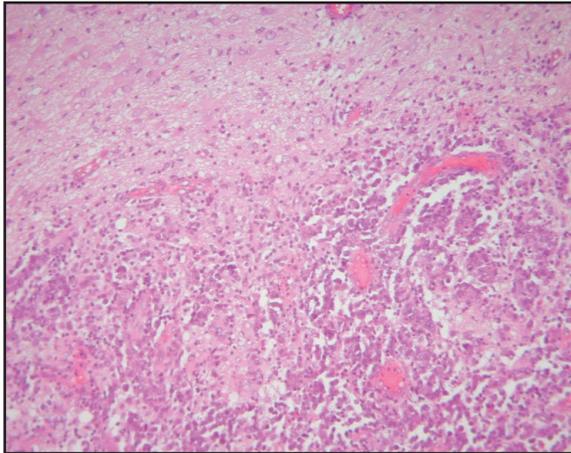
Se iniciaron radioterapia y quimioterapia, que continúan en el momento de esta presentación.

## COMENTARIOS

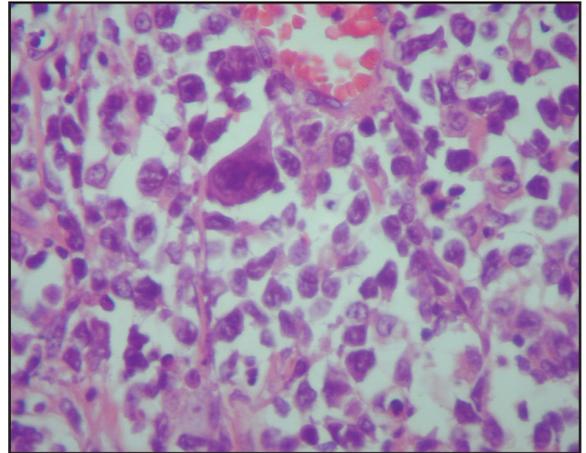
El linfoma B cerebral primario es de infrecuente presentación, como se desprende de la Tabla 1, realizada sobre 15.000 casos de tumores cerebrales (Zülch y colaboradores).

**Tabla 1**

Tumor	Porcentaje del total
Gliomas	45
Meningionas	15
Adenomas hipofisarios	7
Neurinomas (schwannomas)	7
Metástasis	6
Craneofaringiomas, teratomas	4
Angiomas	4
Sarcomas	4
Inclasificados	5
Otros (pinealomas, cordomas, linfomas)	3



**Foto 1:** Corteza cerebral parcialmente reemplazada por proliferación difusa de células linfoides atípicas, con focos de necrosis tumoral.



**Foto 2:** Las células son más de dos veces que un linfocito, con grandes núcleos, algunos plegados, con más de un pequeño nucleolo.

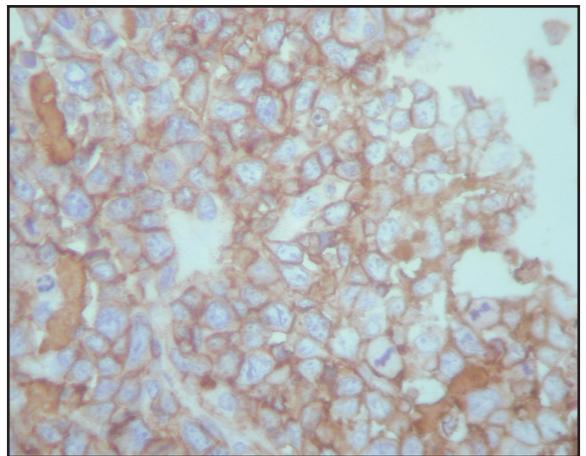
Si bien la incidencia de los linfomas ha ido últimamente en aumento, los casos así descritos se observan en pacientes inmunocomprometidos. Estos tumores pueden originarse en cualquier parte del encéfalo, pero el 60% se observa en los hemisferios cerebrales, frecuentemente a nivel periventricular. Puede ser unifocal o multifocal.

La mayoría de los casos ocurren en la vida adulta, entre la quinta y séptima década, pero algunos se ven en niños, en los que habitualmente simulan sintomatología cerebelosa.

El intervalo entre el primer síntoma y la operación suele ser de tres meses, iniciándose con cambios en la personalidad, confusión, mareos y signos cerebrales focales.

En el LCR es frecuente la pleocitosis linfocítica y mononuclear.

Como ya se ha dicho, son particularmente proclives a desarrollar este tipo de tumor cerebral primario los pacientes con SIDA o inmunodeficiencia de otras causas, y los que reciben inmunosupresores durante períodos prolongados. En ellos, el 80% contiene el genoma del virus de Epstein-Barr, lo que sugiere una función patogénica del virus.



**Foto 3:** Inmunohistoquímica, marcación de antígeno (CD20 con su típico patrón de membrana, que indica estirpe de linfocitos B. Se efectuó marcación para antígeno y leucocitario común, CD20 y CD45 Ro y los dos primeros resultaron positivos y el tercero, negativo; ello indicaba la estirpe b del linfoma.

La supervivencia es, aún hoy, discutida, debido a la usual asociación con las otras patologías antes mencionadas.



## REFERENCIAS

1. Fine HA, Mayer RJ: Primary central nervous system lymphoma. *Annals of Internal Medicine* 1993;119(11):1093-1104.
2. Nasir S, DeAngelis LM: Update on the management of primary CNS lymphoma. *Oncology (Huntington NY)* 2000;14(2):228-234.
3. Pollack IF, Lunsford LD, Flickinger JC, et al: Prognostic factors in the diagnosis and treatment of primary central nervous system lymphoma. *Cancer* 1989;63(5):939-947.
4. O'Neill BP, Dinapoli RP, Kurtin PJ, et al: Occult systemic non-Hodgkin's lymphoma (NHL) in patients initially diagnosed as primary central nervous system lymphoma (PCNSL): how much staging is enough? *Journal of Neuro-Oncology* 1995;25(1):67-71.
5. Nelson DF, Marz KL, Bonner H, et al: Non-Hodgkin's lymphoma of the brain: can high dose, large volume radiation therapy improve survival? Report on a prospective trial by the radiation therapy oncology group (RTOG): RTOG 8315. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 1992;23(1):9-17.
6. O'Neill BP, O'Fallon JR, Earle JD, et al: Primary central nervous system non-Hodgkin's lymphoma: survival advantages with combined initial therapy? *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 1995;33(3):663-673.
7. Brada M, Dearnaley D, Horwich A, et al: Management of primary cerebral lymphoma with initial chemotherapy: preliminary results and comparison with patients treated with radiotherapy alone. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 1990;18(4):787-792.
8. Chamberlain MC, Levin VA: Primary central nervous system lymphoma: a role for adjuvant chemotherapy. *Journal of Neuro-Oncology* 1992;14(3):271-275.
9. Fine HA: Treatment of primary central nervous system lymphoma: still more questions than answers. *Blood* 1995;86(8):2873-2875.
10. Bessell EM, Graus F, Lopez-Guillermo A, et al: CHOP/BVAM plus radiotherapy in patients with primary CNS non-Hodgkin's lymphoma. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2001;50(2):457-464.
11. Abrey LE, DeAngelis LM, Yahalom J: Long-term survival in primary CNS lymphoma. *Journal of Clinical Oncology* 1998;16(3):859-863.
12. Blay JY, Bouhour D, Carrie C, et al: The C5R protocol: a regimen of high-dose chemotherapy and radiotherapy in primary cerebral non-Hodgkin's lymphoma of patients with no known cause of immunosuppression. *Blood* 1995;86(8): 2922-2929.
13. O'Brien P, Roos D, Pratt G, et al: Phase II multicenter study of brief single-agent methotrexate followed by irradiation in primary CNS lymphoma. *Journal of Clinical Oncology* 2000;18(3):519-526.
14. Blay JY, Conroy T, Chevreau C, et al: High-dose methotrexate for the treatment of primary cerebral lymphomas: analysis of survival and late neurologic toxicity in a retrospective series. *Journal of Clinical Oncology* 1998;16(3):864-871.
15. Dahlborg SA, Henner WD, Crossen JR, et al: Non-AIDS primary CNS lymphoma: first example of a durable response in a primary brain tumor using enhanced chemotherapy delivery without cognitive loss and without radiotherapy. *Cancer Journal from Scientific American* 1996;2(3):166-174.
16. Gabbai AA, Hochberg FH, Linggood RM, et al: High-dose methotrexate for non-AIDS primary central nervous system lymphoma: report of 13 cases. *Journal of Neurosurgery* 1989;70(2):190-194.
17. Sandor V, Stark-Vancs V, Pearson D, et al: Phase II trial of chemotherapy alone for primary CNS and intraocular lymphoma. *Journal of Clinical Oncology* 1998;16(9):3000-3006.
18. Soussain C, Suzan F, Hoang-Xuan K, et al: Results of intensive chemotherapy followed by hematopoietic stem-cell rescue in 22 patients with refractory or recurrent primary CNS lymphoma or intraocular lymphoma. *Journal of Clinical Oncology* 2001;19(3):742-749.
19. DeAngelis LM: Primary central nervous system lymphoma: curable without toxicity? *Cancer Journal from Scientific American* 1996;2(3):137-139.
20. Bessell EM, Lopez-Guillermo A, Villa S, et al: Importance of radiotherapy in the outcome of patients with primary CNS lymphoma: an analysis of the CHOP/BVAM regimen followed by two different radiotherapy treatments. *Journal of Clinical Oncology* 2002;20(1):231-236.
21. Reni M, Ferreri AJ, Landoni C, et al: Salvage therapy with temozolomide in an immunocompetent patient with primary brain lymphoma. *Journal of the National Cancer Institute* 2000;92(7):575-576.
22. Levine AM: Acquired immunodeficiency syndrome-related lymphoma. *Blood* 1992;80(1):8-20.
23. Corn BW, Donahue BR, Rosenstock JG, et al: Performance status and age as independent predictors of survival among AIDS patients with primary CNS lymphoma: a multivariate analysis of a multi-institutional experience. *Cancer Journal from Scientific American* 1997;3(1):52-56.
24. Fine HA, Mayer RJ: Primary central nervous system lymphoma. *An Intern Med* 1993;119:1093-1110.
25. Velasquez WS: Primary central nervous lymphoma. *J Neurooncol* 1994;20:177-185.
26. Henderson S, Rowe M, Gregory C, et al: Indication of bcl-2 expression by Epstein-Barr virus latent membrane protein 1 protects infected B-cells from programmed cell death. *Cell* 1991;65:1107-1115.
27. Maher EA, Fine HA: Primary central nervous system lymphoma. *Semin Oncol* 1999;26:346-356.
28. Forsyth RJ, Delattre PA, Yahalom J, DeAngelis LM: Combined-modality therapy in the treatment of primary central nervous system lymphoma in AIDS. *Neurology* 1994;44:1473-1479.
29. Camilleri-Broet S, Davi F, Feuillard J, et al: AIDS-related primary brain lymphomas: histopathologic and immunohistochemical study of 51 cases. *Human Pathol* 1997;28(3):367-374.
30. Cote TR, Manns A, Hardy CR, et al: Epidemiology of brain lymphoma among people with or without acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of the National Cancer Institute* 1996;88:675-679.



# ACTUALIZADOR BIBLIOGRÁFICO

## Inhibidores de las aromatasas. Reseña sobre la evidencia actual

Fritz Jänicke  
Hospital Universitario Hamburgo – Eppendorf. Hamburgo, Alemania  
The Breast, Diciembre 2004;13(Supl. 1):510-518

**Palabras clave:** terapia hormonal; inhibidores de las aromatasas; letrozol; anastrozol; cáncer de mama

Los inhibidores de las aromatasas de tercera generación (AI) suprimen los niveles de estrógenos por inhibición de las aromatasas, enzimas que catalizan la etapa final de la biosíntesis de estrógenos. Estudios demostraron que los AI son efectivos y seguros en el tratamiento de la enfermedad avanzada y, recientemente, también en las etapas neoadyuvante y adyuvante. Sin embargo, los AI no son todos iguales.

Esta publicación resume la evidencia disponible sobre la eficacia de estos agentes en el cáncer de mama.

Hasta hace poco, el tamoxifeno era el tratamiento estándar de primera línea para mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama avanzado o metastásico y receptores de estrógenos (RE) positivos, y como terapia adyuvante para pacientes con RE positivos. Sin embargo, el tamoxifeno tiene limitaciones: solo el 20-30% de las pacientes con enfermedad avanzada responden al fármaco.

Los AI son nuevas drogas que demostraron actividad en pacientes con cáncer de mama resistente a antiestrógenos. Las aromatasas son enzimas citocromo P450 responsables de la conversión de androstenediona a estrona (E1) y de la conversión de testosterona en estradiol (E2). La acción de los AI reduce la biosíntesis de estrógenos y las con-

centraciones de E1, E2 y sulfato de estrona (E1s) en el tejido mamario y a nivel sérico.

Los AI se clasifican en esteroides y no esteroides, los cuales difieren en el mecanismo de inhibición. Los AI tipo I incluyen al examestano, que tiene una actividad inhibitoria de aromatasas por unión irreversible en el sitio activo de la enzima. Las dosis diarias de examestano producen completa inactivación de las aromatasas; su vida media es de 72 horas. Los AI tipo II tales como letrozol y anastrozol unen en forma competitiva y reversible con la enzima aromatasas.

Estos compuestos de tercera generación son todos altamente selectivos e inhiben "in vivo" la aromatización en un 90% cuando se administran diariamente.

Estudios demostraron que el letrozol es 10-30 veces más potente que el anastrozol para inhibir las aromatasas tanto en células de roedores, fibroblastos y líneas celulares tumorales humanas. Además, el letrozol es 1,5-2 veces más potente que el examestano para suprimir los niveles de estrógeno plasmático "in vivo".

El letrozol y el anastrozol fueron investigados en etapa neoadyuvante.

En un estudio de fase III, 337 mujeres posmenopáusicas con receptores estrogénicos positivos y/o receptores progestínicos positivos fueron asignadas de manera aleatoria a recibir una dosis diaria de 2,5 mg de letrozol o una dosis de 20 mg/día de tamoxifeno durante cuatro meses.

Se observó una respuesta clínica objetiva (determinada por palpación) en el 55% de las pacientes tratadas con letrozol versus 25% en el grupo tratado con tamoxifeno ( $P = 0,042$ ). El 45% de las pacientes tratadas con letrozol fueron a cirugía conservadora versus 35% de las pacientes tratadas con tamoxifeno ( $P = 0,022$ ).

Una observación notable fue que las pacientes con bajos niveles de receptores de estrógenos respondieron más al letrozol que al tamoxifeno.

En los estudios IMPACT y PROACT se evaluó



anastrozol versus tamoxifeno. En el estudio IM-PACT, las pacientes tratadas con anastrozol presentaron una respuesta clínica objetiva del 37,2% versus 36,1% de las tratadas con tamoxifeno y 39,4% en el grupo combinado. En el estudio PROACT no se presentaron diferencias significativas en el grado de respuesta. Sin embargo, en ambos estudios los AI se asociaron con mayor operabilidad.

El anastrozol fue investigado en la etapa adyuvante. El estudio ATAC evidenció que el anastrozol es superior al tamoxifeno en esta etapa.

Los AI fueron ampliamente considerados de elección en el tratamiento de la mujer posmenopáusicas con cáncer de mama avanzado con receptores de estrógenos positivos.

En un estudio multicéntrico fase III, 907 mujeres posmenopáusicas con receptor de estrógeno positivo y/o receptor de progesterona positivo o receptor desconocido con cáncer de mama avanzado, fueron asignadas aleatoriamente a dosis diaria de letrozol 2,5 mg o tamoxifeno 20 mg por día; subsecuentemente se cruzaba a la droga alternativa como tratamiento de segunda línea cuando el paciente progresaba a la primera línea de tratamiento.

Los resultados de este estudio demostraron que el letrozol prolonga el tiempo libre de progresión (TTP) un 57% comparado con tamoxifeno (9,4 meses para letrozol versus 6 meses para tamoxifeno,  $P < 0,0001$ ) y reduce el riesgo de progresión en 30% ( $p < 0,001$ ).

El grado de respuesta objetiva fue mayor en el grupo que recibió letrozol comparado con tamoxifeno (32% para letrozol versus 21% de tamoxifeno  $P < 0,001$ ). En otro estudio de fase III 382 pacientes recibieron exemestano 25 mg o tamoxifeno 20 mg/día, luego de un seguimiento de 29 meses, exemestano presenta mayor respuesta tumoral que tamoxifeno 46% versus 31% ( $p = 0,005$ ).

El exemestano incrementó la sobrevida libre de progresión en 4 meses. Sin embargo no modificó la sobrevida global.

Los AI demostraron mayor actividad cuando se compararon con acetato de megestrol, cuando la enfermedad progresó a la primera línea con tamoxifeno. El letrozol demostró mayor actividad que el

anastrozol en pacientes con receptores de estrógenos desconocidos, con compromiso visceral y de partes blandas.

## Valor de la quimioterapia asociada a la radioterapia en el carcinoma nasofaríngeo localmente avanzado

Metaanálisis de la literatura publicada  
J.A. Langendijk, Ch R. Leemans, J. Butter  
J. Clin. Vol 22: 4604-4612

**Palabras clave:** quimioterapia - radioterapia - carcinoma nasofaríngeo

Se trata de un metaanálisis cuyo objetivo fue determinar el valor adicional de la quimioterapia neoadyuvante, concurrente y/o adyuvante a la radioterapia en el tratamiento del carcinoma nasofaríngeo localmente avanzado (NPC).

La adición de quimioterapia redujo tanto el riesgo de recurrencia locorregional y como las metástasis a distancia; además mejoró la sobrevida global.

El beneficio en la sobrevida global solo se encontró en aquellos estudios que usaron radioterapia con quimioterapia concomitante (con quimioterapia adyuvante o sin ella) y no en los que realizaron quimioterapia de inducción o quimioterapia adyuvante solamente.

La quimioterapia adyuvante no logró reducir tanto el riesgo de recurrencia locorregional como las metástasis a distancia y tampoco mejoró la sobrevida global.

Los estudios incluidos en este metaanálisis fueron realizados en su mayoría en áreas geográficas donde el NPC es endémico.

Permanece incierto si los resultados obtenidos de estos estudios pueden ser extrapolados a áreas no endémicas y viceversa.

El rol de la quimioterapia adyuvante permanece incierto a causa de que ésta no fue adecuadamente investigada y la aceptación fue difícil.



# CALENDARIO ONCOLÓGICO

2005

## ABRIL

---

8-9: 2nd International Symposium on Ovarian Cancer and other Gynecologic Malignancies. Nueva York, EE.UU.

19-24: 10th International Congress on Oral Cancer. Heraklion, Grecia.

28-30: 1st International Symposium on Cancer Metastasis and the Lymphovascular Systems. San Francisco, California, EE.UU.

[www.cme.ucsf.edu](http://www.cme.ucsf.edu)

28-mayo 1: Oncology Nursing Society's, 30th Annual Congress. Orlando, Florida, EE.UU.

## MAYO

---

1-4: Innovations in Cancer Therapies. The 1st International Symposium on Image-Guided Therapy for Cancer. Londres, Inglaterra

4-7: 6th International Gastric Cancer Congress. Yokohama, Japón

5-7: 2nd Quadrennial Meeting of the World Federation of Neurooncology. Edinburgh, United Kingdom

19-22: Cervical Cancer Conference. Houston, Texas, EE.UU.

13-17: ASCO 41st. Anual Meeting, Orlando, Florida, EE.UU.

## JUNIO

---

1-4: 13th Reach to Recovery International Breast Cancer Support Conference. Athens, Greece

2-5: EHA-10: 10th Annual meeting of the European Hematology Association. Stockholm, Sweden

8-11: 9th International Conference on Malignant Lymphoma. Lugano, Suiza

8-12: World Conference on Breast Cancer. Halifax, Nueva Escocia, Canadá

15-17: Sarcoma Meeting 2005. Stuttgart, Alemania

15-18: 6th International Lung Cancer Congress. Kauai, Hawaii, EE.UU.

[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)

15-18: World Congress on Gastrointestinal Cancer. Barcelona, España

16-18: International East-West Symposium on Nasopharyngeal Cancer. Toronto, Ontario, Canadá

23-26: International Society for Stem Cell Research. 3rd Annual Meeting. San Francisco, California, EE.UU.

24-27: WHO Consultation on New Aspects of Prostate Cancer. París, Francia



26-30: XVIII World Congress of Gerontology. Río de Janeiro, Brasil  
27-30: 38th Annual Society for Epidemiology Research (SER). Meeting-Congress of Epidemiology 2005. Toronto, Ontario, Canadá  
29-3 julio: 5th International Prostate Cancer Congress. Westin Rio Mar Beach, Puerto Rico.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)

## **JULIO**

---

3-6: 11th World Conference on Lung Cancer. Barcelona, Spain.  
[www.2005worldlung.com](http://www.2005worldlung.com)  
14-16: 2005 Gastrointestinal Oncology Conference. Arlington, Virginia, EE.UU.  
14-16: Breast Cancer: current controversies and new horizons. Boston, Massachusetts.  
[www.cme.hms.harvard.edu](http://www.cme.hms.harvard.edu)  
15-17: 2nd International Congress on Kidney & Bladder Cancer. Orlando, Florida, EE.UU.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)  
21-24: 4th Annual Future of Breast Cancer: An International Congress. Southampton, Bermuda.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)

## **AGOSTO**

---

12-14: 5th International Congress of Monoclonal Antibodies in Cancer. Quebec City, Canadá.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)  
21-26: 11th World Congress on Pain. Sydney, Australia  
26-28: 4th International Congress on Targeted Therapies in Cancer. Washington DC, EE.UU.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)

## **SEPTIEMBRE**

---

6-10: 6th World Conference on Melanoma. Vancouver, Columbia Británica, Canadá  
9-11: 2nd Symposium on Controversies and Clinical Challenges in Myeloma, Lymphoma and Leukemia. Orlando, Florida, EE.UU.  
13-16: 9th International Nottingham Breast Cancer Conference. Nottingham, Reino Unido.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)  
15-18: Controversies in Breast Cancer Adjuvant and Neoadjuvant Therapy. Nueva York, EE.UU.  
[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)  
25-29: 109th The Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery Foundation. Los Angeles, EE.UU.  
29-octubre 1: 6th Meeting of the International Society of Geriatric Oncology. Ginebra, Suiza



## **OCTUBRE**

---

2-5: 1st NCRI Cancer Conference. Birmingham, Reino Unido

2-5: 31st European Congress of Cytology. París, Francia

9-12: 34th Congresso Brasileiro de Radiologia. Río de Janeiro, Brasil

16-20: American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO). 47th Annual Meeting. Denver, Colorado, EE.UU.

20-23: 4th International Colorectal Cancer Congress. Aventura, Florida, EE.UU.

[www.cancerconference.com](http://www.cancerconference.com)

30-noviembre 3: ECCO 13 the European Cancer Conference. París, Francia

## **NOVIEMBRE**

---

5-9: 53rd Annual Scientific Meeting of the American Society of Cytopathology. San Diego, California, EE.UU.

14-16: Cancer of the Lung and Mediastinum. Kuwait City, Kuwait

27- diciembre 2: 91st Meeting of the Radiological Society of North America (RSNA). Chicago, Illinois, EE.UU.

## **DICIEMBRE**

---

2-6: 44th Annual Meeting of the American Society of Hematology (ASH). New Orleans, Louisiana, EE.UU.

6-10: 28th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium. San Antonio, Texas, EE.UU.

10-14: American Society for Cell Biology (ASCB). 45th Annual Meeting. San Francisco, California, EE.UU.



## ***Reglamento y normas para la presentación de artículos para la publicación en la Revista Argentina de Cancerología***

La Revista Argentina de Cancerología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología. El pedido de publicación deberá dirigirse a:

Sociedad Argentina de Cancerología  
Comité Editorial  
Av. Santa Fe 1171  
Buenos Aires  
Argentina

Con el propósito de que la Revista Argentina de Cancerología, publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología pueda ser indexada a nivel nacional (CONICET) su contenido editorial se adecuará a las Normas Caycit.

La Revista contará con varias Secciones: Editoriales, Trabajos Originales, Trabajos de Revisión, Controversias, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico y Calendario Oncológico.

Editoriales: Cualquier miembro de la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), cualquier miembro de la Comisión Directiva o cualquier persona destacada, por invitación, podrá escribir un Editorial para la Revista. Los temas podrán ser variados: sobre comentarios de los artículos que se publican en el cuerpo de la revista, sobre temas de actualidad, sobre un novedoso hallazgo científico, sobre una fecha clave, etc. Su contenido no implica que la revista comparta las expresiones vertidas. Deberá estar firmado por el autor (o autores), así como su grado académico.

Todo artículo deberá ser acompañado por la siguiente declaración escrita, firmada por los autores o por el autor principal, haciendo constar su dirección postal y teléfono: "El/Los autor/es transfieren todos los derechos de autor del manuscrito titulado "-----" a la Revista Argentina de Cancerología en el caso de que el trabajo sea publicado. El/Los abajo firmante/s declaran que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra revista y que no ha sido previamente publicado. El/Los autor/es confirman que han revisado y aprobado la versión final del artículo así como certifican que no hay un interés económico directo en el sujeto de estudio ni en el material discutido en el manuscrito".

Los artículos enviados para su publicación deben ser originales e inéditos, si bien pueden haber sido comunicados en sociedades científicas, en cuyo caso corresponderá mencionarlo. El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a la Revista Argentina de Cancerología para su publicación será sometido a la evaluación del Comité Editorial el que se expedirá en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

La Revista Argentina de Cancerología considerará para la publicación de los artículos, los requerimientos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas que elaboraron los "Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" (Ann Intern Med 1997; 126: 36-47) y su actualización de mayo 2000. El idioma de publicación es el castellano.

Los artículos deben ser impresos con el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta o A 4 con márgenes superior e inferior de 30 mm y laterales de 25 mm, a simple faz, doble espacio en todas las hojas, incluidas la correspondiente al título, agradecimientos, referencias, etc. Cada sección comenzará en una página nueva. Las páginas serán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho de cada página. Se acompañará en lo posible otra copia en disquete de 3'5 HD, la que debe tener el texto y gráficos completos.

Se trata de poder disponer del texto puro para una mejor y más rápida edición. El autor deberá contar con copia de todo lo que remita para su evaluación. Un autor será responsable del trabajo y consignará su dirección, número telefónico y e-mail para recibir la correspondencia vinculada a la publicación.

Estructura del trabajo: Cada parte del manuscrito empezará en página aparte, secuencia: I) Título y autores con grado académico en primera página; II) Resumen y palabras clave; III) Texto del artículo; IV) Agradecimientos; V) Bibliografía;



VI) Ilustraciones (tablas, gráficos y fotografías).

I) Título y autores: Primera página, debe incluir: el título (conciso e informativo, también traducido al inglés); el nombre completo de los autores, su grado académico u hospitalario, el jefe de servicio; el nombre y dirección de la institución donde se ha realizado el trabajo; el nombre, dirección, número telefónico, fax y e-mail del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; el/las fuente(s) de apoyo si las hubiere.

II) Resumen y palabras clave: En español e inglés. El máximo de palabras permitidas será de 150. El resumen debe contener:

Los antecedentes: son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio.

El objetivo explica qué se quería hacer, con quiénes y para qué.

El diseño es el tipo de estudio realizado.

Los métodos detallan la forma en que se realizó el estudio.

Los resultados deben incluir los hallazgos más importantes.

Las conclusiones constituyen la respuesta directa a los objetivos planteados y deben estar avaladas por los resultados. Al pie de cada resumen deberán figurar una lista de 2 ó 3 palabras clave (key words) (preferentemente deberán utilizar los términos incluidos en la lista de encabezamientos de materias médicas [Medical Subject Headings] (MeSH) que se encuentra en la base de datos Medline que es realizada por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y es de acceso gratuito a través de internet con la interfase pubmed.

III) Tipos de trabajos: Artículos Originales, Comunicaciones, Artículos de Actualización, Artículos de Revisión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico, Calendario Oncológico.

Artículos Originales: Deben describir totalmente, pero lo más brevemente posible los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que cumpla con los criterios de una metodología científica. Se considera aceptable una extensión máxima de 10 páginas. En los artículos largos se pueden agregar subtítulos para mayor claridad. El artículo deberá estar organizado de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Comentarios. a) Introducción: Se indicará el campo genérico al cual se referirá el trabajo así como el propósito del mismo. Se resumirá la justificación del estudio y se deberán dar a conocer los objetivos de la investigación: (qué se quiere hacer, con quiénes y para qué). Se evitará aquí la inclusión de datos o conclusiones del trabajo. b) Material y Métodos: Se definirá la población, es decir los criterios de inclusión, exclusión y eliminación empleados para el ingreso de pacientes al estudio, así como también el lugar y fecha exacta de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, se consignará la técnica. Se debe dejar constancia en caso de ser necesario, de la solicitud del consentimiento informado a los pacientes y de la aprobación del Comité de Ética responsable de la Institución. Se definirán con precisión las variables estudiadas y las técnicas empleadas para medirlas. Se informarán las pruebas estadísticas, con suficiente detalle de modo que los datos puedan ser verificados por otros investigadores, fundamentando el empleo de cada una de ellas. Se proporcionará el nombre del programa estadístico empleado para el procesamiento de los datos y se identificarán con suficiente detalle los procedimientos, equipos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) así como medicamentos y sustancias químicas empleadas, incluidos los nombres genéricos, las dosis y las vías de administración, para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. c) Resultados: Se presentarán en el texto, en las tablas o en los gráficos siguiendo una secuencia lógica. No se repetirán en el texto todos los datos que aparezcan en las tablas o en los gráficos; sólo se destacarán o resumirán las observaciones importantes. d) Comentarios: Incluyen las Conclusiones (consistirán en afirmaciones breves y precisas que responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos) y la Discusión (donde se pueden plantear especulaciones y formular nuevas hipótesis, surgidas de la investigación).

Comunicaciones: Estarán constituidas por Introducción, Caso clínico y Discusión. Tendrán una extensión máxima de 6 hojas de texto, con 2 ilustraciones (tablas o gráficos) y un máximo de 4 fotografías. Los resúmenes (castellano e inglés) no deberán exceder las 150 palabras cada uno. La bibliografía no tendrá un número mayor de 15 citas.

Artículos de Actualización y de Revisión: La estructura de éstos tiene una organización libre con el desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica. Los autores que remitan este tipo de artículos deben incluir una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos. El texto tendrá una extensión máxima de 10 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema. No requiere Resumen, sí palabras claves.

IV) Agradecimientos: Cuando se lo considere necesario y en relación a personas o instituciones que no deben figurar como autores pero que han sido esenciales por su ayuda técnica, por apoyo financiero o por conflicto de intereses. Van en hoja aparte.

V) Bibliografía: Se indicará en hoja aparte mediante un número correlativo arábigo colocado entre paréntesis y se limitará a las realmente relacionadas con el tema. En el caso de soporte impreso se tendrá en cuenta lo siguiente: El nombre de la revista se abreviará según el estilo del Index Medicus. Para las revistas: Nombre de los autores (si son más



de cuatro nombres, colocar los tres primeros y agregar: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, nombre de la revista, año, volumen, número de las páginas inicial y final, todo en el idioma original. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, editorial, lugar, año, páginas. Las referencias se colocarán en el texto como superíndice donde corresponda. Se solicita a los autores se aclare al pie de la bibliografía si hay A.R.B. (ampliación de referencias bibliográficas), las cuales podrán ser remitidas por el autor a pedido del lector. Se recomienda la revisión de la bibliografía nacional y su inclusión. En el caso de citas provenientes de textos electrónicos se considerará lo siguiente: Para las revistas: Nombre de los autores (si son más de cuatro nombres, los tres primeros, agregando: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, [tipo de soporte], nombre de la revista, fecha de publicación, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISSN o ISBN). Ejemplo. Myers M, Yang J, Stampe P. Visualization and functional analysis of a maxi-k channel fused to green fluorescent protein (GFP). [en línea], Electronic Journal of Biotechnology, 15 de diciembre de 1999, vol.2 , nro 3. <<http://www.ejb.org/content/vol2/issue3/full/index.html>>, [consulta: 28 de diciembre del 2000], ISSN 0717-3458. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, [tipo de soporte], editorial, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISBN).

VI) Ilustraciones: Las Tablas y Gráficos se harán en papel blanco, con tinta negra y deben ser legibles y claros, realizados con impresora de chorro de tinta o superior. Deben estar presentadas en páginas separadas, una tabla o gráfico (barras o torta) por página. El orden será en números romanos. Se les colocará un epigrafe breve a cada ilustración y se aclararán todas las abreviaturas en forma de pie de página. No serán aceptadas fotografías de tablas ni reducciones. Las fotografías serán preferentemente en diapositivas o en papel color, de buena calidad. La orientación de la figura se hará en el dorso con lápiz con una flecha, indicando su extremo superior derecho, como así también orden, nombre del autor y título del trabajo. Los textos explicativos de las fotografías figurarán en hoja aparte o al pie de las mismas. Con las fotografías correspondientes a pacientes se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Se requiere autorización (consentimiento informado) para ser publicadas. Las de observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada. Si pertenecen a otros autores, publicados o no, deberá adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Si se utiliza un cámara digital el requerimiento mínimo es 2,3 megapíxeles (equivalente a 300 dpi en gráfica) en lo posible con alta resolución.

Cartas al Editor: estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Serán precedidas por el encabezado "Sr. Editor:" y se procurará que no tengan una extensión mayor de dos hojas tipeadas con procesador de texto a doble espacio. Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/o opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

Actividades Societarias: la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cancerología podrá publicar en la Revista su publicación oficial, toda actividad societaria que sea de interés comunicar a los lectores. Podrán publicarse las reseñas y/o resúmenes de Jornadas, la participación en reuniones en el Ministerio de Salud de la Nación, las Reuniones Conjuntas con otras Sociedades, la creación de Filiales, las recertificaciones de la especialidad y cualquier otra actividad que sea considerada de interés para ser comunicada. Es una forma de mantener documentada la historia de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Actualizador Bibliográfico: el Director de Publicaciones de la Revista o algún miembro de la Sociedad podrán publicar una síntesis en idioma castellano de artículos sobre temas oncológicos actualizados, que ya hayan sido publicados en revistas extranjeras, y que se estime que sean de gran interés y actualidad. Por ejemplo, el uso de nuevas drogas, resultados de ensayos clínicos, etc. No excederán de cuatro actualizaciones y se dispondrá de dos carillas en el interior de la Revista para su publicación.

Calendario Oncológico: es el propósito del Comité Editorial de la Revista difundir la actividad científica oncológica que se desarrolla tanto en el interior del país como en el exterior. Para ello se incorpora en la Revista un calendario con la mayoría de los eventos científicos nacionales e internacionales a los que se tiene acceso, los mismos se publicitan con varios meses de anticipación al respectivo evento. La actividad científica oncológica de otras sociedades y hospitales también se publica en esa Sección.

La abreviatura adoptada es Rev. Argent. Canc. La Dirección de Publicaciones se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que, por razones de diagramación o espacio, lo estime conveniente, podrán efectuarse correcciones de estilo que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo, sin previa autorización de los autores.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores.