



REVISTA ARGENTINA *de Cancerología*

Volumen XXXIV - Nº 1 - 2006

COMISIÓN DIRECTIVA 2006-2007

Presidente

Dra. Silvia L. Jovtis

Vicepresidente

Dra. Luisa Rafailovici

Secretario General

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario de Actas

Dr. Eduardo Almira

Tesorero:

Dra. Claudia Pazos

Director de Publicaciones

Dra. Liliana C. González

Vocales titulares

Dra. Clelia Vico

Dra. Stella Maris Espora

Dra. Mónica López

Dra. Florencia Perazzo

Organo de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dra. Mario F. Bruno

Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)

Dr. Antonio Guardo (1998-1999)

Dra. Silvia L. Jovtis (2000-2001)

Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)

Dra. Clelia Vico (2004-2005)

Miembros Honorarios

Nacionales:

Dr. Carlos Reussi †

Dr. Roberto A. Garriz †

Dr. Juan J. Fontana †

Dr. Federico 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

EDITORIAL	6
Dra. Clelia Vico	
REUNIÓN PÚBLICA SOLEMNE 25 DE ABRIL DE 2006	
MEMORIA	10
Dra. Silvia Jovtis	
DISCURSO DEL PRESIDENTE SALIENTE	14
Dra. Clelia Vico	
DISCURSO DEL PRESIDENTE ENTRANTE	18
Dra. Silvia Jovtis	
CONSENSO NACIONAL INTER-SOCIEDADES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS RENALES	22
CONSENSO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PENE EN LA ARGENTINA	36
ACTUALIZADOR BIBLIOGRÁFICO	54
CALENDARIO ONCOLÓGICO	57

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: info@p-latinoamericanas.com.ar

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcial-

mente, 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

**“La virtud no consiste en hacer grandes cosas,
sino en hacer bien las pequeñas”**

Montaigne

Gracias.....

El tiempo que transcurre con rapidez vehemente y nos arrastra en la vorágine científica, ya le puso fin en este mes de abril de 2006 a los 24 meses de mandato que me tocó presidir la Sociedad Argentina de Cancerología.

A pesar de la fuerte conflictiva socio-económica de nuestro país, nos propusimos darle consecución a distintos objetivos, muchos se cumplieron y otros quedaron en el camino para que los terminen quienes nos sucedan.

Uno de los hechos que yo refiero como un hito muy destacado, es como la SAC pudo unir lazos con otras sociedades científicas y demostrar que en ese esfuerzo mancomunado se multiplican los resultados y beneficios para una mejor coordinación y acuerdos consensuados de tratamiento de las patologías oncológicas. La equidad en el diagnóstico y en la terapéutica debe ser una de las banderas que no debemos bajar nunca, y es en el seno de las sociedades donde se deben lograr los acuerdos para su concreción.

Integrar el “Consenso Nacional Intersociedades” con la Academia Nacional de Medicina le dio forma y realidad a los Consensos sobre Recomendaciones para la Prevención y Detección Precoz del Carcinoma Colorectal, y los Consensos de Cáncer de Próstata, Cáncer de Pene, Cáncer de Vejiga y Cáncer de Riñón y está en su etapa de terminación el de Lesiones no Palpables de la Mama.

Participamos también en el “Programa Argentino de Consenso de Enfermedades Oncológicas” en el que se ha puesto en marcha el Consenso sobre Colorecto, Mieloma Múltiple, Cáncer de ovario en Etapa ya final y Enfermedad de Hodgkin ya terminado.

Me siento muy gratificada por el éxito logrado en el XI Congreso Argentino de Cancerología, 2do. Congreso del Comité de Auditoría Oncológica de la Asociación Médica Argentina y 8vo. Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur, tanto en el aspecto económico como en el científico.

En nuestra filial en la ciudad más austral del mundo, Ushuaia, realizamos una Jornada sobre Mastología y Ginecología Oncológica.

Y la Sociedad Argentina de Cancerología siguió creciendo y concretó la creación de los Capítulos de “Psico-Oncología y Cuidados Paliativos y de Neuro-Oncología.

Se realizaron cursos que versaron sobre Investigación Clínica en Oncología en los años 2004 y 2005

Continuamos con las Recertificaciones en Oncología Clínica.

Participamos con el Ministerio de Salud de la Comisión Especial de Evaluación de la Especialidad Oncología

La Sociedad Argentina de Cancerología se adhirió al compromiso de la Declaración de las Américas : “Profesionales de la Salud contra el Tabaco”, lo que le valió el “reconocimiento a la SAC de la Organización Panamericana de la Salud, por nuestra participación en la lucha antitabáquica.

Apoyamos la creación de la Academia Nacional de Ciencias del Ambiente.

Colaboramos con el Ministerio de Salud y Medioambiente en el asesoramiento y asistencia técnico-



científica.

Nuevos miembros adherentes se acercaron a la SAC.

La Revista de la SAC mantuvo el elevado nivel científico que la distingue en nuestro medio.

Es decir, estos dos años fueron intensos y puedo decir con orgullo, el producto de una Comisión Directiva de pocos miembros, pero gigantes a la hora de trabajar. Para todos ellos mi más profundo agradecimiento, esta presidencia no hubiera podido concretar tantos objetivos, si bien, convengamos que algunos siguen abiertos

Gracias Dras Silvia Jovtis, Claudia Pazos, Liliana González, Mónica Lopez, Luisa Rafailovici, Rosita Levin y Stella Maris Espora.

Gracias Dres. Marcelo Blanco-Villalba, Eduardo Almira y Mario Bruno.

Gracias Sres. Carlos Rodríguez y Luis Barrera de Publicaciones Latinoamericanas, por su apoyo incondicional.

Gracias Sr. Maurno por su voluntad inquebrantable para cuidar los aspectos societarios.

Gracias Sra. Sara Garbarini por su responsabilidad y su profesionalidad para mantener las cuentas claras.

Gracias Sres. representantes de la industria, por su valiosa y permanente colaboración, a través de las cuales podemos concretar parte de nuestra actividad.

Gracias a todos por haber participado acompañándome en esta importante etapa de mi vida profesional.

No olvidemos "Nuestro deber es ser útiles, no como queremos, sino como podemos" (Amiel)

Muchas gracias a todos.

Dra. Clelia María Vico

Presidente de la SAC

2004-2005



Reunión Pública Solemne 25 de abril de 2006

Dra. Silvia L. Jovtis

Secretaria General de la SAC

Memoria 2005

En el cargo que ocupo de Secretario General de la Comisión Directiva saliente y cumpliendo con los Estatutos de la Sociedad Argentina de Cancerología - Asociación Civil- presento la Memoria Anual de la Secretaría de Actas y de la Secretaría General, correspondiente al período 2005.

1. En abril de 2005 se leyeron los siguientes trabajos libres: "Leiomiomasarcoma del colon derecho" cuyos autores fueron los Dres. González A. y colaboradores; "Carcinoma cloacogénico de ano" por el Dr. G. Rodríguez y colaboradores y "Melanoma anorectal: Reporte de un caso con sobrevida a largo plazo" de los Dres. C. García y colaboradores

2. En mayo de 2005 la Dra. Jeannette Rodger informó en la Sesión Científica los resultados del Consenso de St. Gallen 2005- "Terapia primaria en el cáncer temprano de mama".

3. En junio de 2005 en la Sesión Científica se leyó el Trabajo "Manejo Terapéutico de Pacientes Trasplantadas con Lesión Intraepitelial Escamosa de Cuello Uterino" cuyos autores fueron los Dres.: Romero C; Gomez Decort.J; Malagrino C; Yebara M y Espora S.M.A.

4. En junio de 2005 disertó el Dr. Maximiliano Van Kooten sobre "Cáncer de Pulmón: Novedades que Importan" bajo la coordinación del Dr. Marcelo Blanco Villalba y con el auspicio del Laboratorio Eli Lilly.

5. En julio de 2005 la Dra. Rosa Levin comuni-



có la “Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco” producida por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.

6. En julio de 2005, en la Sesión Científica se leyó el Trabajo “Hallazgos ecográficos en la detección de blastoma de ovario”, cuyos autores fueron los Dres. Rosa Levin, Raquel Romero, Ángel J. de la Sierra y Betina Forno (de la Fundación Oncológica Encuentro).

7. El 16 de agosto de 2005 la SAC y la Sociedad Argentina de Periodismo Médico (SAPEM) conformaron una Mesa Redonda cuyo tema fue: “Medios de difusión masiva y salud” y con la coordinación del Dr. Mario Bruno.

8. El 3 de septiembre de 2005 la SAC participó del 10º Encuentro “La Oncología en el Arte y el Arte de la Oncología” en conmemoración del Día del Paciente Oncológico, con la coordinación del Dr. Mario Bruno.

9. El 27 de septiembre de 2005 la Dra. Jeannette Rodger disertó sobre “Tratamiento actual de quimioterapia en el cáncer del ovario”. La SAC contó para ello con la colaboración del Laboratorio Astra-Zéneca.

10. El 25 de octubre de 2005 en Reunión Científica se leyó el trabajo: “Recidiva del cáncer del ovario kit positivo” de autoría de los Dres. C. Vico, F. Parenti, L. Zamora y F. Leiro.

11. El 12 de noviembre de 2005 en el Centro Médico Austral “Dr. Roque Sánchez Galdeano” el Capítulo de “Psicooncología y Cuidados Paliativos” de la SAC organizó la 1er. Jornada: “La subjetividad ante el cáncer. Nuevos tiempos...” La coordinación estuvo a cargo de la Dra. Marina Bramajo, de la Lic. Ana Marquis y del Dr. Arturo González Vázquez. Esta Jornada atrajo la atención de más de 50 profesionales.

12. Entre los días 18 y 20 de noviembre de 2005, con entrada libre y gratuita, en el Hospital Regional de Ushuaia se realizó una nueva

Jornada de la SAC. La coordinación de la misma quedó a cargo de la Dra. Luisa Medina, del Dr. Marcelo Blanco Villalba y de la Dra. Peralta, Jefa de Ginecología del mencionado Hospital. Se contó con el auspicio y apoyo económico del Laboratorio Eli Lilly entre otros. Quiero destacar muy especialmente lo siguiente: en el marco de esta Jornada se organizó un “Encuentro con los Jóvenes” destinado a divulgar conocimientos sobre el cáncer, así como insistir en el tema de la prevención primaria y secundaria. Asistieron y participaron activamente unos 50 jóvenes, que aceptaron de buen grado este tipo de charlas y solicitaron una mayor frecuencia en su realización.

13. El 20 de noviembre de 2005 en los salones de la AMA con entrada libre y gratuita las Dras. Alejandra Rabadán y Blanca Diez coordinaron la Jornada: “Manejo práctico de las metástasis encefálicas”. Asistieron 136 profesionales.

14. La SAC participó como sociedad invitada por la Academia Nacional de Medicina, Instituto de Estudios Oncológicos Fundación Maissa, a numerosas reuniones de consenso sobre el cáncer de próstata, el cáncer de riñón, el cáncer de vejiga, el manejo de las lesiones no palpables de la mama. Las mencionadas reuniones continuarán durante el presente año.

15. Durante el año 2005, al igual que en los anteriores, la SAC respondió numerosos oficios judiciales asesorando a diferentes jueces.

16. Durante el año 2005 la SAC otorgó Auspicios a Jornadas y Congresos solicitados y realizados por otras Sociedades Científicas.

17. La SAC concurrió en numerosas ocasiones a las reuniones organizadas por el Dr. Loíácono, en el Banco Nacional de Drogas, con la finalidad de consensuar e implementar las “Guías Terapéuticas Mínimas para el Tratamiento de la Patología Oncológica y Oncohematológica”. Ignoramos si ya están publicadas.



Aún no hemos recibido novedades al respecto.

18. De igual modo, la SAC concurrió mensualmente al Instituto "Angel H. Roffo", y se sentó junto a representantes de otras Sociedades Científicas, con el fin de implementar los "Protocolos Argentinos de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer". Continuamos reuniéndonos....

19. La SAC publicó durante el año 2005, tres números de su Revista, cuya entrega es gratuita para los socios y "no socios" de la Sociedad.

20. Durante el año 2005 se crearon los Capítulos "Psicooncología y Cuidados Paliativos" bajo la dirección de la Dra. Marina Bramajo y "Neurooncología" que contará con la dirección de la

Dra. Alejandra Rabadán.

Esta ha sido la actividad científica desarrollada por la Sociedad Argentina de Cancerología durante el año 2005. Seguramente pudo haber sido más prolífica, pudo haber sido más interesante o convocante, pudo haber sido de mayor trascendencia nacional y hasta internacional si se quiere, pero sólo expresa la enumeración de lo realizado y no refleja el gran esfuerzo empeñado.



Reunión Pública Solemne 25 de abril de 2006

Dra. Clelia Vico

Presidente saliente

Discurso de Clausura del Presidente Saliente

Sres. Ex -Presidentes de la Sociedad Argentina de Cancerología

Sra. Presidente Entrante, Dra. Silvia Jovtis

Sres. Presidentes y Ex Presidentes de otras Sociedades Científicas

Integrantes de la Comisión Directiva de la SAC

Sr. Secretario Científico del "Instituto de Estudios Oncológicos - Fundación Maissa- Academia Nacional de Medicina"

Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Dr. Roberto Cherjovky

Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Biomédicas del Instituto Universitario de la Policía Federal

Sres Representantes de la Industria Farmacéutica

Colegas

Amigos

Promediando abril de 2004 me hacía cargo de la presidencia de la vigésima novena Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cancerología, en el entorno de esta querida casa que la vio nacer , hace más de medio siglo, en un país con fuerte conflictiva socioeconómica, pero con las ilusiones y el deseo de continuar el camino, que habían iniciado los maestros de la Oncología argentina.

Como en toda nueva etapa, nuestra mente es fébril en proyectos, una fuerza interior nos impulsa y el acompañamiento del equipo elegido le da vuelo a su consecución.

En el tiempo, parte se concretan y otra queda abierta y los sucesores de los sitios que vamos dejando toman la posta para muchas



veces finalizarlos.

En estos dos años uno de los hitos más destacados fue cómo nuestra Sociedad afianzó lazos con sociedades afines demostrando que ese esfuerzo mancomunado multiplica los resultados y beneficios.

Así integramos el "Consenso Nacional Intersociedades" con la Academia Nacional de Medicina y se concretaron los Consensos sobre Recomendaciones para la Prevención y Detección Precoz del Carcinoma Colorectal, y los Consensos de Cáncer de Próstata, Cáncer de pene, Cáncer de Vejiga y Cáncer de Riñón y está en su etapa de terminación el de Lesiones no Palpables de Mama.

Participamos también en el "Programa Argentino de Consenso de Enfermedades Oncológicas", dentro del cual se ha puesto en marcha el Consenso sobre Colorecto, Mieloma Múltiple, Cáncer de Ovario, ya prácticamente finalizado, y Enfermedad de Hodking, ya terminado.

Realizamos, con la más importante convocatoria de los últimos años, el XI Congreso Argentino de Cancerología, 2do. Congreso del Comité de Auditoría Oncológica de la Asociación Médica Argentina y 8vo. Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur, y ya está marchando el XII Congreso.

Nuevamente estuvimos presentes, en nuestra filial en la ciudad más austral del mundo Ushuaia, en la realización de una Jornada sobre Mastología y Ginecología Oncológica.

Se desarrollaron las reuniones científicas mensuales con la presentación de trabajos o en forma de Simposios de Actualización como el de "Nuevos blancos terapéuticos" y la Jornada sobre "Manejo práctico de las metástasis encefálicas".

Como otra muestra del crecimiento de la SAC, se crearon los Capítulos de "Psico-oncología y Cuidados Paliativos" bajo la coordinación de la Dra. Marina Gramajo y se realizaron las 1ras Jornadas del mismo.

También se creó el Capítulo de "Neuro-Oncología con la supervisión de las Dras. Alejandra Rabadán y Blanca Diez.

Se realizaron los cursos que versaron sobre "Investigación Clínica en Oncología" en el marco del Curso Anual 2004 y 2005.

Se concretaron anualmente las Recertificaciones en Oncología Clínica.

Participamos con el Ministerio de Salud de la Comisión Especial de Evaluación de la especialidad Oncología.

La Sociedad Argentina de Cancerología se adhirió al compromiso de la Declaración de las Américas: "Profesionales de la Salud contra el Tabaco", lo que le valió el reconocimiento a la SAC de la Organización Panamericana de la Salud por la participación en la lucha antitabáquica.

Apoyamos la creación de la Academia Nacional de Ciencias del Ambiente.

Colaboramos con el Ministerio de Salud y Medioambiente en el asesoramiento y asistencia técnico-científica.

Se concretó el ingreso de nuevos Miembros Adherentes.

La Revista de la SAC mantuvo el elevado nivel científico que la distingue en nuestro medio.

Es decir, estos 48 meses fueron intensos y fue posible decir con orgullo, el producto de una Comisión Directiva de pocos miembros, pero gigantes a la hora de trabajar; para todos ellos mi más profundo agradecimiento. Esta presidencia no hubiera podido concretar tantos objetivos, si bien, convengamos que algunos siguen abiertos.

Gracias Dras. Silvia Jovtis, Stella Maris Espora, Claudia Pazos, Liliana González, Mónica López, Luisa Rafailovici y Rosita Levin.

Gracias Dres. Marcelo Blanco Villalba, Eduardo Almira y Mario Bruno.

Gracias Sres. Carlos Rodríguez y Luis Barrera de Publicaciones Latinoamericanas, por su apoyo incondicional.

Gracias Sr. José Maurno por su voluntad inquebrantable para cuidar los aspectos societarios.

Gracias Sra. Sara Garbarini por su responsabilidad y su profesionalidad para mantener las cuentas claras.

Gracias señores representantes de la Industria Farmacéutica por su valiosa y permanente cola-



boración, a través de la cual podemos concretar parte de nuestra actividad.

Gracias a mi familia y a mis amigos.

Gracias a todos por haberme acompañado en esta importante etapa de mi vida profesional.

Y para terminar quiero traer al presente las palabras de Montaigne:

“La virtud no consiste en hacer grandes cosas sino en hacer bien las pequeñas”.

Y también recordar a Amiel “Nuestro deber es

ser útiles, no cómo queremos, sino cómo podemos”.

Dra. Silvia Jovtis como Presidente Entrante por segunda vez, sé que va a renovar y a incrementar el brillo de la Sociedad Argentina de Cancerología .

por otra exitosa gestión.

Muchas gracia a todos.



Reunión Pública Solemne 25 de abril de 2006

Dra. Silvia L. Jovtis

Secretaria General de la SAC

DISCURSO DE ASUNCION SAC ABRIL 2006

Sr. Presidente de la Asociación Médica Argentina
Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo
Sres. Miembros de la Comisión Directiva de la Asociación Médica Argentina
Sres. Presidentes de Sociedades Médicas
Sra. Presidente Saliente de la SAC, Dra. Clelia Vico
Sres. Miembros Salientes de la Comisión Directiva de la SAC
Sres. Ex - Presidentes de la SAC
Consocios
Invitados Especiales
Amigos
Familia:

En el seno de las Instituciones, al igual que en el de las familias, y como en la vida toda, de tanto en tanto suceden hechos que obligan a las personas a involucrarse voluntariamente, sin que ello se interprete o signifique eternizarse ni entronizarse. Significa tan solo un permanecer y transcurrir...

Un día similar al de hoy, pero del año 2000, me hice cargo de la Presidencia de nuestra Sociedad. Durante dos años viví con la íntima convicción de delegar los destinos futuros en mis sucesores. Mi sueño era, finalizado el mandato, continuar colaborando con la SAC, mirando, con una "mirada externa" y críticamente sana, su constante crecimiento.

En efecto: la SAC creció. Participó activamente de decisiones extramuros, integró Comisiones de Consensos Nacionales, certificó en el Minis-



terio de Salud Pública a nuevos especialistas, cumplió con el Programa de Revalidación del CRAMA, concretó Congresos, Jornadas y Cursos, aún en épocas económicamente críticas para el país; anualmente participó de las Jornadas de nuestra primera filial en Ushuaia, continuó con su publicación periódica. En fin, la SAC no detuvo su marcha constante bajo las presidencias de las Dras. Stella Maris Espora y Clelia Vico, quienes me sucedieron.

Hoy, seis años después y, nuevamente desde la Presidencia, a la que accedo por la decisión, el consenso y la elección de mis pares, intentaré continuar por el camino delineado por mis predecesores. No es una responsabilidad menor, en la medida en que se supone que ya se es experto en este "métier".

Pero debo ser sincera y transmitirles mi particular sentimiento. Nunca se es experto en algo. Cada acto, por repetido que éste fuese, es un "nuevo y único acto" que demanda nuevas actitudes, enorme imaginación, gran creatividad, a la vez que aptitud, destreza, valentía y hasta les diría osadía. Es un permanente nacer y renacer cada día.

En la toma constante de decisiones, en esta necesidad de imaginación y creatividad con responsabilidad, no estaré sola. Me acompañarán desde la Vicepresidencia la Dra. Luisa Rafailovici, conocida por todos ustedes y que por lo tanto no demanda presentación alguna. En la Secretaría General el Dr. Marcelo Blanco Villalba con una enorme capacidad de trabajo y firmemente comprometido, a pesar de su juventud y pocos años en la Sociedad. En la Secretaría de Actas el Dr. Eduardo Almira, en la Tesorería la Dra. Claudia Pazos, en la Dirección de Publicaciones continuará la Dra. Liliana González y serán Vocales las Dras. Clelia Vico, Stella Maris Espora, Mónica Lopez y recibimos con beneplácito a la Dra. Florencia Perazzo, con amplia experiencia societaria. Continuarán integrando el Órgano de Fiscalización los Dres. Rosa Levin y Mario Bruno, quienes, con sabiduría, nos asisten, aconsejan y moderan permanentemente.

Un párrafo especial merece las Dras. Alejandra

Rabadán quien se hará cargo de la conducción del Capítulo de Neurooncología y Marina Bra-majo que dirigirá el Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos. Les doy, también a ellas, una calurosa bienvenida, deseándoles éxitos. Sus éxitos serán sin duda los de la SAC.

Ha sido una constante en mi vida personal, no siempre adecuadamente explicitada, "agradecer"; no así "pedir". Hoy, debo entonces renovar y hacer público mi agradecimiento a todos y a cada uno de los que me transmitieron "algo". Desde mis maestros de la escuela primaria, mis profesores de la Escuela Normal n° 5, los docentes de la Facultad de Medicina de la UBA, algunos de ellos imborrables como los Profesores Burucúa, Di Paola, Jaim Etcheverry, Curutchet Ragusin, D'Elía y tantos otros...

No tengo palabras para reconocer y agradecer al Profesor Roberto Estévez, de quien muchos de los que estamos aquí hemos aprendido tanto...y no hemos acaso tenido el tiempo material para expresarle con humildad una inmensa gratitud.

Deseo agradecer a mis superiores y mis pares del Hospital Militar Central, del Hospital Alejandro Posadas y desde hace 26 años del Hospital Churrucá, en especial al Dr. Federico Morera.

Agradecer a tantos jóvenes alumnos que he formado desde el año 1969, y a tantos colegas a quienes les he transmitido lo que he podido desde 1988 hasta hoy. A los pacientes que desde 1972, siempre, siempre, me dejaron alguna impronta, y que me obligan necesariamente a su evocación.

Gracias a mi familia toda y en especial a Agustina, que colaboró conmigo garabateando este escrito. Les he restado a mis hijos, como lo hicieron y harán ustedes, les he restado decía, algún tiempo que debió ser para ellos. A ellos se los resté y yo me los perdí..., pero tengo para mí, sin embargo, que aún así, hoy y aquí habrán de estar orgullosos de su madre.

En fin. Le doy gracias a la vida, que, "me ha dado tanto".

Señores Consocios. Prometo conducir democráticamente, durante estos dos próximos años los destinos de la Sociedad Argentina de Can-



cerología, con las ideas, los disensos y el trabajo constante de la Comisión Directiva toda.

Estoy convencida que contamos con el invaluable aporte de nuestros amigos Carlos Rodríguez y Luis Barrera de Publicaciones Latinoamericanas.

Prometo, firmemente, hacerlo de modo desinteresado en lo personal; prometo firmemente cumplir con las funciones que me caben, intentando siempre que la SAC continúe superándose en el marco de los valores éticos, como ha ocurrido desde su fundación y refundación; sin apartarme, junto a la Comisión Directiva de los intereses societarios.

El perfil de nuestra Sociedad, de más de 50 años de existencia física, es diferente al de otras sociedades científicas. Nuestra Comisión Directiva es reducida y todo lo que realiza es el producto del esfuerzo y del sacrificio de muy pocos, pero que son absolutamente concientes de su lugar de pertenencia. Su lugar de pertenencia es esta casa, este ámbito, estas personas, con sus defectos y sus virtudes, con sus vaivenes, con sus afectos, con una única ética, que se mantiene incólume con el paso del tiem-

po, con su convicción férrea de no alejarse del camino trazado por quienes nos precedieron.

Quiero suponer que la nueva Comisión Directiva continuará con todo lo que entiendo ya es “dogma” de la Sociedad, y también quiero suponer que no habrá de arrepentirse.

Convoco a todos los socios a acompañarnos en este nuevo período. Todo lo que de ellos provenga será bien recibido y escuchado. Seguramente la Sociedad se enriquecerá, pero, no quisiera que esto quedase en el mero discurso.

Finalmente, así como el gran filósofo español y gran amigo de los argentinos y de la Argentina, Julián Marías, dijo con acento un tanto crítico: “Argentinos: a las cosas”, yo humildemente los convoco y les digo: “Comisión Directiva y Consocios de la Sociedad Argentina de Cancerología: a las cosas”.



Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias Renales

Asociación Médica Argentina
Federación Argentina de Urología
Instituto de Oncología Angel H. Roffo
Sociedad Argentina de Cancerología
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica
Sociedad Argentina de Urología



Ante la SOSPECHA semiológica por

- [1] el CUADRO CLINICO, mediante
- [2] ECOGRAFIA o por
- [3] HALLAZGO INCIDENTAL en otros estudios por imágenes, se diagnosticará

[4] una **MASA OCUPANTE RENAL (MOR)**

Esta puede ser

- [5] SOLIDA
- [38] QUISTICA o presentar características que la hacen
- [21] DUDOSA

[5] Si la masa es definitivamente SOLIDA, se realizará

[6] una **TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA (TAC). La misma definirá si la masa sólida tiene componente de tejido graso o no.**

- [7] En un TUMOR con componente GRASO
- [8] la RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN) (opcional) presentará una imagen hiperintensa en T1 confirmando
- [9] un ANGIOMIOLIPOMA o
- [10] Un TUMOR SIN COMPONENTE GRASO, con la posibilidad de ser

[11] SOSPECHA DE TUMOR MALIGNO, confirmando la existencia de un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[12] CIRUGIA previa ESTADIFICACION.

[13] SOSPECHA DE PSEUDOTUMOR, en el cual

[14] el CENTELLOGRAMA DMSA con tecnecio mostrará una imagen

[15] CALIENTE correspondiente a

[16] LOBULACION FETAL O HIPERTROFIA DE PIRAMIDE o

[17] FRIA confirmando un TUMOR RENAL e indicando la necesidad de

[12] CIRUGIA previa ESTADIFICACION.

[18] SOSPECHA DE ONCOCITOMA, por una imagen redondeada y homogénea con un centro hipodenso (cicatriz), en el cual

[19] la ANGIORESONANCIA o la ARTERIOGRAFIA (opcionales) demuestran

[20] una IMAGEN en forma de rueda de carro, debida a los vasos que convergen desde un definido borde lúcido,

[12] debiendo indicarse la CIRUGIA previa ESTADIFICACION.

[38] Si la masa es definitivamente QUISTICA, no se requiere más estudio para confirmar

[39] un QUISTE SIMPLE

[21] Si la masa es DUDOSA,
[22] la TAC demostrará un QUISTE SIMPLE O COMPLICADO según la clasificación de BOSNIAK (ver CUADRO 2)

[23] BOSNIAK 1, confirmando

[39] un QUISTE SIMPLE

[24] BOSNIAK 2, en el cual se estudiará

[25] la posibilidad de un ABSCESO renal u otros procesos infecciosos o inflamatorios.

[26] BOSNIAK 3, en el cual podrá indicarse

[12] la CIRUGIA o

[27] la RMN CON GADOLINIO (opcional) mostrará que la imagen

[28] NO REFUERZA, pudiendo pasar el paciente a

[29] CONTROL o

[36] REFUERZA, orientando a la presencia de un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[12] CIRUGIA previa ESTADIFICACION o es

[30] DUDOSA, en cuyo caso, además del cuadro clínico y los hallazgos de los estudios por imágenes ya realizados (eco, TAC), podrá efectuarse

[12] CIRUGIA previa ESTADIFICACION o

[31] una PUNCION (opcional) podrá informar la existencia de

[32] CELULAS INFLAMATORIAS, orientando hacia

[33] un ABSCESO RENAL o

PIELONEFRITIS

XANTOGRANULOMATOSA o de

[34] PUNCION NO CONCLUYENTE (posible

falso negativo, material insuficiente o no representativo) en cuyo caso deberá considerarse

[12] la CIRUGIA previa ESTADIFICACION.

[35] CELULAS NEOPLASICAS, confirmando un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[12] CIRUGIA previa ESTADIFICACION.

[37] BOSNIAK 4, generalmente un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

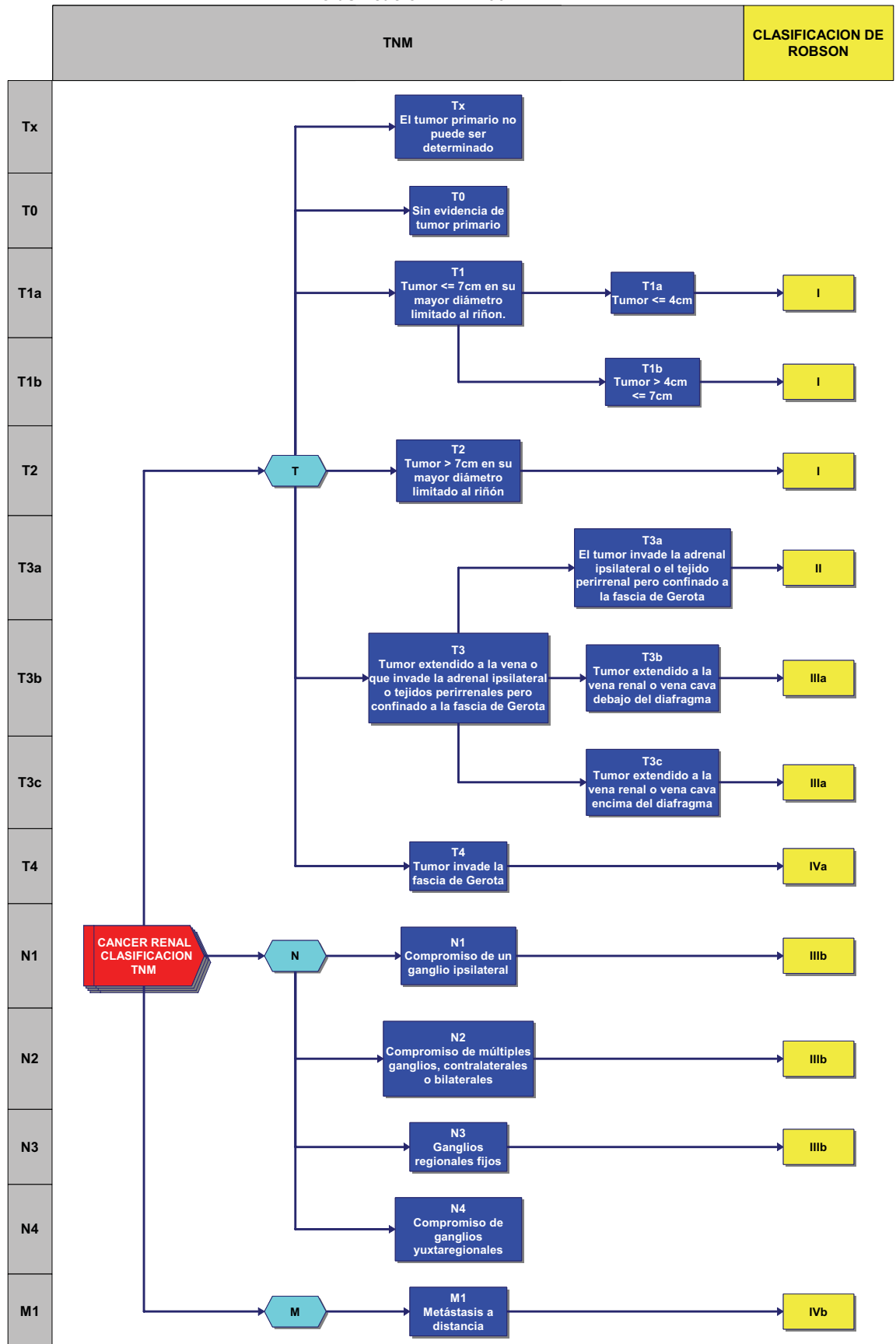
[12] CIRUGIA, previa ESTADIFICACION.

2
MASAS QUISTICAS RENALES
Clasificación de BOSNIAK

TIPO	IMAGEN	Pared	Tabiques	Calcificaciones	Densidad precontraste UH	Refuerzo	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	CLASE	TRATAMIENTO
I	Quiste no complicado	Fina	No	No	0-20	No	Quiste simple	Benigno	No
II	Ligera complejidad	Fina	No Algunos	Mínimas	0-20	No	Quiste simple Absceso renal	Benigno	Control periódico
III	Compleja	Engrosada	Varios	Moderadas	0-20	No	Quiste multilocular Carcinoma necrótico Carcinoma quístico Absceso renal Pielonefritis xantogranulomatosa	40-60% maligno	Cirugía Opcional Punción
IV	Muy Compleja	Gruesa	Muchos	Gruesas	Mayor 20	Si	Carcinoma quístico	Maligno	Cirugía

Modificado de Bosniak, M. The current radiological approach to renal cyst.
 Radiology 158:1-10, 1986

3
CANCER RENAL
 Clasificación TNM 2002



**TUMORES RENALES
TRATAMIENTO
ANGIOMIOLIPOMA**

[1] CONFIRMADA LA EXISTENCIA DE UN ANGIOMIOLIPOMA, ESTE PUEDE SER

[2] MENOR DE 4 CM Y NO COMPLICADO, que pasará a

[3] CONTROL

[4] MAYOR DE 4 CM, donde debido a los riesgos de complicación que presenta se recomienda

[5] la CIRUGIA CONSERVADORA de ser factible o

[6] EVENTUAL NEFRECTOMIA

[7] DUDOSO, en el cual se realiza la exploración quirúrgica y

[5] CIRUGIA CONSERVADORA de ser factible o

[6] EVENTUAL NEFRECTOMIA

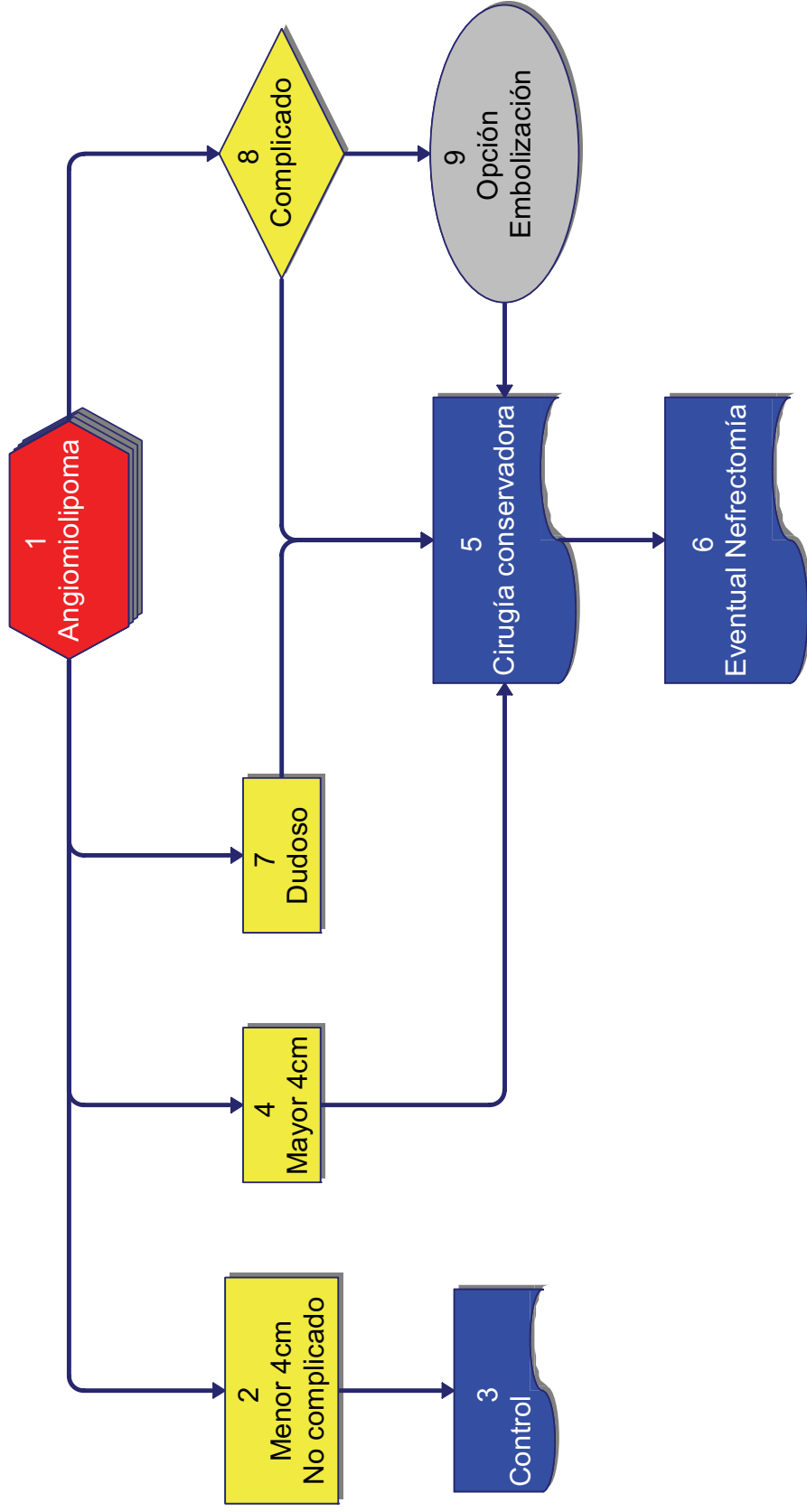
[8] COMPLICADO por hemorragia, pudiendo realizarse su

[9] EMBOLIZACION (opcional) o recurrirse a

[5] CIRUGIA CONSERVADORA de ser factible, o

[6] EVENTUAL NEFRECTOMIA

4
TUMORES RENALES
Tratamiento
ANGIOMIOLIPOMA



Efectuado el diagnóstico de TUMOR RENAL, se realizan estudios

[1] de ESTADIFICACION, mediante

[2] ANALISIS, incluyendo fosfatasa alcalina y calcemia, HEPATOGRAMA, TAC y/o RADIOGRAFIA DE TORAX, TAC DE ABDOMEN SIN Y CON CONTRASTE

[3] Si la FOSFATASA ALCALINA y/o la CALCEMIA estuvieran ELEVADAS o existiera DOLOR OSEO, se realizará

[4] un CENTELLOGRAMA OSEO.

Estos estudios determinarán la AUSENCIA DE METASTASIS, M0

[5] M0: Ante la AUSENCIA DE METASTASIS el TUMOR RENAL podrá ser evaluado como

[6] ESTADIO T1-T2

[7] MENOR DE 4 CM. con riñón contralateral normal anatómico y funcional, realizando,

[11] si fuera PERIFERICO, NO MULTICENTRICO y con MARGENES NEGATIVOS

[12] CIRUGIA PARCIAL ELECTIVA (nefrectomía parcial)

[13] Como ALTERNATIVA a

[15] la INDICACION PRIMARIA de CIRUGIA RADICAL (nefrectomía radical)

[11] Si no cumpliera con esos requisitos (NO PERIFERICO o MULTICENTRICO o MARGENES POSITIVOS)

[15] Se realizará la CIRUGIA RADICAL

[8] Si fuera MENOR DE 2 CM,

[9] OPCIONALMENTE podrá efectuarse

[10] OBSERVACION

[14] MAYOR DE 4 CM, con indicación de

[15] CIRUGIA RADICAL

[23] con CUALQUIER TAMAÑO, si se tratara de

[24] un MONORRENO, anatómico o funcional o un tumor BILATERAL, previa

[25] ANGIORRESONANCIA O ANGIOGRAFIA opcional, se efectuará

[26] CIRUGIA PARCIAL IMPERATIVA

[27] De NO ser FACTIBLE, podrá optarse por

[28] OBSERVACION

[29] EMBOLIZACION selectiva o

[15] CIRUGIA RADICAL

[30] ESTADIO T3-T4

[31] ESTADIO T3a, con indicación de

[15] CIRUGIA RADICAL

[32] ESTADIO T3b-c, en el cual se realizará

[33] un ECODOPPLER, una ANGIORRESONANCIA o una CAVOGRAFIA y ante la existencia de

[34] un TROMBO SUPRADIAGNOSTICO,

[35] previa ECOGRAFIA TRANSESOFAGICA o de

[36] un TROMBO INFRADIAGNOSTICO

[37] se realizará la CIRUGIA DEL TROMBO y

[15] la CIRUGIA RADICAL

[38] ESTADIO T4 en el cual está indicada

[15] la CIRUGIA RADICAL

En todos los casos,

[15] la CIRUGIA RADICAL se complementará con

[16] LINFADENECTOMIA REGIONAL de estadificación y

[17] SUPRARRENALECTOMIA en tumores de POLO SUPERIOR

[18] En caso de paciente INOPERABLE o

[19] En caso de TUMOR IRRESECABLE, CIRUGIA INCOMPLETA, o de MARGENES POSITIVOS,

[26] está indicada la RADIOTERAPIA

[20] Si el tumor fuera un T3a, T4 o con GANGLIOS POSITIVOS,

[21] En forma OPCIONAL

[26] Está indicada la RADIOTERAPIA

[22] En caso de RECURRENCIA LOCAL, está indicada

[23] la CIRUGIA DE RESCATE y

[24] En forma OPCIONAL

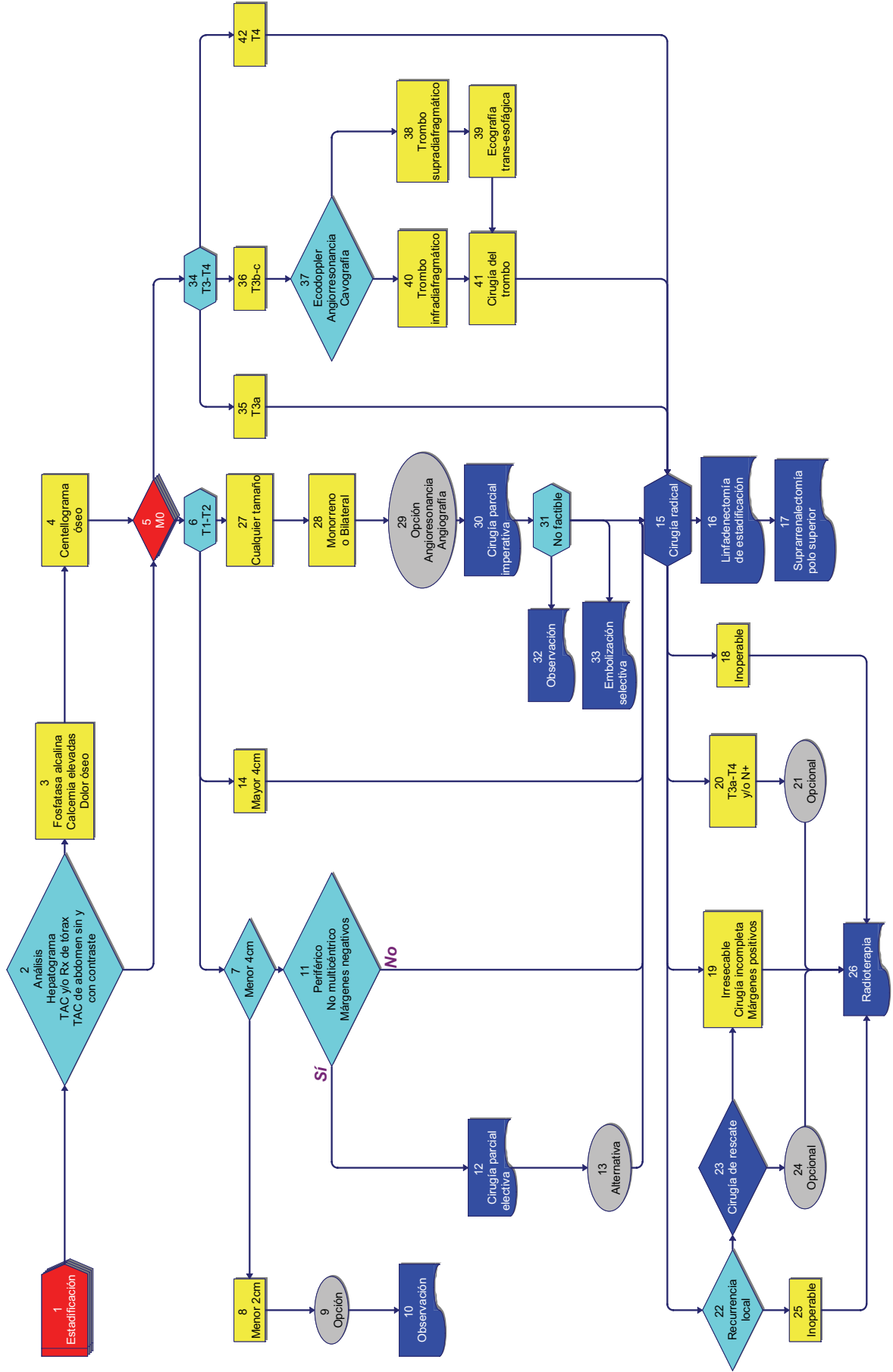
[26] la RADIOTERAPIA.

[19] Si el TUMOR fuera IRRESECABLE, la CIRUGIA INCOMPLETA o los MARGENES POSITIVOS o

[25] Si el paciente fuera INOPERABLE.

[26] está indicada la RADIOTERAPIA.

5
TUMORES RENALES
Tratamiento
M0



TUMORES RENALES
TRATAMIENTO

M1

Efectuado el diagnóstico de TUMOR RENAL, se realizan ESTUDIOS

[1] de ESTADIFICACION, mediante

[2] **ANALISIS, incluyendo fosfatasa alcalina y calcemia, HEPATOGRAMA, TAC y/o RADIOGRAFIA DE TORAX, TAC DE ABDOMEN CON Y SIN CONTRASTE y**

[3] *En caso de detectar METASTASIS o*

[4] *Si la FOSFATASA ALCALINA y/o la CALCEMIA estuvieran ELEVADAS o existiera DOLOR OSEO, se realizará*

[7] CENTELLOGRAMA OSEO y

[5] *En caso de METASTASIS PULMONAR se agregará*

[6] TAC de CEREBRO

Estos estudios determinarán la EXISTENCIA DE METASTASIS, M1

[8] M1: Ante la presencia de METASTASIS, las mismas podrán ser evaluadas

[9] **CUALQUIERA SEA EL T, como**

[10] *METASTASIS en ORGANOS UNICO,*

[11] *IRRESECABLE o paciente INOPERABLE, en cuyo caso se indicará*

[12] *INMUNOTERAPIA con Interferón alfa-2 recombinante (IFN) e Interleukina-2 (IL) o QUIMIOTERAPIA y*

[17] *en caso de METASTASIS OSEA o CEREBRAL*

[25] *RADIOTERAPIA.*

[13] *RESECABLE, en cuyo caso se realizará*

[14] *la NEFRECTOMÍA RADICAL,*

[15] *la CIRUGIA DE LA METASTASIS y*

[16] *en forma OPCIONAL*

[12] *la advuycancia mediante*

INMUNOTERAPIA (IFN-IL) o

QUIMIOTERAPIA.

[17] *Si la METASTASIS fuera OSEA o CEREBRAL,*

[25] *estará indicada la*

RADIOTERAPIA

[18] *METASTASIS MULTIPLE*

[19] *En ORGANOS MULTIPLES, cuyo tratamiento será*

[20] *la INMUNOTERAPIA (IFN-IL) o QUIMIOTERAPIA,*

[21] *el TRATAMIENTO SINTOMATICO y de las*

COMPLICACIONES a medida que se presenten.

[22] *En caso de METASTASIS OSEAS*

[23] *están indicados los BIFOSFONATOS.*

[24] *En caso de DOLOR OSEO o RIESGO DE FRACTURA, está indicada*

[25] *la RADIOTERAPIA local.*

[26] *De existir COMPRESION MEDULAR se realizará*

[25] *RADIOTERAPIA y*

[27] *CIRUGIA DESCOMPRESIVA*

previa si fuera factible y necesario.

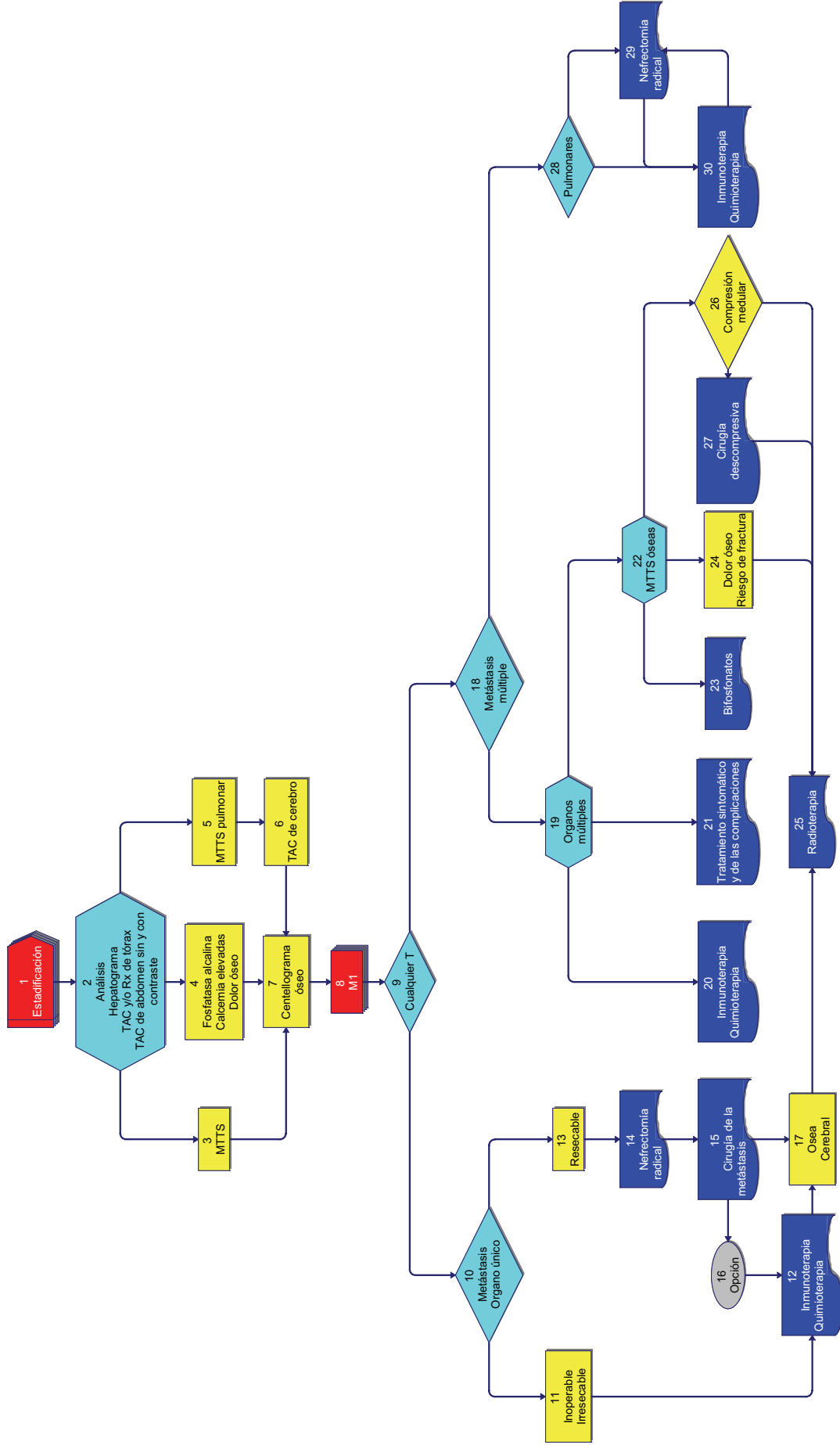
[28] *En caso de METASTASIS MULTIPLES PULMONARES, está igualmente indicada*

[29] *la NEFRECTOMIA RADICAL y*

[30] *tratamiento PREVIO y/o POSTERIOR a la misma mediante INMUNOTERAPIA (IFN-IL) o*

QUIMIOTERAPIA

6
TUMORES RENALES
 Tratamiento
 M1



7 TUMORES RENALES Seguimiento

FRECUENCIA	ESTADIOS BAJOS	ESTADIOS ALTOS	PERIODO
3 MESES	Análisis Rx. Tórax	Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	1 AÑO
6 MESES	Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	Análisis Rx. Tórax	
9 meses		Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	
12 MESES	Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	Análisis Rx. Tórax.	
3 meses		Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis.	2 y 3 años
6 MESES	Análisis Rx. Tórax	Análisis Rx. Tórax.	
9 meses		Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis.	
12 MESES	Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	Análisis Rx. Tórax.	
ANUAL		Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis	Más de 3 años
BIENAL	Análisis Rx. Tórax TAC abdomen y pelvis		



Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias Renales

**Asociación Médica Argentina
Federación Argentina de Urología
Instituto de Oncología Angel H. Roffo
Sociedad Argentina de Cancerología
Sociedad Argentina de Patología
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 para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias Renales, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta 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 de las Neoplasias Renales.

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 ese campo específico de la Medicina.

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

2006



CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005

**CONSENSO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
CÁNCER DE PENE EN LA ARGENTINA**

**Sociedad Argentina de Urología
Federación Argentina de Urología
Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear
Asociación Argentina de Oncología Clínica
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica**

La Sociedad Argentina de Urología y la Federación Argentina de Urología, entidades científicas representativas de todos los urólogos del país, conjuntamente con la Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, la Asociación Argentina de Oncología Clínica, la Sociedad Argentina de Patología y la Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, han concretado la elaboración de un Documento denominado Consenso Multidisciplinario para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Pene en la Argentina, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta afección.

Este documento ha sido oficializado durante el

“Congreso Argentino de Urología 2005”

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

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

Octubre de 2005



Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas

EDITORIAL

FIMOSIS, CIRCUNCISION, HIGIENE Y CANCER DE PENE

Fimosis

La fimosis (del griego phimosis y este de phimoo, amordazar con bozal) es la estenosis del orificio del prepucio, condición patológica que impide su retracción para descubrir el glande. Se observa en el 1 al 3% de la población masculina.

Esta condición es considerada **fisiológica** en los menores de 2 años (80% de los recién nacidos). La piel del prepucio se encuentra fusionada con la superficie del glande protegiendo al mismo y al meato de las ulceraciones amoniacales. Al cabo de los tres años la incidencia de fimosis es sólo de un 10% y a los 17 años es del 1%.

La fimosis **manifiesta** mas allá de los seis a siete años deberá ser corregida quirúrgicamente, excepto que por ser puntiforme y ocasionar obstrucción urinaria requiera una solución más temprana. Todo niño que presente fimosis debe tener resuelto su problema y ser capaz de higienizarse el glande con el comienzo de la pubertad. La presencia de fimosis no tratada luego de la época puberal, actúa como factor **predisponente** del cáncer de pene en la adultez. La fimosis predispone a infecciones balanoprepuciales o balanopostitis y cáncer de pene, ya que no permite la higiene del glande. Su asociación con el cáncer de pene ha sido atribuida a la irritación provocada por el esmegma retenido e infectado.

El **cáncer de pene** tiene una **incidencia** menor a un caso cada cien mil varones al año en los países desarrollados, que puede ser debida a la persistencia de fimosis después de la pubertad. Puede constituir el 10 al 20% de los cánceres del hombre en regiones de África y Sudamérica. Es menos frecuente antes de los 40 años, con mayor incidencia hasta los 75 años y una media de 50. Hasta el 90% de los pacientes que consultan por cáncer de pene presentan fimosis, que debe ser considerada una enfermedad preneoplásica.

Circuncisión

Debe quedar claramente diferenciada la circuncisión como tratamiento de la fimosis como enfermedad, de la circuncisión neonatal profiláctica rutinaria.

Algunos estudios sugieren que los bebés no circuncidados tienen más riesgo de desarrollar infecciones del tracto urinario y luego de la pubertad algunas enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el HPV y el HIV), balanopostitis, fimosis y luego cáncer de pene. Si bien la relación es causal, el número necesario a tratar sería de alrededor de 900 circuncisiones para prevenir un solo caso de cáncer invasivo del pene. Es conocida la baja incidencia de cáncer de pene en pacientes circuncidados, pero en el caso de pacientes sin fimosis y no circuncidados el mayor factor de riesgo es el mal aseo.

Mientras la **cirugía** (circuncisión) debe considerarse imprescindible en los adultos con fimosis patológica, en los niños debe realizarse solamente en presencia de fimosis persistente después de los 6 años de edad, balanopostitis recidivante o cuando se haya producido una parafimosis.

HPV y Cáncer de Pene

Algunos estudios indican un vínculo entre la infección por el virus del papiloma humano (HPV) y el cáncer del pene.

La primera publicación mundial es Argentina (Pueyo, Casabé y colaboradores, 1984). El 80% de los tumores primarios, el 50% de los ganglios comprometidos y el 100% de las metástasis estaban asociadas a los virus tipo 16 y 18, coincidiendo el tipo del primario con el de los ganglios.

Higiene y Cáncer de Pene

No cabe duda que la higiene local cuenta como factor de riesgo. Tanto es así que cuando la higiene local mejora, descienden las tasas de cáncer de pene.

Actuaría reduciendo la irritación peneana y las enfermedades locales.

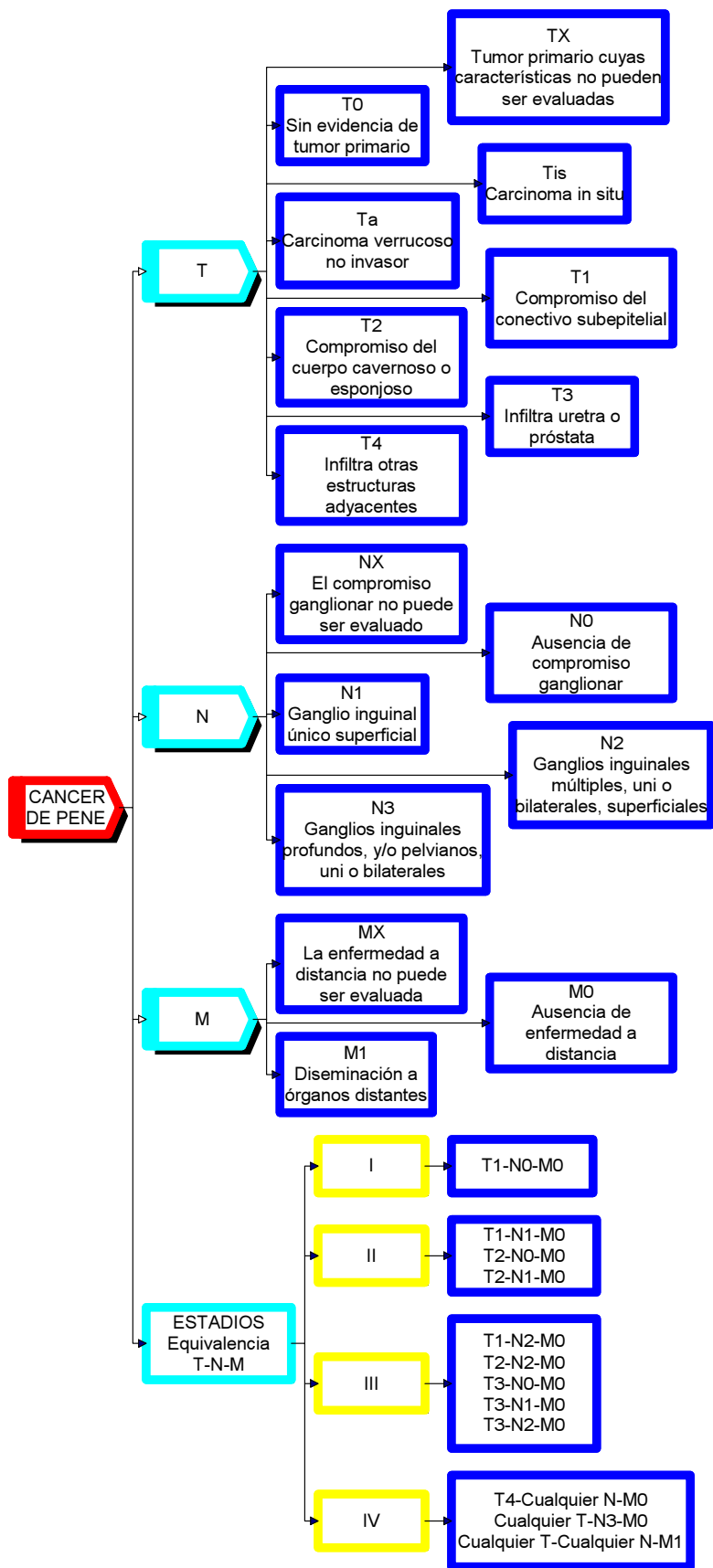
La **circuncisión**, así como la **higiene**, son medios que **previenen el cáncer del pene**. Sin embargo, una buena higiene es efectiva y sin los riesgos propios de un procedimiento quirúrgico como es la circuncisión. Se considera que el riesgo de padecer cáncer del pene es menor que una complicación mayor secundaria a la circuncisión rutinaria de todos los recién nacidos. La circuncisión en los pacientes con **fimosis** es en cambio necesaria para prevenir el cáncer de pene.

Campañas de prevención

La prevención del cáncer de pene, relativamente frecuente en muchas regiones de nuestro país, requiere de campañas de educación pública y de detección temprana de la fimosis en los colegios, como una enfermedad preneoplásica.

El uso y aplicación de este CONSENSO es recomendado por las Sociedades participantes. Aquellos pacientes que a criterio del ESPECIALISTA no logren ser ajustados a la aplicación de este CONSENSO, podrán ser resueltos por el COMITÉ DE TUMORES correspondiente.

**CANCER DE PENE
CLASIFICACION TNM
CLASIFICACION EN ESTADIOS**



CÁNCER DE PENE

Algoritmo diagnóstico y terapéutico
T

[1] Ante la SOSPECHA CLINICA de cáncer de pene,
[2] se realizará una BIOPSIA.

[3] Si la BIOPSIA es POSITIVA, el resultado de la patología podrá CLASIFICAR el tumor como:

[4] TIS (tumor in situ)
[11] De PREPUCIO.

[12] en cuyo caso se realizará
POSTECTOMIA amplia.

[5] De GLANDE.

[8] en cuyo caso se podrá optar por la
TERAPEUTICA CONSERVADORA,

[9] mediante la utilización de LASER o la
aplicación de 5 FLUORURACILO o
[6] por la TERAPEUTICA QUIRURGICA,

[7] ya sea CONSERVADORA en forma
OPCIONAL mediante la técnica de MOHS
o

[10] la GLANDECTOMIA.

[13] Ia T1

[14] De GLANDE.

[15] en cuyo caso se podrá optar por la
TERAPEUTICA CONSERVADORA,

[16] mediante la utilización de LASER o la
aplicación de RADIOTERAPIA EXTERNA
o braquiterapia o

[17] por la TERAPEUTICA QUIRURGICA,

[7] ya sea CONSERVADORA en forma
OPCIONAL mediante la técnica de MOHS
o

[10] la GLANDECTOMIA.

[18] De PENE.

[19] en cuyo caso está indicada la
AMPUTACION PARCIAL con un margen libre
de 2 cm.

[23] T2

[19] En cuyo caso está indicada la AMPUTACION
PARCIAL con un margen libre de 2 cm.

[20] En el acto quirúrgico de la amputación
parcial de un tumor T1-T2 de bajo grado,

[21] si la INGLE es NEGATIVA o con
ganglios en rango de ADENOMEGALIA,
se implementará

[22] la investigación del GANGLIO
CENTINELA, si la técnica estuviera
disponible (Ver algoritmo diagnóstico
y terapéutico del N y descripción de la
técnica)

[24] T3

[19] En cuyo caso está indicada la AMPUTACION
PARCIAL con un margen libre de 2 cm. o

[25] la AMPUTACION TOTAL.

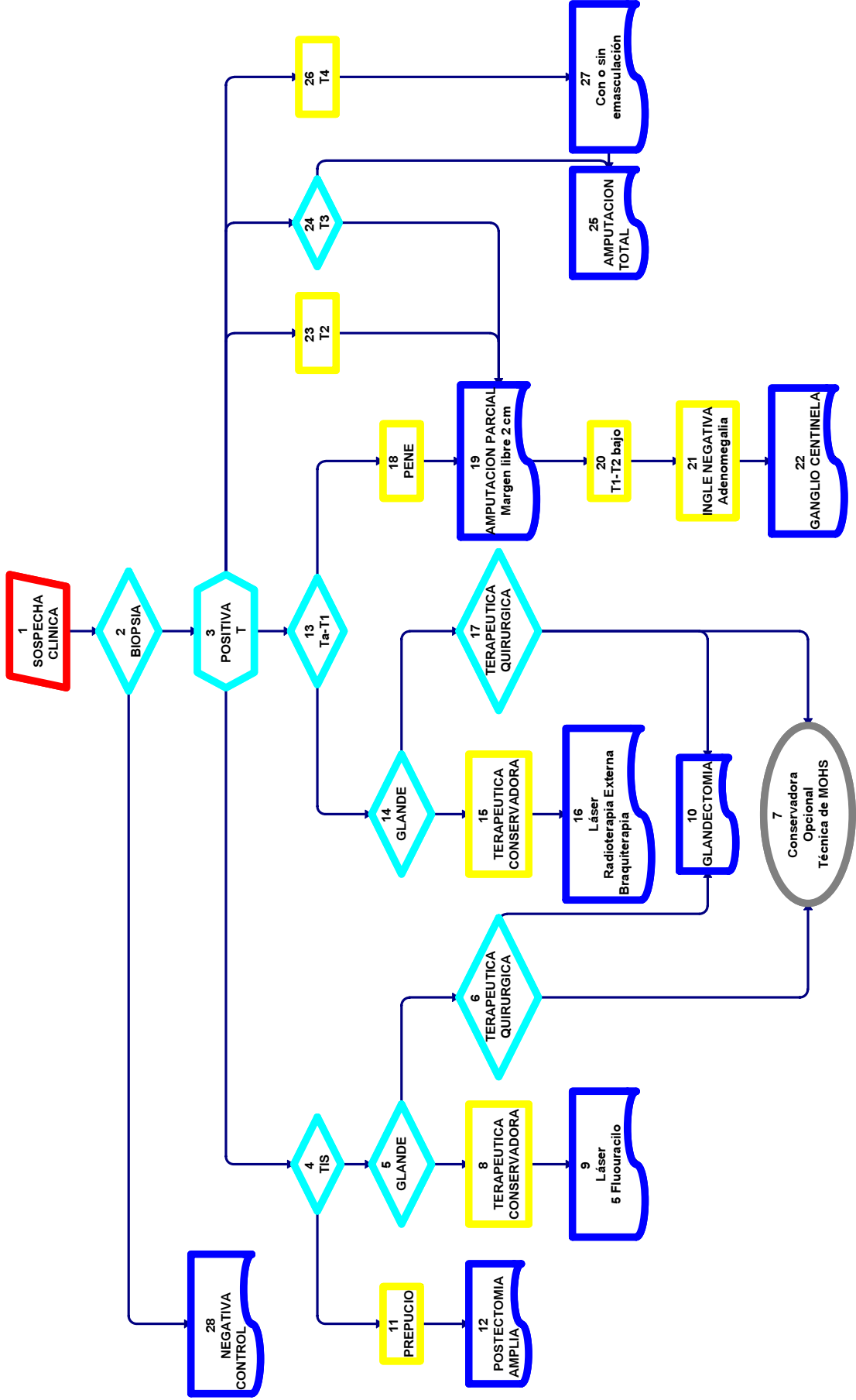
[26] T4

[25] En el cual está indicada la AMPUTACION
TOTAL

[27] con o sin EMASCULACION.

[28] Si la BIOPSIA es NEGATIVA el paciente pasa a
control o a estudio y tratamiento de otras patologías
no neoplásicas.

CANCER DE PENE ALGORITMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO [T]



CANCER DE PENE
ALGORITMO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
N
INGLE NEGATIVA

[1] Se realiza el EXAMEN FISICO DE LOS GANGLIOS INGUINALES.

[2] De acuerdo a los hallazgos de AUSENCIA de ganglios, ganglios en rango de ADENOMEGALIA o ganglios TUMORALES,

[3] podemos CLASIFICAR el N en [4] INGLE NEGATIVA o con ganglios en rango de ADENOMEGALIA o [30] INGLE POSITIVA.

[4] INGLE NEGATIVA o ganglios en rango de adenomegalia.

[5] T1-T2 bajo

[6] Se realizará la investigación del GANGLIO CENTINELA.

[7] Si el GANGLIO CENTINELA es NEGATIVO, el paciente pasa a [23] CONTROL.

[8] Si el GANGLIO CENTINELA es POSITIVO,

[9] se realizará VACIAMIENTO INGUINAL superficial y profundo.

[10] Si el vaciamiento inguinal es NEGATIVO, el paciente pasa a [23] CONTROL.

[11] Si el vaciamiento inguinal es POSITIVO,

[12] se realizará el VACIAMIENTO INGUINAL superficial y profundo CONTRALATERAL y de acuerdo a la POSITIVIDAD de los hallazgos,

[13] VACIAMIENTO ILIACO uni o bilateral.

[14] Si el método de investigación del GANGLIO CENTINELA NO estuviera DISPONIBLE y

[15] la INGLE fuera NEGATIVA,

[16] podrá OPTARSE por:

[21] Realizar la LINFADENECTOMIA INGUINAL y continuar con la secuencia descrita o

[23] mantener el paciente en CONTROL.

[17] Ante la presencia de ganglios en rango de ADENOMEGALIA se realizará previamente

[18] TRATAMIENTO ANTIBIOTICO durante 4 a 6 semanas.

[19] De acuerdo a la RESPUESTA,

[20] Ante la PERSISTENCIA de la adenomegalia

[21] se realizará la LINFADENECTOMIA INGUINAL y se continuará con la secuencia descrita.

[22] Si hay REMISION de la adenomegalia, el paciente pasará a

[23] CONTROL.

[24] T2 alto, T3-T4

[25] En todos los casos se indicará TAC de tórax, abdomen y pelvis y se realizará directamente

[27] el VACIAMIENTO INGUINAL superficial y profundo bilateral.

[29] Si el vaciamiento inguinal es NEGATIVO el paciente pasa a [23] CONTROL.

[28] Si el vaciamiento inguinal es POSITIVO,

[13] se realizará el VACIAMIENTO ILIACO uni o bilateral según corresponda.

[30] INGLE POSITIVA o

[26] [M1] METÁSTASIS A DISTANCIA

[31] Ver el cuadro correspondiente.

CARCINOMA DE PENE ANATOMIA PATOLOGICA

La gran mayoría de los tumores peneanos corresponde a **CARCINOMA ESCAMOSO**, que puede ser clasificado de acuerdo a **PATRONES DE CRECIMIENTO** y a **SUBVARIEDADES HISTOLOGICAS** (Ver cuadro).

Estos patrones pueden aparecer en forma pura o en forma combinada.

CLASIFICACION

I. Carcinoma escamoso.

Subvariedades histológicas

I. a. Tipo usual

Es la presentación más frecuente. En general son tumores bien a moderadamente diferenciados y queratinizantes.

I. b. Basaloide

Corresponde aproximadamente al 10 % de los carcinomas. Se halla relacionado con infección por Papiloma Virus Humano (HPV). En general, presenta crecimiento vertical y suele ulcerarse e invadir profundamente. Son frecuentes las metástasis ganglionares por lo que se asocia a mal pronóstico.

I. c. Condilomatoso.

Corresponde al 6 % de los carcinomas. Presenta crecimiento verruciforme, en forma de "coliflor". Se asocia a bajo grado histológico con baja a intermedia atipia celular y ocasional coilocitosis. Se halla relacionado con HPV, en general 6 ó 16.

Puede ser confundido con el carcinoma verrugoso pero se diferencia de éste porque infiltra el estroma subyacente. Su patrón de crecimiento es predominantemente exofítico, pero cuando se halla invasión profunda puede encontrarse metástasis ganglionares.

I. d. Verrugoso.

Comprende al 3 % de los carcinomas (20 % de los verruciformes). Su crecimiento es exofítico. Es no invasor pero destructivo ("Pushing margins"). Histológicamente se aprecia acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis, sin coilocitosis, atipia mínima o ausente y mitosis sólo en la capa basal. Se ubica en general en glande y presenta amplia base de implantación. No se halla relacionado con infección por HPV como el condiloma gigante. No da metástasis. No debe ser confundido con la variedad papilar.

I. e. Papilar.

Es el más común de los verruciformes. Su patrón de crecimiento es exofítico. En general es bien diferenciado e hiperqueratótico y se halla compuesto por papilas complejas. No presenta signos morfológicos vinculables a infección por HPV. Su base es irregular con nidos que infiltran el estroma subyacente. No suele dar metástasis.

I. f. Sarcomatoide.

Sólo comprende el 1 % de los carcinomas. Es poco frecuente y muy agresivo. Puede aparecer de novo o como evolución de algún tipo anterior. Está constituido por células fusiformes con marcadas atipias y alto índice mitótico que conforman masas polipoides grandes con invasión profunda.

I. g. Adenoescamoso.

Es extremadamente raro. Corresponde a un carcinoma escamoso con signos de diferenciación glandular.

I. h. Mixto.

El 25 % de los carcinomas peneanos se halla constituido por combinación de los distintos tipos anteriores.

II. Carcinoma de células de Merkel

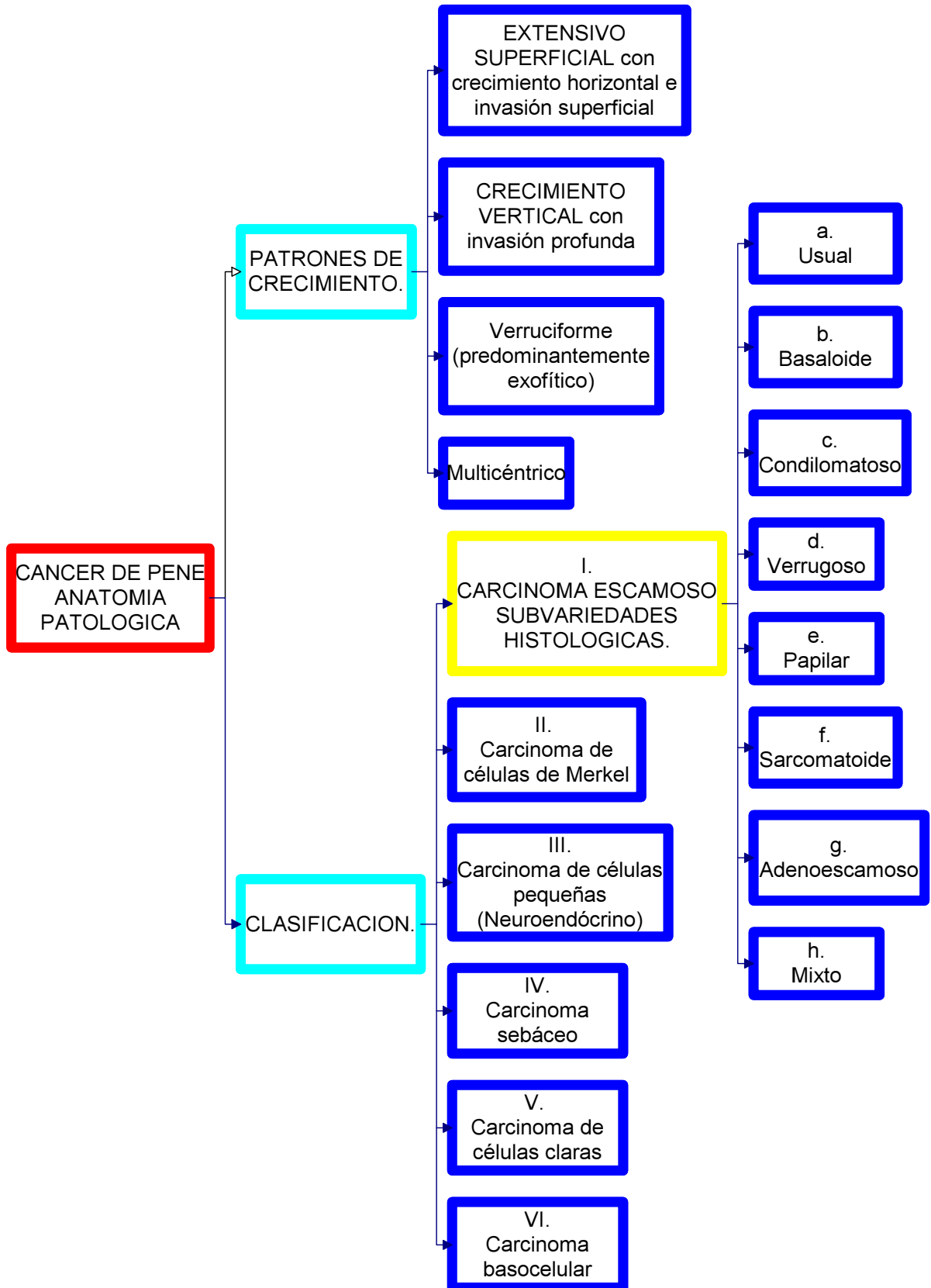
III. Carcinoma de células pequeñas (neuroendócrino)

IV. Carcinoma sebáceo

V. Carcinoma de células claras

VI. Carcinoma basocelular

CARCINOMA DE PENE ANATOMIA PATOLOGICA I



**CARCINOMA DE PENE
ANATOMIA PATOLOGICA
LESIONES PRECURSORAS**

INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV)

La mayoría de los carcinomas peneanos tienen relación con infección previa por HPV y en ellos se puede detectar la presencia del ADN viral. Este produce

LESIONES QUE NO NECESARIAMENTE DESARROLLARAN UN CARCINOMA.

Condiloma producido por el Papilomavirus Humano

Produce desde verrugas genitales (condilomas) en general asociada a genotipos de bajo riesgo, hasta lesiones subclínicas (planas) generalmente asociada a tipos de riesgo alto (p. Ej. 16 y 18). En este último caso pueden aparecer concomitantemente LESIONES PRECURSORAS DEL CARCINOMA ESCAMOSO de ubicación intraepitelial (neoplasias intraepiteliales) que se gradúan de I a III, de acuerdo al espesor epitelial comprometido (grado I: porción basal; grado II: dos tercios basales y grado III: todo el espesor). Aunque no ha sido demostrado con certeza, existen indicios que asocian al HPV con carcinomas invasores, especialmente del tipo condilomatoso y el basaloides.

Condiloma gigante

(Enfermedad de Buschke y Löwenstein). Se caracteriza por ser una formación que suele alcanzar 5 cm de diámetro asociada a acción viral (HPV) pero que se cree una entidad distinta a la del carcinoma verrugoso, a la que solía asimilarse.

LESIONES PRECURSORAS DEL CARCINOMA DE PENE

Se ha descrito lesiones precursoras (preinvasivas) del carcinoma del pene, las que se agrupan de la siguiente manera:

**a. LESION ANATOMOPATOLOGICA DE LA ENFERMEDAD DE BOWEN, LA ERITROPLASIA DE QUEYRAT Y LA PAPULOSIS BOWENOIDE
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL E INFECCIÓN POR HPV**

Denominaciones:

Neoplasia intraepitelial escamosa grado III, lesión intraepitelial escamosa de alto grado, displasia severa, PeIN III, carcinoma in situ.

Características histopatológicas:

Atipia severa o marcada de las células escamosas, la que afecta un área del epitelio, sin invadir la lámina propia (limitada al epitelio), por lo que no tienen posibilidad de desarrollar metástasis.

LESIONES CLINICAS

- i. Enfermedad de Bowen
- ii. Eritroplasia de Queyrat
- iii. Papulosis Bowenoide

I y II. ENFERMEDAD DE BOWEN Y ERITROPLASIA DE QUEYRAT

Tanto la Eritroplasia de Queyrat como la Enfermedad de Bowen son expresiones de lesiones intraepiteliales de alto grado o carcinoma in situ. La primera corresponde a lesiones de mucosa prepucial y glande y la segunda, a lesiones del cuerpo. Pueden hallarse en forma solitaria o asociada a carcinoma invasor. Si no se trata, 5 a 33 % progresa a carcinoma invasor. Puede acompañarse de signos de infección viral (HPV), especialmente cuando no está comprometido la totalidad del espesor epitelial (PeIN I ó II). Generalmente no involucionan. Aunque es difícil establecer en qué lesiones el HPV pueda desarrollar su potencial oncogénico, se considera población en mayor riesgo a los mayores de 40 años en los que suele aconsejarse la resección quirúrgica de la lesión.

III. PAPULOSIS BOWENOIDE:

Lesiones generalmente multifocales, papulosas, que aparecen en pacientes menores de 30 años y que se hallan relacionadas con HPV 16 ó menos frecuentemente 18, 33 y 35. Se ubican en piel de cuerpo peneano o prepucio. Aunque histológicamente remedan el carcinoma in situ, generalmente involucionan espontáneamente aunque se postula, en casos en que no lo hacen, su asociación con carcinomas invasores.

b. LESION ANATOMOPATOLOGICA DE LA ENFERMEDAD DE PAGET

Infiltración intraepitelial por un adenocarcinoma, el que puede ser in situ o infiltrante.

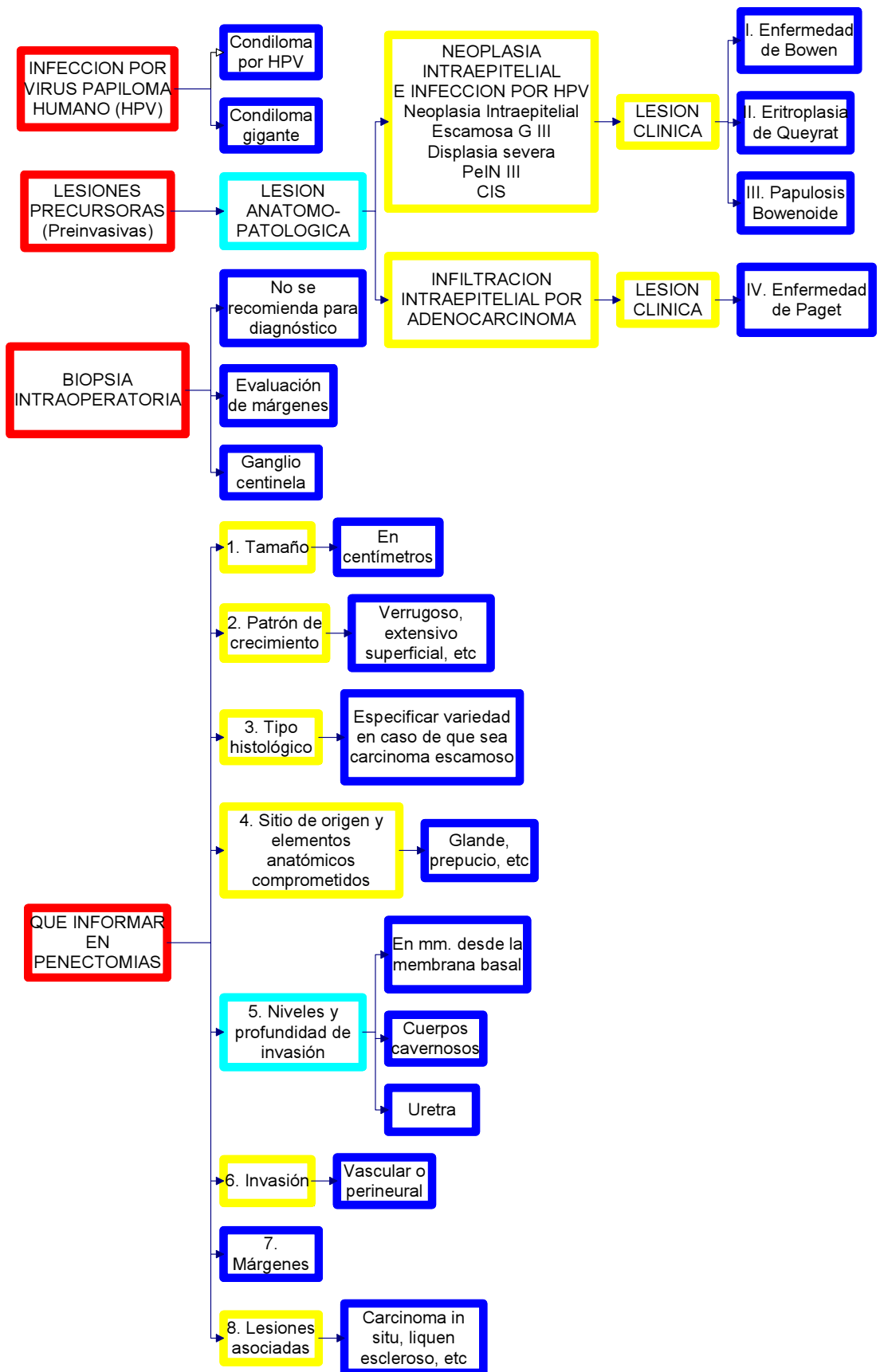
LESION CLINICA

- iv. Enfermedad de Paget

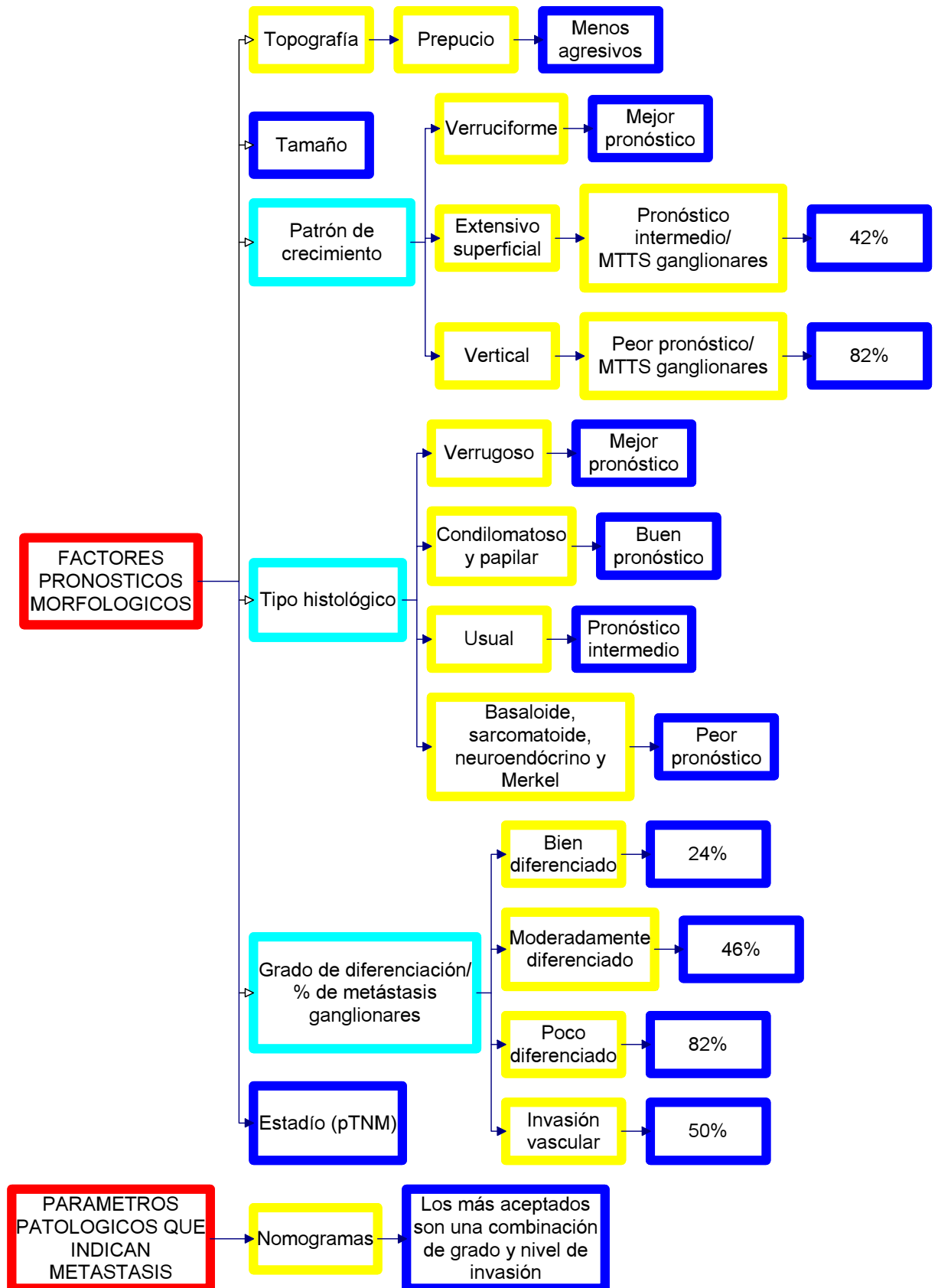
IV. ENFERMEDAD DE PAGET

Compromiso de tipo adenocarcinomatoso intraepidérmico caracterizado por la presencia de grandes células atípicas de citoplasma vacuolado. Se observa en cuerpo peneano en general como extensión de compromiso escrotal, perineal o perianal, en pacientes mayores de 50 años.

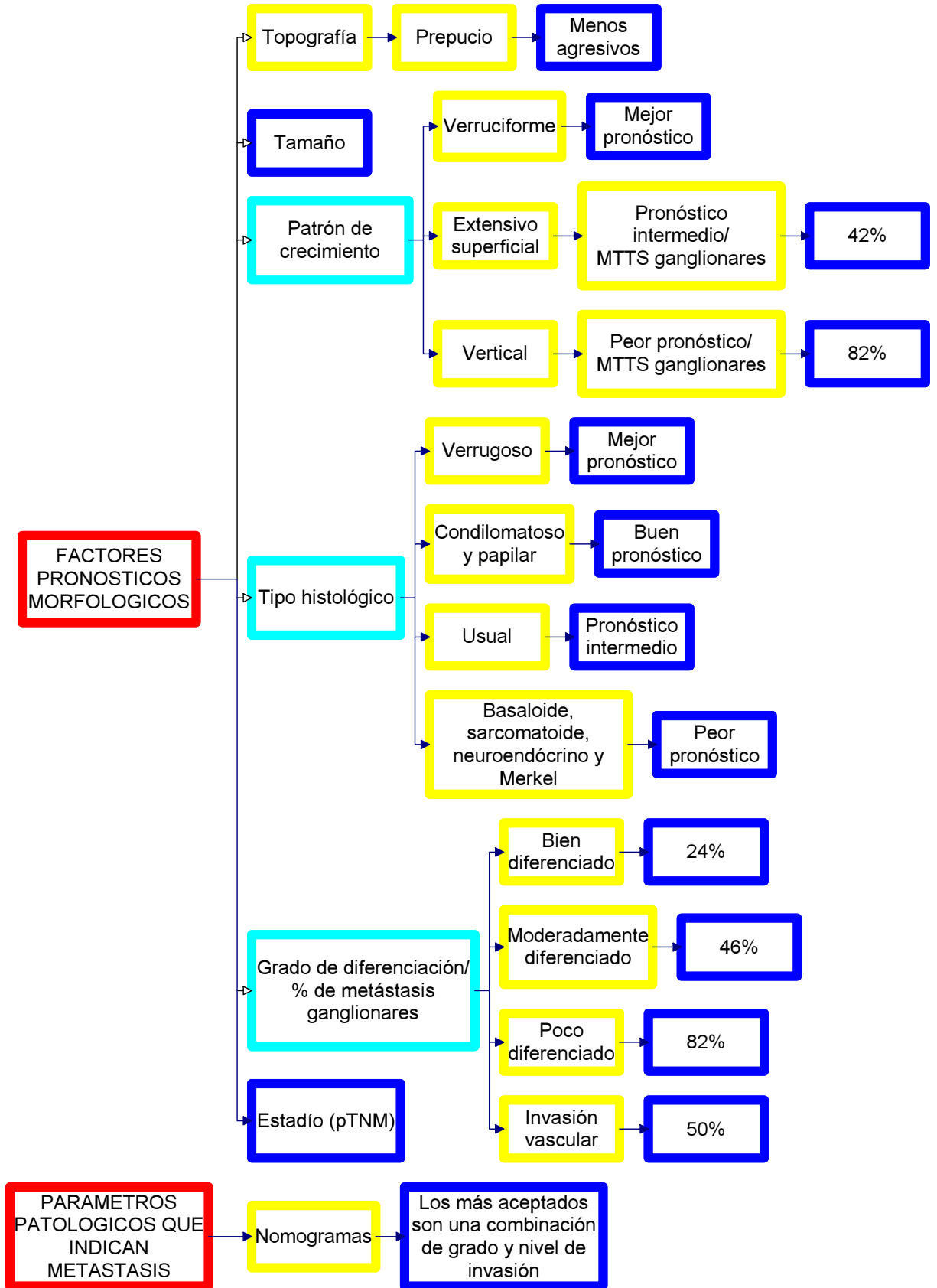
CARCINOMA DE PENE ANATOMIA PATOLOGICA II



CARCINOMA DE PENE ANATOMIA PATOLOGICA III



CARCINOMA DE PENE ANATOMIA PATOLOGICA III



CANCER DE PENE METODO DE INVESTIGACION DEL GANGLIO CENTINELA

INTRODUCCIÓN

El término de ganglio centinela (GC) fue introducido justamente en cáncer de pene por el Dr. Cabañas en 1977 y se define como el primer ganglio en recibir la linfa que drena desde el tumor primario. En 1992 el Dr. Morton aplica el término de GC en Melanoma Maligno, inyectando perilesión un colorante vital (**linfocromía**). En 1993 Alex y Krag utilizan radioisótopos para su detección y posteriormente Albertini combinó ambas técnicas. La técnica **radioisotópica**, está constituida por la Linfografía Radioisotópica (LR) y por la detección de la radiación proveniente del GC mediante un equipo portátil sensible a los rayos gamma conocido como Gamma Probe. Esta última se realiza en el quirófano en conjunto con la linfocromía.

Se recomienda la realización de ambas técnicas para aumentar la sensibilidad del método.

ETAPA PREOPERATORIA. Técnica radioisotópica (24 hs. antes de la cirugía)

Isótopo radiactivo: Tecnecio 99 metaestable (99mTc).

Coloide: el ideal debería poseer un tamaño de partículas de un rango entre 100 y 200 nanómetros (nm). De los coloides disponibles en nuestro medio se recomienda el colágeno bovino desnaturalizado y la albúmina humana y en segunda instancia sulfuro de antimonio, dextrán y fitato.

Inyección peritumoral de 4 habones de coloide marcado con 99mTc en hora 3, 6, 9 y 12. La actividad a administrar sugerida es de 2 milicurios (mCi) en un volumen comprendido entre 0.4 y 0.8 mililitros repartidos en 4 habones de 500 microcurios (uCi) cada uno, que se inyectan intradérmicos. Inmediatamente después se coloca al paciente debajo del detector de gamma cámara y se adquieren imágenes centellográficas mediante linfografía dinámica y estática. Se adquiere una imagen cada 15 segundos durante 15 minutos (total = 60) y permite la observación de la progresión del radiocoloide a través de los canalículos eferentes del tumor y aferentes al o los ganglios centinela (captación del radioisótopo en primera instancia de los ganglios inguinales uni o bilaterales). A los 30 minutos permite objetivar el incremento en la concentración del radiocoloide en los ganglios centinelas. Sobre la piel del paciente se marca la ubicación topográfica con informe de la profundidad de los mismos.

Se recomienda que el método sea explicado previamente al paciente e incorporado en el texto del consentimiento informado, escrito y detallado. El informe de la linfografía radioisotópica y las imágenes son la constancia del procedimiento realizado y deben incorporarse en la Historia Clínica del paciente.

ETAPA INTRAOPERATORIA

Inyección de 3 ml de azul patente (Patent blue) peritumoral con masaje peneano durante 15 minutos. Rastreo de radioactividad en áreas ganglionares con sonda gamma probe). La zona de la piel del ganglio centinela marcada en etapa preoperatoria coincide con una mayor actividad radioactiva captada por el scanner.

Se efectúa una incisión mínima sobre la región de máxima captación de la radioactividad. Se busca el o los ganglios centinela con gamma probe. Se identifican el o los ganglios centinela teñidos de azul con sus canalículos aferentes. Disección y extirpación de los mismos. Una vez extirpado el ganglio centinela, la radioactividad del lecho decae a cifras cercanas a cero.

El patólogo en el área quirúrgica evaluará la pieza obtenida y en contacto directo con el cirujano podrá dar una respuesta rápida y adecuada a los fines de completar el procedimiento.

CONCLUSIONES

Esta técnica es mínimamente invasiva, ofreciendo la biopsia del GC una alternativa a la linfadenectomía convencional en cáncer de pene.

CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA 2005

CONSENSO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PENE EN LA ARGENTINA

Mesa de Consenso

DR. RICARDO ALBA

Presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica

DR. ALBERTO CASABÉ

Jefe del Departamento de Urología del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo (UBA) Profesor Regular Adjunto de Urología de la Universidad de Buenos Aires

DR. MIGUEL COSTA

Coordinador del Subcomité de Oncología de la Sociedad Argentina de Urología Presidente Electo de la Confederación Americana de Urología Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Urología

DR. MIGUEL A. ESCUDERO

Presidente de la Asociación Argentina de Oncología Clínica

DR. NORBERTO M. FREDOTOVICH

Presidente de la Sociedad Argentina de Urología

DR. OSVALDO MAZZA

Director del Comité de Especialidades de la Sociedad Argentina de Urología Profesor Titular de Urología de la Universidad de Buenos Aires Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Urología

DRA. GRACIELA MELADO

Presidente de la Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear

DR. SERGIO METREBIÁN

Presidente de la Federación Argentina de Urología Profesor Titular de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba Director de la Carrera de Urología del departamento de postgrado de la Facultad de Medicina -Universidad Católica de Córdoba

DR. HUGO SIGNORI

Director del Capítulo de Uro-Oncología de la Federación Argentina de Urología Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Urología

DRA. SUSANA VIGHI

Presidente de la Sociedad Argentina de Patología

Comisión Redactora

Subcomité de Oncología de la SAU

Dr. Costa, Miguel
Coordinador
Dr. Ameri, Carlos
Dr. Casabé, Alberto
Dr. Coppola, Daniel
Dr. Corbetta, Juan Pablo
Dr. Del Sordo, Martín
Dr. González Morales, M.
Dr. Grippo, Lorenzo
Dr. Koren, Claudio
Dr. Malagrino, Héctor
Dr. Nardone, Ricardo
Dr. Pasik, Leonardo
Dr. Rizzi, Alfredo
Dr. Rodríguez, Ernesto
Dr. Scorticatti, Carlos
Dr. Signori, Hugo
Dr. Turina, Enrique
Dr. Villarronga, Alberto

Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear
Dra. Zarlenga, Cristina**Asociación Argentina de Oncología Clínica**
Dra. Widakowich, Julia**Sociedad Argentina de Patología**
Dr. Lewin, Claudio**Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica**
Dra. Broda, Estela A.**Capítulo de Uropatología de la FAU**
Dr. Alonso, Eduardo**Capítulo de Uro-Oncología de la FAU**

Dr. Signori, Hugo
Director
Dr. Alonso, Juan Carlos
Dr. Canton, Fernando
Dr. Chuchuy, César
Dr. Colla, Raúl
Dr. Córca Luis
Dr. Dalul, Alberto
Dr. López Laur J.D
Dr. Marchiotti Mariano
Dr. Metrebián, Sergio
Dr. Mingote, Pablo
Dr. Minuzzi, Gustavo
Dr. Penida, Alfredo
Dr. Riello, Hugo
Dr. Sokolovsky, Rodolfo
Dr. Viani, José

Sociedad Argentina de Urología
Federación Argentina de Urología
Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear
Asociación Argentina de Oncología Clínica
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica



Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas



ACTUALIZADOR BIBLIOGRÁFICO

Estudio randomizado fase III que compara la radioterapia abdominal (WAI) y la quimioterapia con doxorubicina y cisplatino en el carcinoma de endometrio avanzado. Un estudio del Grupo Oncológico Argentino (GOG)

Marcus E: Randall, Virginia L. Filicia, Hyman Muss, Nick M. Spirts, Robert S. Mannel. Del Leo W.

Jenkins Cancer Center, Brody School of Medicine at East Carolina University, Roswell Park Cancer Institute, Department of Medicine, Univ. Vermont-Fletcher

J. Clin. Oncol. January 2006;24;1:36-44

Palabras clave: carcinoma, endometrio, quimioterapia, radioterapia

El objetivo de este estudio fue comparar la radioterapia abdominal (WAI) y la quimioterapia con doxorubicina y cisplatino en mujeres con carcinoma de endometrio estadio III o IV con un máximo de 2 cm de enfermedad residual posoperatorio.

Doscientos dos pacientes fueron randomizados para radioterapia y 194 para quimioterapia. La dosis de radioterapia fue de 30 Gy en 20 fracciones diarias.

La quimioterapia consistió en doxorubicina 60 mg/m² y cisplatino 50 mg/m² cada 3 semanas por 8 ciclos.

Finalizado el tratamiento, las pacientes fueron

estudiadas cada 3 meses por 2 años y luego cada 6 meses.

El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión (PFS) y el objetivo secundario fue la supervivencia global (OS).

El 84% de los pacientes completaron la terapia radiante y el 63% completaron los 8 ciclos de quimioterapia.

Las pacientes que discontinuaron el tratamiento en forma precoz por toxicidad fue del 17% en el grupo de quimioterapia y del 3% en el grupo de radioterapia.

Las toxicidades más frecuentes fueron el primer lugar hematológicas grado 3 y 4 con el 14% con WAI y del 88% con quimioterapia. En segundo lugar la toxicidad gastrointestinal grado 3 y 4 con un 13% con WAI y un 20% con quimioterapia.

La supervivencia libre de progresión (PFS) y supervivencia global (OS) a los 5 años fue de un 42% y 53% en el grupo con quimioterapia comparado con un 38% y 42% respectivamente para el grupo con WAI. Existe una diferencia significativa a favor del grupo que realizó quimioterapia.

Estadio IV y enfermedad gruesa residual se asoció con bajo PFS y OS.



Actividad del SU11248, un inhibidor del receptor de factor de crecimiento endotelial vascular y derivados de plaquetas en pacientes con cáncer renal metastásico.

Robert J. Notzer, M. Dror Michaelson, Bruce G. Redman, Gary R. Hudes, George Wilding

Servicio de Oncología Genitourinario, División de Oncología Tumores Sólidos, Departamento de Medicina y Radiología, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York

L- Clin. Oncol. January 2006;24:1

Palabras claves: carcinoma renal metastásico, SU11248

En este estudio de fase II, los pacientes con carcinoma renal metastásico que progresaron a la primera línea de terapia con citoquinas fueron enrolados a recibir SU11248.

El objetivo principal fue evaluar el grado de respuesta y como objetivo secundario tiempo libre de progresión y seguridad.

SU11248 fue administrado en las dosis de 50 mg vía oral/día por 4 semanas seguidas de 2 semanas de descanso.

Fueron enrolados 63 pacientes entre enero y julio de 2003. La edad media fue de 60 años.

La media de duración del tratamiento fue de 9 meses (rango menor a 24 meses).

El evento adverso más común fue la fatiga grado 3 (11%), las anormalidades de laboratorio grado 3-4 incluyó linfopenia sin infección (32%) y aumento de lipasa sérica (21%) sin signos ni síntomas de pancreatitis.

No se registraron casos de insuficiencia adrenal.

Cuatro pacientes fueron removidos por disminución de la fracción de eyección ventricular.

Presentaron respuesta parcial 25 pacientes

(40%), enfermedad estable 17 y progresión de enfermedad 21 pacientes.

La media de progresión para los 63 pacientes fue de 8,7 meses (95% CI) y la media de supervivencia fue de 16,4 meses (95% C.I.).

Históricamente el cáncer de riñón es uno de los tumores sólidos más resistentes.

Las citoquinas son las únicas que demostraron inducir regresión tumoral.

Este estudio de fase II demostró un alto porcentaje de respuestas parciales en segunda línea, una etapa donde no existe terapia efectiva hasta el presente reconocida.

Se encuentran en marcha estudios de fase III que compararn Interferón con SU11248 en primera línea.

Estudio de farmacocinética y búsqueda de dosis de un régimen completamente oral combinado de vinorelbina oral y capecitabina para pacientes con cáncer de mama metastásico

F. Nolè¹, C. Catania¹, G. Sanna¹, K. Imadalou², E. Munzone¹, L. Adamoli¹, B. Longerey², G. Blanchot² & A. Goldhirsch¹

¹ European Institute of Oncology, Milan, Italy

² Institut de Reserche Pierre Fabre, Boulogne, France

Annals of Oncology 2006;17:322-329

Palabras claves: vivorelbina, capeútabina, quimioterapia oral, cáncer de mama.

Se realizó un estudio de fase I con el propósito



de determinar la máxima dosis tolerada, la dosis recomendada, la seguridad y eficacia de vinorelbina oral al ser combinada con capecitabina en un régimen completamente oral para pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM), con muestreo de sangre para farmacocinética, investigando potenciales interacciones droga-droga.

La medicación del estudio fue administrada totalmente en forma oral, vinorelbina en cápsulas de gelatina blanda presentadas en dos concentraciones de 30 y 40 mg (Navelbine Oral; Pierre Fabre Medicament, Francia) que las pacientes debían tragar sin masticar ni morder; y capecitabina (Xeloda; Hoffman-Laroche, Italia) en forma de tabletas de 150 y 500 mg. Las dosis fueron determinadas para cada paciente según su superficie corporal. Se recomendó profilaxis con antieméticos 5-HT₃ previo a la administración de vinorelbina oral. Fueron incluidas cuarenta y cuatro pacientes con CMM que recibieron un esquema de quimioterapia en primera o segunda línea, de vinorelbina oral una dosis de 60 u 80 mg/m² en días 1 y 8 (y 15) con escalamiento de dosis de capecitabina de 1650 a 2500 mg/m²/día en días 1-14 cada 3 o 4 semanas. Se analizaron tres esquemas: día 1, día 8 y régimen semanal de vinorelbina oral con un curso de 14 días de capecitabina cada 3 semanas; y un régimen día 1, día 8 de vinorelbina oral con un curso de 14 días de capecitabina cada 4 semanas.

Resultados: Con vinorelbina oral a 60 mg/m², las dosis recomendadas (DR) fueron establecidas como vinorelbina oral 60 mg/m² en días 1 y 8 más capecitabina 2250mg/m²/día, días 1-14 y vinorelbina oral 60 mg/m²/semana más capecitabina 2000 mg/m²/día, días 1-14. Con vinorelbina oral 80 mg/m², la DR fue vinorelbina oral 80 mg/m² en días 1 y 8 , más capecitabina 2000 mg/m²/día, días 1-14. La neutropenia fue la toxicidad que más frecuentemente limitó la dosis de la combinación; fue reportada en 40 pacientes (90.9%), en grado 3 en 14 pacientes (31.8%) y en 6.2% de los ciclos, y en grado 4 en 12 pacientes (27.3%) y 4.3% de los ciclos.

Las complicaciones fueron raras, ya que solo 3 pacientes presentaron neutropenia febril (un episodio cada uno). La toxicidad no-hematológica más frecuente fue la gastrointestinal; sin embargo, la incidencia de grado 3 fue baja, sin observarse episodios de grado 4. El síndrome mano-pie fue reportado en 14 pacientes (31.8%) y en 22.6% de los ciclos, con grado 2 en dos pacientes (4.5%) y 1.2% de los ciclos (dos episodios cada uno). No se observaron episodios de grado 3. Según la evaluación del investigador, se observó una respuesta objetiva en 18 pacientes (tres respuestas completas y quince respuestas parciales), dando por resultado una tasa de respuestas de 40.9% en la población según intención de tratamiento. Los resultados del estudio de farmacocinética demostraron la ausencia de interacción farmacocinética mutua cuando se administran concomitantemente ambas drogas.

Conclusiones: La combinación de vinorelbina oral más capecitabina es segura y fácil de administrar en pacientes ambulatorios. Esta combinación, completamente oral, puede ofrecer una buena alternativa a la quimioterapia por vía endovenosa para pacientes con cáncer de mama metastásico, ofreciéndoles conveniencia y mejor confort. Recientemente se ha evaluado el interés de los pacientes en la quimioterapia oral, hallándose que el 90% de los pacientes con cáncer preferirían quimioterapia oral antes que endovenosa debido a la conveniencia de recibirla fuera del ámbito del centro de salud, siempre que la eficacia de ambas sea la misma. Basados en estos resultados promisorios, se ha comenzado en estudio de fase II utilizando vinorelbina oral 60 mg/m²/ semana con capecitabina 2000 mg/m²/día, días 1-14 cada 3 semanas como quimioterapia de primera línea en pacientes con CMM.



Calendario Oncológico 2006

Mayo

4-7 Oncology Nursing Society 31st Annual Congress. Boston, EEUU. www.ons
5-6 3rd Internacional Symposium on Ovarian & Other Gynecologic Malignancies. New York, EEUU.
www.cancercontere
May 25-June 28 4th Research Forum of the European Association for Palliative Care. Venice, Italy
www.eapnet.org/res

Junio

2-6 ASCO 2006 Annual Meeting. Atlanta, EEUU. www.asco.org
14-16 4th European Spring Oncology Conference. Marbella, España
15-18 11th Congress of the Amsterdam European Hematology Association. Amsterdam, The Netherlands. www.ehaweb.org/cor
19-21 Breast Cancer: Oncology and Reconstructive Surgery. Milano, Italy. Congress@cg-travel.com
17-23 8th Joint FECS/AACR/ASCO Workshop on Methods in Clinical Cancer Research. Films, Switzerland. www.fecs.be/emc.as
21-23 8th. Milan Breast Cancer Conference. Milano, Italy. www.breastmilan.com
22-24 Multinational Association of Supportive Care in Cancer. International Society for Oral Oncology.
18th International Symposium of Supportive Care in Cancer. Toronto, Canadá. www.mascc.org/inde
26-28 23rd. International Conference: Advanced in the Application of Nonoclonal Antibodies in Clinical Oncology. Mykonos, Greece. www.inmu

Julio

2-4 2nd. Milan Thyroid Cancer Conference. Milano, Italy. Infoeventi@ieo.it
8-12 UICC World Cancer Congress. Washington, EEUU. Worldcancer@congress.org
19-22 Update in Cancer. Genetics: Clinical Translation. Honolulu, EEUU. www.cme.creighon.edu
22-28 AACR/ASCO. Methods in Clinical Cancer Research Workshop. Vail, EEUU.
www.vailworkshop.org



Agosto

3-6 5th Annual International Congress on the Future of Breast Cancer: Linking Therapeutics Strategies and Breast Cancer Subtypes. Koala Coast, EEUU. [www.cancercontere](http://www.cancercontere.com)

4-6 3rd International Congress on Kidney & Bladder Cancer. Orlando, EEUU. [www.cancercontere](http://www.cancercontere.com)

Setiembre

3-9 The Australia and Asia Pacific Clinical Oncology Research Development (ACORD) Workshop: A Workshop on Effective Clinical Trial Design. Queensland, Australia. [www.acordworkshop](http://www.acordworkshop.com).

10-13 Fifth International Symposium on the Hormonal Carcinogenesis. Montpellier, France. www.kumc.edu

22-23 Fifth International Kidney Cancer Symposium. Chicago, EEUU. [www.kidney](http://www.kidneycancer.org)

29 31st. ESMO Congress. Istanbul, Turkey. www.esmo.org

Octubre

11-14 XII Venezuelan Cancer Congress (SVO) and XVI Integrated Latin American Cancer Congress (CILAC). Caracas, Venezuela. www.oncologia.org

27-29 Clinical Trials Workshop. Schaumburg, EEUU. [www.asco](http://www.asco.org)

Noviembre

1-4 Sentinel Node Biopsy. Roma. Italy. Infoeventi@ieeo.it

5-9 48th. Annual Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology. Philadelphia, EEUU. www.astro.org