



Sociedad Argentina  
de Cancerología

Asociación Civil

# **XVII** CONGRESO ARGENTINO DE CANCEROLOGÍA

**2016**

14° Encuentro de FESCAS

7ª Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos

6° Simposio del Capítulo de Neuro-oncología

5ª Jornada de Prevención en cáncer

3° Simposio del Capítulo de Gestión Institucional

1° Simposio de Enfermería Oncológica

**11, 12 y 13**

**DE AGOSTO DE 2016**

**ABASTO HOTEL Bs. As.**

Avda. Corrientes 3190, Ciudad Autónoma de Bs As



**FESCAS**

Federação das Sociedades de Cancerología da América do Sul  
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamérica

¿Que sucedería  
si pudieras utilizar  
las propias Células T  
del cuerpo  
para combatir  
el Cáncer de Pulmón?

**OPDIVO**  
*nivolumab*

**AHORA APROBADO**

EN LA **ARGENTINA**

**La Inmuno-Oncología  
lo hace posible.**



Bristol-Myers Squibb



Inmuno-Oncología

OPDIVO® es una Especialidad Medicinal registrada por Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.  
Certificado ANMAT N° 57870. Disposición: 1935/16. Fecha de aprobación: 29 de Febrero de 2016.  
En caso de requerir la versión completa aprobada solicitarla al 0800-666-1179.  
Av. Libertador 77/101, piso 6°, (B1638BDA) - Vicente López,  
Provincia de Buenos Aires, República Argentina. [www.b-ms.com.ar](http://www.b-ms.com.ar).  
Tel.: 0800 666 1179. Correo electrónico: [infomedicalatam@bms.com](mailto:infomedicalatam@bms.com). [www.b-ms.com.ar](http://www.b-ms.com.ar)

1506AR16PR04385-01



Desarrollamos y manufacturamos medicamentos con los más altos estándares de calidad del mercado y al alcance de toda la comunidad.

AR-IMAPEMAB1010306





# SBRT

Radioterapia Estereotáxica Extracraneal



**VIDT CENTRO MEDICO**

Excelencia en Terapia Radiante

Contamos con la mejor tecnología del mundo que combina desarrollo e investigación en aceleradores de partículas subatómicas con softwares y robótica de última generación, brindando ventajas diferenciales para radioterapia guiada por imágenes.

- Dosis muy altas de radiación.
- Sesiones de tratamiento más cortas.
- Técnica menos invasiva.
- Ideal para aquellas lesiones cuyo campo a irradiar posee un diámetro de hasta 50 mm.
- Posibilidad de tratar nuevos tumores (pulmonares, espinales, hepáticos y renales no resecables) y enfermedades oligometastásicas.



# Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volumen XLIV - N.º 1 - 2016

- 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
- 1º Filial de la SAC USHUAIA

## Comisión Directiva 2016-2017

### Presidente

Dr. Marcelo Blanco Villalba

### Vicepresidente

Dr. Mario Félix Bruno

### Secretario General

Dr. Guillermo Streich

### Secretario de Actas

Dr. Daniel Rampa

### Tesorero

Dr. Jorge Ramón Puyol

### Director de Publicaciones

Dr. Marina Bramajo

### Vocales Titulares

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

### Órgano de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dra. Liliana González

### Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos

Lic. Luisina Onganía

### Capítulo de Neurooncología

Dra. Alejandra Rabadán

### Capítulo de Oncopediatría

Dra. Guadalupe Rey

### Capítulo de Prevención

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dr. Daniel Rampa

### Capítulo del Interior

Dra. Mónica Repetto

### Capítulo de Gestión Institucional

Dr. Juan Pablo Re

### Capítulo de Estomatología

Dra. Nelly Frascino

### 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)

Dra. Silvia Jovtis †

(2006-2007)

Dra. Clelia Vico

(2008-2009)

Dr. Marcelo Blanco Villalba

(2010-2011)

Dra. Mónica Liliana López

(2012-2013)

Dr. Marcelo Blanco Villalba

(2014-2015)



## Sociedad Argentina de Cancerología

Asociación Civil

### Comisión Directiva 2016 – 2017

**Presidente:** Dr. Marcelo Blanco Villalba

**Vicepresidente:** Dr. Mario Félix Bruno

**Secretario General:** Dr. Guillermo Streich

**Secretario de Actas:** Dr. Daniel Rampa

**Tesorero:** Dr. Jorge Ramón Puyol

**Director de Publicaciones:** Dra. Marina Bramajo

### Vocales Titulares:

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

**Órgano de Fiscalización:** Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dra. Liliana González

### Capítulos:

**Oncopediatría:** Dra. Guadalupe Rey

**Neurooncología:** Dra. Alejandra Rabadán

**Psicooncología y Cuidados Paliativos:** Lic. Luisiana Onganía

**Prevención:** Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dr. Daniel Rampa

**Del Interior:** Dra. Mónica Repetto

**Gestión Institucional:** Dr. Juan Pablo Re

**Estomatología:** Dra. Nelly Frascino

Dr. Guillermo Streich  
Secretario General 2014 - 2017

Dr. Marcelo Blanco Villalba  
Presidente 2014 - 2017



ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA



# Herceptin® SC

Menos tiempo de aplicación, más tiempo para disfrutar



- **Mismo producto**
- **Nueva formulación**
- **Menos tiempo de aplicación**

■ Si ocurre un embarazo mientras una paciente se encuentra recibiendo Herceptin® o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, por favor reporte el embarazo inmediatamente a la línea de farmacovigilancia de Roche 0800-77 ROCHE (76243) o por mail a [argentina.safety@roche.com](mailto:argentina.safety@roche.com).  
■ Se solicitará información adicional durante un embarazo expuesto a Herceptin® y durante el primer año de vida del bebé. Esto le permitirá a Roche comprender mejor la seguridad de Herceptin® y brindar información apropiada a autoridades regulatorias, profesionales de la salud, y pacientes.  
■ **Advertencias para mujeres embarazadas y potencialmente embarazadas** • Debe evitarse la terapia con Herceptin® durante el embarazo salvo que el beneficio potencial para la madre sea mayor que el riesgo potencial para el feto. Hay información limitada referida al uso de Herceptin® en mujeres embarazadas, y no se ha establecido que el uso de Herceptin® durante el embarazo y la lactancia sea seguro. • No hay datos disponibles de fertilidad. • En la etapa de post-comercialización, se han reportado casos de alteración en el crecimiento o la funcionalidad renal fetal asociados con oligohidramnios, algunos asociados con hipoplasia pulmonar fatal del feto, en mujeres embarazadas recibiendo Herceptin®. • Se debe verificar si la paciente se encuentra embarazada antes de iniciar el tratamiento con Herceptin®. Las mujeres en edad fértil deben utilizar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Herceptin® y durante los 7 meses posteriores a la última dosis de Herceptin®. • Se debe monitorear estrechamente a las pacientes que quedan embarazadas durante la terapia con Herceptin®, o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, para detectar oligohidramnios. • Se desconoce si Herceptin® se excreta en la leche humana. Como la IgG1 humana se excreta en la leche humana, y se desconoce el potencial daño para el bebé, las mujeres no deben amamantar durante la terapia con Herceptin® y hasta 7 meses luego de la última dosis.



## ÍNDICE

### Carta de Bienvenida

**Dr. Marcelo Blanco Villalba.** Presidente Sociedad Argentina de Cancerología. 7

### Cáncer Génito-Mamario

**#01. Cambio de la expresión de los receptores en cáncer de mama después de una neoadyuvancia** 12  
Porrato C, Miechi R, Carelli R, Yoco M, Pompei C, Riba F, Marcogiussepe C.

**#02. Efectos adversos post radioterapia cáncer de mama** 13  
Mazzon A, Zaloff Dakoff J, Garcia Salas C, *et. ál.*

**#03. Antraciclina versus PP** 14  
Duarte OD, Sabbattini L, Perfetti AA, Garozzo G, Fruchter L, Bavio JP.

**#04. Síndrome de coriocarcinoma: a propósito de un caso** 15  
Campos, C, Fuentes, C, Gandolfi, D, Pérez, P, Pomerio Pellegrini, J, Quevedo, M.C, Rosales, C, Tosini, J.a M.

**#05. ¿Es el liquen escleroso vulvar una lesión presursora del carcinoma escamoso vulvar no relacionado con la infección por papiloma virus humano?** 16  
Lopez M.

### Psico-Oncología

**#06. Evaluación de la respuesta al diagnóstico oncológico inicial** 19  
Cattenazzi L, Leiva J, Linardi M.C, Manfredi S, Tucci M.J.

**#07. El grupo de trabajo desde un abordaje multifamiliar con pacientes que padecen mieloma multiple** 20  
Birgin D, Zuker M.

**#08. El grupo frente a la muerte** 21  
Canterucio A M, Cattenazzi L, Biedma D, Tucci M.J.

**#09. Intervenciones conjuntas en ginecología oncológica.** 22  
Cattenazzi L, Hernandez C, Leiva J, Tucci MJ.

### Oncología Clínica

**#10. Melanoma y MTTs en SNC (dos casos)** 24  
Porrato C, Miechi R, Carelli R, Yoco M, Pompei C, Riba F, Marcogiussepe C.

**#11. Relaciones entre las mutaciones KRas NRas en cáncer de colon y pronóstico** 25  
Sabbattini L, Perfetti AA, Garozzo G, Korchter L, Bavio JP, Duarte OD.

**#12. Prolongada SLP en melanoma metastásico braf mutado con vemurafenib: reporte de un caso** 26  
Baltz Hehn N2, Campos C2, Pérez P1, Pomerio Pellegrini J1, Quevedo MC1, Rosales C2, Rios D2, Waisberg F1.

**#13. Melanoma nodular polipoide amelanótico** 27  
Violante M; Dozoretz C.



## Oncología Urológica

- #14. Índice pronóstico como factor histopatológico indicador de linfadenectomía en cáncer de pene** 29  
Sosa E, Petón E, Álvarez P, Orellana M, Romero A..
- #15. Alternativa para el cáncer de vejiga superficial de alto grado bcg refractario: gemcitabine intravesical** 30  
Fossati F, Zamora M, Yirula L, Álvarez P, Scorticati C.
- #16. Linfadenectomía retroperitoneal post-quimioterapia con marcadores tumorales elevados en cáncer de testículo: nuestra experiencia** 31  
Geromin P; Peton E; Ramírez G; Silva M; Scorticatti C.
- Otros temas**
- #17. Nuestra experiencia en prevención de cáncer ginecológico 2005-2015** 34  
Zirulnik A, Rodríguez M, Gass H, Aiello G., Israel M.
- #18. El tratamiento con tamoxifeno, quimioterapia o ambas inhibe la concentración sérica de inhibina B y hormona antimülleriana en pacientes premenopáusicas.** 35  
Lüthy I, Pérez Piñero C, Gass H, y Woskoboinik de Levin R.
- #19. Arteterapia en tratamiento oncológico infantil** 37  
Giorgi, M M.
- #20. Cáncer de mama triple negativo experiencia en un hospital general** 38  
Sanchez R; Bello E; Imhof N; Sarru F, Golemba S, Schahovskoy D, Pini A; Torres A, Wilson C, Streich G, Batagelj E.
- #21. Transformacion maligna de teratoma testicular: a proposito de un caso** 39  
Sanchez R; Bello E; Imhof N; Sarru F, Golemba S, Schahovskoy D, Pini A; Torres A, Wilson C, Streich G, Batagelj E.



## CARTA DE BIENVENIDA

La Sociedad Argentina de Cancerología les da la bienvenida al XVII Congreso Argentino de Cancerología, 14.º Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur, 7.ª Jornadas de Psico-oncología y Cuidados Paliativos, 6.º Simposio del Capítulo de Neuro-oncología, 5.ª Jornadas de Prevención en Cáncer, 3.º Simposio del Capítulo de Gestión Institucional y 1.º Simposio de Enfermería Oncológica.

Hemos preparado un cuidadoso y variado programa Científico, orientado a especialistas y no especialistas, pero sobre todo; deseamos de los asistentes, que participen, opinen, propongan; en cada uno de los Desayunos con Expertos, Mesas Redondas, Conferencias, Simposios y Presentación de Trabajos Libres (que luego, los más destacados serán publicados en la Revista Argentina de Cancerología); ya que creemos que el intercambio favorecerá el enriquecimiento mutuo y porque no, la aparición de nuevas líneas de trabajo.

La llegada de los Presidentes de las Sociedades de Cancerología integrantes de FESCAS, (Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur) quienes también son amigos, nos enorgullece con su activa participación y permitirá continuar aportando propuestas que disminuyan la brecha de la accesibilidad en la región.

Recibimos también a los médicos especialistas y no oncólogos de todo nuestro país, en la convicción del sentido federalista que siempre hemos tenido.

Esperamos que también tengan la posibilidad de recorrer Buenos Aires, una de las ciudades más grandes y bellas del mundo, los esperan, su cultura, sus calles, sus edificios, sus negocios y su gente.

*Sinceramente les deseamos una feliz y cálida estancia*

**Dr Marcelo Blanco Villalba**  
Presidente Sociedad Argentina de Cancerología

# XVII CONGRESO ARGENTINO DE CANCEROLOGÍA

14º Encuentro de FESCAS

7ª Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos

6º Simposio del Capítulo de Neuro-oncología

5ª Jornada de Prevención en cáncer

3º Simposio del Capítulo de Gestión Institucional

1º Simposio de Enfermería Oncológica

11, 12 y 13 de agosto de 2016 • Abasto Hotel Bs. As. Avda. Corrientes 3190, Ciudad Autónoma de Bs As

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Marcelo Blanco Villalba  
Dr. Mario Bruno  
Dra. Clelia Vico  
Dra. Luisa Rafailovici  
Dra. Mónica López  
Dr. Jorge R. Puyol  
Dr. Guillermo Streich  
Dr. Daniel Rampa  
Dra. Marina Bramajo  
Dra. Rosa Levin

## COMITÉ EJECUTIVO

### Presidentes

Dr. Marcelo Blanco Villalba

### Copresidente

Dr. Mario Bruno

### Secretario General

Dr. Guillermo Streich

### Tesorero

Dr. Jorge Puyol

### Publicaciones

Dra. Marina Bramajo

### Trabajos Científicos

Dra. Mónica López

## Sponsors - Auspicios - Colaboraciones

### SPONSORS

#### PLATINO

Bristol-Myers Squibb  
Roche

#### ORO

Gador  
Pfizer

#### PLATA

Diagnóstico Maipú  
Imaxe  
Abbott  
Merck Sharp & Dohme

#### BRONCE

Argenomics  
Elea  
Fedelta Salud  
LKM  
Microsules  
Sanofi

### COLABORACIONES

Celnova  
Gema Biotech  
Janssen  
Juana Roldan-Libros  
Pierre Fabre  
Vidt

Se agradece la colaboración de:  
e-cancer

### AUSPICIOS

Asociación Médica Argentina  
Academia Nacional de Medicina  
Comité de Tumores de Tierra del Fuego  
FOE - Fundación Oncológica Encuentro  
Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria  
Soc. Arg. de Pat. Tracto Genital Inferior Colposcopia  
Sociedad Arg. de Investigación Clínica  
Soc. de Obstetricia Gineco de Bs. As. - SOGBA  
Sociedad Argentina de Gastroenterología  
Sociedad Argentina de Medicina  
Sociedad Arg. de Coloproctología  
Sociedad Argentina de Mastología  
Sociedad Arg. de Peridismo Médico  
Soiedad Arg. de Terapia Radiante Oncológica  
Sociedad Argentina de Urología  
Sociedad Argentina de Patología  
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As.  
Sociedad Argentina de Radiología  
Unión Antitabáquica Argentina  
Universidad Abierta Interamericana Facultad de Medicina  
Universidad Del Salvador Facultad De Medicina

### ADHESIÓN

Instituto Nacional del Cáncer

### DECLARACIONES DE INTERÉS

Academia Nacional de Medicina  
Facultad de Medicina  
Universidad de Buenos Aires

 **Sociedad Argentina de Cancerología**  
Asociación Civil

 **FESCAS**  
Federação das Sociedades de Cancerologia da América do Sul  
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamérica



# #01

## Cambio de la expresión de los receptores en cáncer de mama después de una neoadyuvancia

Duarte OD, Sabbattini L, Perfetti AA, Garozzo G, Korchter L, Bavio JP.

Hospital D.F. Santojanni – Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

---

### Introducción

Sabemos que los tumores son heterogéneos, y que la expresión de los receptores no es la misma después de realizar una quimioterapia (QT), con la cual se ejerce una selección activa de la misma cambiando la expresión de los mismos en la pieza quirúrgica.

### Objetivo.

Demostrar el cambio de la expresión de receptores luego de una QT.

### Material y métodos.

Todas las pacientes que fueron sometidas a QT con Antraciclinas y Ciclofosfamida. Total 50 pacientes, todas del sexo femenino.

### Resultados

De todas las pacientes incluidas en este estudio prospectivo se encontró que del total de 50 pacientes incluidas, 20 de ellas no tuvieron cambios de la expresión de los receptores, en 30 pacientes, sí la expresión de los receptores fue distinta, de las 20 que no cambiaron el fenotipo 14 de ellas tenían en la punción la expresión de triple negativo.

### Conclusiones

Existe un importante grupo de pacientes que cambian la expresión de los receptores después de la QT neoadyuvante, de aquellos tumores que no cambiaron 14 de 20 pacientes eran TN, así que aquel tumor que es de mayor malignidad no se vuelve peor, puede que esto indique que los tumores TN, no sean tan heterogéneos como el resto. Pero de los que cambiaron 14 cambiaron a una expresión de TN que es de peor pronóstico.



## #02

# Efectos adversos post radioterapia cáncer de mama

Porrato C<sup>1</sup>, Miechi R<sup>1</sup>, Carelli R<sup>2</sup>, Yoco M<sup>2</sup>, Pompei C<sup>2</sup>, Riba F<sup>2</sup>, Marcogiussepe C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>. Médicos Radioterapeutas, <sup>2</sup>. Técnicas Radiólogas. Nuevo Centro de Tratamiento Radiante. Venado Tuerto Santa Fe, Argentina.

### Desarrollo

Desde el año 2007 nuestro centro cuenta con un equipo Acelerador Lineal Dual Siemens, lo que nos permite desarrollar tratamientos con técnica 3D y lograr mejor efecto terapéutico para diferentes patologías. Llevamos tratados 2500 pacientes desde esa fecha con un 35% de los casos para patología mamaria. Seleccionamos al azar 100 pacientes con cáncer de mama y evaluamos secuelas post tratamiento respecto a piel, valores hematológicos, sistema óseo y cardiaco teniendo en cuenta los criterios ICRU para tolerancia.

### Resultados

De las 100 pacientes seleccionadas un 55% correspondía a cáncer de mama izquierda (44% Mama derecha y 1% mama bilateral). El estadio promedio fue II (rango I-IV) y la edad promedio 62 años (rango 45-80 años). La cirugía predominante fue la cirugía conservadora (80%). Nuestro esquema de tratamiento fue 4500 cGy sobre volumen mamario (o parrilla costal) con campos tangenciales (Fotones) y 4500 cGy sobre cadenas ganglionares (cuando era indicado) técnica AP/PA (fotones) y un boost sobre lecho tumoral de 1800 cGy directo (electrones). Un 35% de las pacientes había realizado quimioterapia neoadyuvante con esquema AC por 4 ciclos y paclitaxel por 12 ciclos. El seguimiento se realizó cada 6 meses con radiografía de tórax, ecografía mamaria y abdomen-ginecológica, senografía y análisis de rutina. En aquellas pacientes de riesgo o sintomáticas se pidió evaluación cardiológica y ecocardiograma o TAC de tórax.

### Conclusiones

No encontramos secuelas importantes en los sistemas evaluados por lo que podemos asegurar que la radioterapia posoperatoria con técnica 3D es un excelente tratamiento adyuvante y confiable adecuándose a criterios de tolerancia estandarizados.

## #03

## Antraciclinas versus PP

Duarte OD, Sabbattini L, Perfetti AA, Garozzo G, Fruchter L, Bavio JP.

Hospital D.F. Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

Se valoraron todas las pacientes que requirieron tratamiento neoadyuvante estadio IIIA y IIIB de cáncer de mama con expresión de los receptores triple negativo, se dividieron en dos grupos aquellas pacientes que recibieron esquema con paclitaxel más Platino y otro grupo con antraciclinas y ciclofosfamida.

Pacientes y Métodos: Se evaluaron dos grupos de pacientes cada uno con 20 pacientes entre 1 de Enero de 2007 y el 31 de Diciembre de 2013, se trataba de pacientes con Cáncer de Mama Triple Negativo, en estadios que requerían tratamiento neoadyuvante de quimioterapia, se utilizaron dos esquemas de tratamiento, en el pimer grupo el esquema clásico con doxorubicina más ciclofosfamida y en el otro grupo el esquema con paclitaxel más platino.

## Resultados

Respuesta	Grupo PP		Grupo AC	
Resp. Pat Comp	5	25%	0	0%
Resp. PM	8	40%	3	15%
Resp. Pm	4	20%	1	5%
Progresión	3	15%	16	80%

Fue significativa la diferencia entre un esquema y el otro, así mismo la duración de la respuesta en las pacientes que respondieron al tratamiento con PP fue mucho mayor de aquellas que respondieron al tratamiento con AC.

Tiempo a la Progresión	Resp Patológica Completa	Resp PM
PP	119,6 meses	83 meses
AC	0	23,8 meses

## #04

# Síndrome de coriocarcinoma: a propósito de un caso

Campos, C<sup>2</sup>, Fuentes, C<sup>2</sup>, Gandolfi, D<sup>1</sup>, Pérez, P<sup>1</sup>, Pomero Pellegrini, J<sup>1</sup>,  
Quevedo, M.C<sup>1</sup>, Rosales, C<sup>2</sup>, Tosini, J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>. Residencia Oncología Clínica, <sup>2</sup>. División Medicina. Hospital Oncológico María-Curie. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción:

El síndrome de coriocarcinoma es una complicación infrecuente de neoplasias germinales no seminomatosas con alto volumen de coriocarcinoma asociado con aumento significativo de  $\beta$ -HCG. El mismo se caracteriza por la hemorragia de los sitios de metástasis, con amenaza de la vida del paciente que requiere un tratamiento urgente. Se realiza el reporte de este caso debido a la infrecuencia de este síndrome y sus implicancias si no es diagnosticado y tratado oportunamente.

### Materiales y métodos:

Revisión de historia clínica del paciente, estudios complementarios y revisión de bibliografía.

### Presentación de caso

Paciente de 35 años es derivado a nuestro hospital con diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso de testículo izquierdo con componente de Coriocarcinoma EIIIc S3 de alto riesgo (pulmonar, glándula suprarrenal derecha, renal bilateral, adenopatías mediastinales y retroperitoneales).

Se realiza orquiectomía izquierda por vía inguinal. MT posoperatorios: AFP: 1,3 ng/ml,  $\beta$ -HCG: 225.000 mUI/ml, LDH: 1796 mg/dl. Inicia esquema BEP. En día +6 del primer ciclo comienza con tos seca y desaturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub> 92% al 0,21) que mejoran con nebulizaciones y oxigenoterapia. Dos días más tarde agrega disnea, taquipnea, hemoptisis, crepitantes en base derecha y hasta campo medio izquierdo, mayor requerimiento de oxigenoterapia y caída del hematocrito (23% para un previo de 30%). Se realiza TAC de tórax de urgencia que evidencia múltiples masas pulmonares bilaterales e infiltrado pulmonar bilateral en vidrio deslustrado ocupando la totalidad del pulmón derecho y de manera parcial al pulmón contralateral. Se interpreta el cuadro como síndrome de coriocarcinoma (hemorragia de las metástasis pulmonares) y se decide su pase a UTI por requerimiento de ARM. El paciente fallece dos días después.

### Conclusión

Presentamos este caso debido a que el Síndrome de Coriocarcinoma es una complicación infrecuente pero potencialmente fatal que debe ser tenida en cuenta entre los oncólogos que tratan pacientes con tumores germinales. Esto permitiría detectarlo tempranamente e implementar las medidas de soporte necesarias para asegurar la sobrevivencia del paciente, afectado por una enfermedad oncológica con alta tasa de curación.

## #05

# ¿Es el liquen escleroso vulvar una lesión presursora del carcinoma escamoso vulvar no relacionado con la infección por papiloma virus humano?

Lopez M.

Hospital Interzonal Gral. de Agudos Eva Perón. Buenos Aires, Argentina.

---

### Resumen

Introducción: El Carcinoma de Vulva (CV) es una enfermedad de impacto bio-psico-social que requiere de un diagnóstico oportuno, debido a que la supervivencia depende del estado patológico de los ganglios regionales y de la diseminación de los tejidos adyacentes.

A diferencia del Carcinoma de cuello uterino, donde las neoplasias intraepiteliales escamosas cervicales (NIC) asociadas a la infección por Papiloma Virus Humano (PVH), son consideradas lesiones precursoras, no es tan claro su rol en la carcinogénesis vulvar. Desde el año 1991 estudios epidemiológicos, histopatológicos, virológicos y moleculares han sugerido que el CV presentaría dos tipos de etiología diferente: una vía PVH dependiente (neoplasias intraepiteliales vulvares - NIV y otra PVH independiente- Liquen escleroso

### Objetivo de trabajo

Analizar el potencial evolutivo del Liquen escleroso vulvar (LEV) de acuerdo a sus características morfológicas e inmunohistoquímicas

### Tipo y Diseño de Investigación

Estudio de cohorte, observacional, retrospectivo y longitudinal. El diseño del estudio consta de dos fases: 1. Fase Clínica y 2. Fase anatomopatológica

### Material y Métodos

Fueron seleccionadas 140 pacientes con el diagnóstico de LEV del consultorio ginecología. Del total de pacientes, fueron evaluadas 119 con historia clínica vulvar y seguimiento completo a la fecha de cierre de esta comunicación. El estudio se realizó entre Enero de 1993 y Diciembre del 2003. Fueron excluidas las pacientes con antecedentes de NIC de alto grado y atipias de TGI restante. En la fase 1 fueron evaluadas las siguientes variables clínicas: edad, caracteres macroscópicos del LEV, y el potencial evolutivo. La fase 2, anatomoinmunohistoquímica, se caracterizó por 3 estratos: 40 casos de LEV puros sin asociaciones a otras dermatopatías, Estrato II con 40 casos de LEV extra-ginecológicos y Estrato III: 20 casos de LEV localizados a 10 mm del CV



primario. Todos los casos el LEV asociado o no a CV, fueron confirmados por estudio anatomopatológico. El estudio IHQ se basó en la evaluación de p53, PCNA y EGFR. Los datos fueron volcados en una base de datos y luego analizados con el paquete estadístico SPSS 16 BY SPSS INC (1989-2007).

## Resultados

el rango de edad entre los LE sin progresión a CV fue de 62.9 años, mientras que los LE que progresaron fue de 78 años ( $p=0,0001$ ). No se hallaron diferencias significativas entre otras variables clínicas consideradas. En relación a la historia evolutiva del LEV, se observó que 5 de las 119 pacientes (4,2%), progresaron a CV.

Resultados de IHQ: El LE asociado a CV y los LEV puros presentaron una sobre-expresión significativamente mayor de p53, mientras los LEV extra-genitales la sobreexpresión fue significativamente menor. El LEV asociado a CV presentó sobreexpresión significativamente mayor para PCNA, presentando una sobreexpresión significativamente menor para PCNA en los LE extra-genitales

## Comentarios

El rango de edad fue un factor coincidente entre las Neoplasia intraepiteliales vulvares verdaderas lesiones precursoras del CV y el Liquen escleroso. Por medio de estudios IHQ, se ha demostrado una elevada relación entre el LE y una vía carcinogénica independiente a la infección por VPH, ya que en un 50% de los casos sobreexpresaron p53 en los LEV puros, semejante al LEV localizado a 1 cm del CEV invasor. Al igual que otros autores, no se hallaron signos ni sintomatología que nos ayude a seleccionar qué pacientes con LEV puros necesitarán un seguimiento más estricto.

## Conclusión

A pesar que no se conoce con exactitud el camino patogénico por el cual el Liquen escleroso va a la transformación neoplásica, lo que se puede afirmar es que de acuerdo a los hallazgos (clínicos e IHQ) en este trabajo, el LEV puro parecería ser un promotor, independiente del PVH para la carcinogénesis vulvar, lo que corroboraría su potencial maligno.



## #06

# Evaluación de la respuesta al diagnóstico oncológico inicial

Cattenazzi L, Leiva J, Linardi M.C, Manfredi S, Tucci M.J.

Hospital General de Agudos José M. Penna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

Evaluar la respuesta frente al diagnóstico de cáncer y acompañar a los pacientes en los esfuerzos por curarse son dos objetivos fundamentales de la Psicooncología (J.Holland). El propósito de este trabajo fue promover el seguimiento de pacientes oncológicos en sus tratamientos psicológicos teniendo en cuenta su respuesta inicial al diagnóstico y las dificultades que presentaron para dar continuidad a ese proceso. Es sabido que la respuesta frente a la comunicación del diagnóstico no solo depende del pronóstico médico y del alcance del tratamiento programado, también puede basarse en las creencias previas y la historia familiar en relación a la patología.

### Objetivos

- 1) Evaluar la respuesta inicial del paciente frente al diagnóstico de cáncer.
- 2) Explorar los obstáculos que impidieron la prosecución del tratamiento psicológico.

### Material y Método

Pacientes oncológicas de sexo femenino (n=175) con edades comprendidas entre 30 y 70 años atendidas desde el 1/01/2015 al 31/12/2015. Se recogió información por medio de entrevistas abiertas y ficha epidemiológica con preguntas cerradas.

### Resultados

Del total de pacientes (n=175), se establecieron las siguientes reacciones psicológicas al diagnóstico de cáncer inicial: Miedo y Ansiedad (40%), Crisis de Angustia (17%), Culpabilidad (10%), Dificultad de Aceptación de la enfermedad (8%), Decepción (7%), Más de una reacción asociada (17%) y Asociación con acontecimiento significativo anterior (57%). Con respecto a la continuación de tratamientos, 60 pacientes interrumpieron los mismos. Se identificaron tres razones: 1) Accesibilidad (24%) 2) Socioeconómicas (26%) 3) Del tratamiento propiamente dicho (50%).

### Conclusiones:

La profundización en el conocimiento de la respuesta de los pacientes frente al diagnóstico oncológico inicial permitió sentar un punto basal en el que se fundaron acciones posteriores. En relación a la continuidad de los tratamientos, tomar conocimientos de los obstáculos para su realización, permitió buscar nuevas líneas de trabajo, recursos y estrategias de trabajo.

## #07

# El grupo de trabajo desde un abordaje multifamiliar con pacientes que padecen mieloma múltiple

Birgin D, Zuker M.

---

### Introducción

En este trabajo transmitimos nuestra experiencia como psicólogas de un grupo de pacientes que padecen mieloma múltiple.

### Método

El abordaje es grupal, desde el lugar del psicoanálisis, específicamente grupos multifamiliares. Relación médico paciente familia en la medicina tradicional y actual. ¿Qué es un psicólogo? Información al paciente y su familia del diagnóstico y tratamiento. Que se informa, cuando y como. El lugar de la familia frente a la enfermedad. La importancia de un otro significativo. Mecanismos de defensa grupales.

### Objetivos

Desde el lugar de los coordinadores. Ir creando un clima necesario de seguridad y confianza para que cada uno encuentre en el grupo el momento para compartir sus vivencias, sus dolencias, sus angustias, que pueda pensar con y el grupo lo que solo no puede.

Trabajar las situaciones traumáticas, hacer consciente el cuidar y ser cuidado, ir creando un clima de solidaridad en que todos puedan sentirse acompañados en su sufrimiento y expresarse libremente.

### Resultados

Presentaremos un material clínico a los efectos de ejemplificar nuestra tarea.



## #08

# El grupo frente a la muerte

Canterucio A M, Cattenazzi L, Biedma D, Tucci M.J.

Hospital General de Agudos José M. Penna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

---

### Introducción

Las manifestaciones en relación a la muerte han ido cambiando. Interpretar y acompañar las mismas forma parte del trabajo profesional.

### Objetivos

El propósito de este trabajo es evidenciar los diferentes comportamientos frente a pacientes oncológicos que conforman un grupo de apoyo y seguimiento en un hospital general.

El universo estudiado es el Grupo Luna Nueva del Hospital Penna. Del 1/01/2000 al 31/12/2015 se fueron incorporando al mismo 122 pacientes. Fallecieron a lo largo de esos años, 20. De las 102 pacientes restantes se registraron distintas formas de respuesta según la información recabada de las actas elaboradas en las reuniones realizadas en proximidad al deceso de las integrantes.

Del análisis de dichas actas pudo establecerse que, del total de fallecimientos (n=20), el 50% ocurrieron en los primeros ocho años, correspondiendo en general a pacientes que se integraron al grupo en estado avanzado de la enfermedad, no registrándose reacciones significativas. Por el contrario, el otro 50% de decesos, ocurrieron en los últimos siete años, con pacientes que integraron el grupo desde sus comienzos o cumplieron un papel significativo en el, habiendo compartido con el resto la travesía del cáncer. En estos casos, se organizaron acciones específicas (oficios religiosos, reuniones extraordinarias entre otras). No se registraron egresos de miembros con posterioridad a dichos eventos.

### Resultados

La diversidad de respuestas se mostrara en la presentación del trabajo original junto con la propuesta y resultados de recursos de abordaje.

## #09

# Intervenciones conjuntas en ginecología oncológica

Cattenazzi L, Hernandez C, Leiva J, Tucci MJ.

Hospital General de Agudos José M. Penna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

---

### Introducción

Compartir el espacio de la consulta en Ginecología Oncológica nos condujo no solo a compartir los avatares por donde transitan las pacientes sino también otro cuerpo, el cuerpo de la angustia.

### Objetivos

El presente trabajo intento explorar los puntos de conflicto y las complicaciones de pacientes atendidas en consultorios externos de Ginecología oncológica de un hospital general a través de la presentación de tres viñetas clinicas:1) NC (25) diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio Ib2 mas embarazo de 2do trimestre;2) Cg (56) diagnóstico de cáncer de cuello estadio NB por ganglio inguinal. Madre fallecida por misma patologia;3) RG (76) metrorragia sin poder realizar biopsia por problemas de índole anatómico.

### Resultados

Las viñetas presentadas no son modelos ni ejemplos. Al mostrar las intervenciones realizadas posibilitan establecer la efectividad o no de las mismas y las ventajas del trabajo conjunto.



# #10

## Melanoma y MTTTS en SNC (dos casos)

Porrato C<sup>1</sup>, Miechi R<sup>1</sup>, Carelli R<sup>2</sup>, Yoco M<sup>2</sup>, Pompei C<sup>2</sup>, Riba F<sup>2</sup>, Marcogiussepe C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>. Médicos Radioterapeutas, <sup>2</sup>. Técnicas Radiólogas. Nuevo Centro de Tratamiento Radiante. Venado Tuerto Santa Fe, Argentina.

### Desarrollo

El melanoma es un tumor de estirpe melanocítica capaz de producir metástasis en gran porcentaje. Puede originarse en piel o mucosas y extenderse a ganglios, hueso o SNC. Ha incrementado su incidencia en las últimas décadas como ningún otro tumor. Si bien se considera al melanoma como radio resistente, la radioterapia se utiliza para lesiones no quirúrgicas (1\* o recidivas), regiones ganglionares con alto riesgo de recidiva, satelitosis o como tratamiento paliativo de lesiones en hueso, ganglios o sistema nervioso central (SNC).

El SNC se ve afectado en 10-40% de los casos de enfermedad avanzada. Para lesiones pequeñas, menores de 3 cm y en número de 1-3, la indicación terapéutica es la cirugía o radioterapia estereotáxica. Para el resto de los casos la cirugía seguida de radioterapia en holocraneo o la radioterapia en holocraneo son la mejor chance terapéutica para evitar la recidiva local y prolongar la sobrevida.

### Nuestros pacientes

F.C. de 58 años, sexo masculino. Melanoma nodular, región esternal 2011. Crecimiento vertical. Clark II, Breslow 2mm no ulcerado. Queda en control en el año 2014, lesiones en C6-7 y D8-9 con compresión canal medular. SNC lesiones subcorticales y compromiso meníngeo, nódulos axilares, pared abdominal y retroperitoneo. Se trata con 4000 cGy en holocraneo y sitios de compresión medular. El paciente presenta deterioro progresivo y fallece post tratamiento radiante.

M.D, de 45 años. Melanoma Fusocelular en dorso, año 2013. Queda en control. Año 2016, sufre convulsiones. MOE en mediastino y lesiones en SNC (2 de inicio) se operan dos lesiones en SNC (metástasis melanoma fusocelular). Se envía material para ver mutación BRAF. En estudios pretratamiento se diagnostican nuevas lesiones en SNC por lo que se decide radioterapia en holocraneo.

### Resultados

A pesar de los tratamientos instaurados sobre lesiones en SNC (cirugía o radioterapia la sobrevida de estos pacientes no es mayor a 6-8 meses dependiendo en muchos casos del compromiso sistémico. La dosis de radioterapia empleada está en discusión ya que existen tendencias a emplear dosis altas/día para controlar este tipo de tumores agresivos, con riesgo de secuelas neurológicas postratamiento radiante.

## #11

# Relaciones entre las mutaciones KRas NRas en cáncer de colon y pronóstico

Sabbattini L, Perfetti AA, Garozzo G, Korchter L, Bavio JP, Duarte OD.

Hospital D.F. Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

Hemos realizado la determinación de las mutaciones del gen KRAS NRAS y estudiamos a la población, para ver si existía alguna particularidad entre los pacientes con mutación o sin ella en un mismo estadio, el estadio que se tomo es el estadio IV.

## Objetivos

Demostrar si la mutación KRAS o NRAS tiene alguna particularidad en la población de pacientes con cáncer de colon estadio IV.

## Población

Todos las pacientes que con cáncer de colon eran un estadio IV, ingresados desde el 1-1-2010 al 31-12-2014 y que fueron sometidas a una cirugía del primario de donde se tomó el taco.

## Pacientes y Métodos

Todos las pacientes que luego de la cirugía dl primario se les realizo la prueba para mutación KRAS NRAS. Total 64 pacientes, de ambos sexos, promedio de edad 62,4. Masculinos 40 y Femeninos 24. Todas las determinaciones se hicieron en el mismo centro.

## Resultados

Se dividió lo hallado en 38 de Colon Sigma, 2 Cáncer de Recto y 24 de Colon Derecho. Las mutaciones halladas fueron de 11 en total y el resto fue wild type.

## Conclusiones

La presencia de la mutación KRAS-NRAS no mostro estadísticamente ninguna modificación en la supervivencia de los pacientes y solo sirvió para utilizar o no los tratamientos con moléculas anti EGFR.

# #12

## Prolongada SLP en melanoma metastásico BRAF mutado con vemurafenib: reporte de un caso

Baltz Hehn N<sup>2</sup>, Campos C<sup>2</sup>, Pérez P<sup>1</sup>, Pomero Pellegrini J<sup>1</sup>, Quevedo MC<sup>1</sup>, Rosales C<sup>2</sup>, Ríos D<sup>2</sup>, Waisberg F<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>. Residencia Oncología Clínica, <sup>2</sup>. División Medicina. Hospital Oncológico María-Curie. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El melanoma representa el 4% del total de tumores malignos, anualmente se diagnostican 160.000 casos a nivel mundial. En los últimos años se evidencia un aumento de incidencia de enfermedad metastásica, donde cerca del 50% de los pacientes presentan la mutación de la molécula BRAF (90% tipo V600E) con beneficio de respuesta al tratamiento con inhibidores del BRAF (BRAFI) con una TR cercana al 50% y una SLP de 6-7 meses comparada con tratamiento convencional, asociado a toxicidades tolerables. En un 40% de los casos se produce resistencia al mismo, por reactivación del BRAF, con una mediana de 6 a 10 meses.

Se realiza la presentación del caso de una paciente con melanoma metastásico con BRAF mutado V600E en tratamiento con vemurafenib de primera línea, con prolongado intervalo libre de progresión, siendo del doble de los reportados en ensayos clínicos.

### Materiales y métodos

Revisión historia clínica del paciente, estudios complementarios, ensayos clínicos fase III y revisiones sistemáticas de pacientes con melanoma metastásico con BRAF mutado tratados con vemurafenib.

### Presentación

Paciente de sexo femenino de 55 años, con diagnóstico de melanoma epitelioides nodular, Clark IV, Breslow 7 mm (Biopsia cutánea cervical lateral derecha), con mutación BRAF V600E, Estadio IV (MTS pulmonares, adenopatías laterocervicales yugulocarotídeas bilaterales y supraclaviculares derechas), como se evidencia en TC basal.

La paciente comienza tratamiento de primera línea con vemurafenib 960 mg c/12 hs en Abril del 2014. En TC control de Octubre 2014 se evidencia respuesta parcial en pulmón con estabilidad en imágenes ganglionares. Continúa con el mismo tratamiento hasta el presente con enfermedad estable con última evaluación en Febrero 2016, cumpliendo 25 meses de SLP y buena tolerancia a la medicación.

### Conclusión

El pronóstico del melanoma metastásico es sombrío, con una SV de 6 a 9 meses sin tratamiento<sup>4, 5</sup>. El constante avance sobre terapias target, ha llevado a un aumento de la SLP en tratamiento con BRAFI, de hasta 18 meses. Presentamos el caso por la respuesta sostenida que supera ampliamente a la reportada en ensayos pivotaes.

# #13

## Melanoma nodular polipoide amelanótico

Violante M; Dozoretz C.

### Introducción

El melanoma es un tumor maligno de células melanocíticas, que generalmente compromete estructuras dermoepidérmicas. Corresponde al 4% de las neoplasias malignas en piel, y se describen cuatro variedades principales según su fase de crecimiento radial o vertical: melanoma extensivo superficial, lentigo maligno, melanoma acrolentiginoso y nodular.

### Objetivos

Presentación de un caso de melanoma nodular amelanótico e importancia del trabajo multidisciplinario, su tratamiento y evolución clínica.

### Materiales y métodos

Paciente masculino de 60 años, consultó por lesión cutánea en flanco derecho de un año de evolución, nodular exofítica blanco nacarada con áreas rojizas, ulcerada, adherida a plano muscular, sangrante, de 4,5x2,5 cm. Refiere sobre un nevo previo. Se realizó exéresis tumoral con margen de seguridad de 2,5 cm en extensión y hasta plano subaponeurótico con reparación con colgajos de avance laterales. Histológicamente se observó superficie cutánea ulcerada con proliferación de células atípicas que no maduraban en profundidad, nucléolos prominentes e inclusiones intranucleares y alto índice mitótico. Inmunohistoquímica: HMB45, Melan A y S100 (positivas).

### Diagnóstico

Melanoma nodular, polipoide, amelanótico, ulcerado, de 4,5x2,5 cm, con 27 mitosis/mm<sup>2</sup>, infiltración perineural y vascular, e infiltrado mononuclear moderado. Márgenes quirúrgicos libres. Clark V. Breslow mayor a 4 mm.

### Discusión

El melanoma nodular corresponde al 15 % de los melanomas y presenta un pronóstico más desfavorable que las demás variantes, agravada por su presentación polipoide (infrecuente), Clark y Breslow, infiltración perineural y vascular y su dificultoso diagnóstico por ser amelanótico. Estas características se reflejaron en la evolución del paciente, el cual presentó a los dos meses de la cirugía recidiva locoregional de 2 cm de diámetro en el extremo inferior de la cicatriz, ganglios axilares palpables de consistencia aumentada y fractura patológica en húmero derecho. Se realizaron estudios clínicos y la PET-CT mostró metástasis en parrilla costal, esternón y pulmonares. El paciente falleció a los 8 meses de la operación.





# #14

## Índice pronóstico como factor histopatológico indicador de linfadenectomía en cáncer de pene

Sosa E, Petón E, Álvarez P, Orellana M, Romero A.

Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

Uno de los problemas que se plantean en el cáncer de pene es la correcta selección de los pacientes que deben ser sometidos a linfadenectomía inguinal. Para ello, se han propuesto diferentes parámetros histopatológicos de no poseer con la técnica del ganglio centinela. Uno de los más importantes es el Índice Pronóstico (IP) descrito por Cubilla, que tiene en cuenta: grado histológico, nivel de infiltración anatómica e infiltración perineural en la pieza de penectomía.

### Objetivo

Demostrar la aplicabilidad del IP descrito por Cubilla en nuestra población para predecir los candidatos a linfadenectomía inguinal. Comparar los resultados obtenidos en forma prospectiva con los obtenidos previamente en forma retrospectiva y con los criterios recomendados en las guías internacionales.

### Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo de 20 pacientes en nuestro centro con diagnóstico de cáncer de pene en el período de 2010-2014. Se efectuó el análisis de las piezas quirúrgicas basado en el Score de índice pronóstico (IP). Se correlacionó con la presencia de metástasis ganglionar y el tiempo de supervivencia.

### Resultados

De los 20 pacientes, 11 fallecieron (55%). Todos ellos murieron por progresión de la enfermedad. Los 9 pacientes que se encuentran vivos, están libres de enfermedad al día de la fecha con un seguimiento promedio de 32 meses. De los 11 pacientes fallecidos por progresión de su cáncer, todos tenían un score PSI alto (5, 6 ó 7). A 7 se les había hecho linfadenectomía inguinal. La Supervivencia promedio fue: Score 7 (alto riesgo) = 16,1 meses; Score 5 y 6 (alto riesgo) = 28,3 meses; Score 2, 3 y 4 (riesgos bajo ó intermedio) = 38,7 meses.

### Conclusiones

La utilización del PSI resultó, en nuestra población, un buen predictor de metástasis linfática y supervivencia en los pacientes con cáncer de pene. El PSI podría ser incluido en la evaluación del cáncer de pene a fin de orientar las conductas terapéuticas, específicamente en la realización de la linfadenectomía, sino se dispone del método del Ganglio Centinela.

# #15

## Alternativa para el cáncer de vejiga superficial de alto grado BCG refractario: gemcitabine intravesical

Fossati F, Zamora M, Yirula L, Álvarez P, Scorticati C.

Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

El tratamiento complementario con Bacilo Calmette Guérin (BCG) endovesical en el cáncer superficial de vejiga (CSV) de alto grado disminuye la probabilidad de recurrencia y es el único agente que ha demostrado su eficacia en disminuir la progresión tumoral. Cuando la enfermedad recurre a pesar de dicho tratamiento, la cistectomía radical temprana es el tratamiento oncológico de elección. En aquellos pacientes no aptos para cirugía o que opten por la preservación vesical, se han postulado alternativas conservadoras, entre ellas la quimioterapia endovesical con gemcitabina.

### Objetivo

Evaluar los casos de CSV refractarios a BCG, a los cuales se les realizó esquema terapéutico endovesical con gemcitabina.

### Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 12 pacientes con antecedentes de CSV refractario a BCG, que fueron tratados con gemcitabina endovesical en nuestra institución un período de 2 años.

### Resultados

Todos los pacientes recibieron el esquema terapéutico propuesto de gemcitabina endovesical (inducción y mantenimiento). El seguimiento promedio de estos pacientes fue de 42,25 meses. Ocho pacientes (66,7%) presentaron buena respuesta a gemcitabina, sin recidiva tumoral. Cuatro pacientes (33,3%) presentaron recaída posterior a gemcitabina. El tiempo medio de recaída en estos pacientes fue de 32,75 meses. Tres de ellos presentaron progresión a carcinoma invasor. Siete pacientes (58%) presentaron efectos adversos relacionados con la administración de gemcitabina. La mayoría de los pacientes presentaron toxicidades grado 1 o 2 y sólo un paciente presentó toxicidad grado 3.

### Conclusión

El gemcitabina endovesical cumpliría con los requisitos para ser un agente alternativo en el manejo de los pacientes con CSV refractario a BCG. Si bien los resultados son alentadores, siguen faltando estudios clínicos randomizados de fase III que contengan un mayor volumen de pacientes para validar estos resultados preliminares y recomendarlo como una terapia definitiva.

# #16

## Linfadenectomía retroperitoneal post-quimioterapia con marcadores tumorales elevados en cáncer de testículo: nuestra experiencia

Geromin P; Peton E; Ramírez G; Silva M; Scorticatti C.

Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

La linfadenectomía retroperitoneal post-quimioterapia ha sido tradicionalmente reservada para pacientes con masas residuales y marcadores tumorales normales. La justificación para realizar las cirugías post-quimioterapia se basa en cuatro principios: diagnóstico histológico, beneficio terapéutico, manejo del teratoma (quimio y radiorresistente) y disminución de la morbilidad.

Las linfadenectomía retroperitoneal por masas residuales pueden ser de rescate (marcadores tumorales negativos), de salvataje (marcadores tumorales negativos luego de una segunda línea de quimioterapia) con una sobrevida a los 5 años cercana al 70%, y de desesperación (marcadores tumorales positivos luego de una segunda línea de quimioterapia) donde la sobrevida desciende al 30%.

Cuando la cirugía de desesperación se realiza a causa de enfermedad resecable limitada a un único lugar, generalmente retroperitoneo, del 47 al 60% normaliza los marcadores tumorales postoperatorios, y la sobrevida oscila entre el 33 y el 57%.

### Objetivo

Analizar los resultados de la linfadenectomía retroperitoneal post-quimioterapia en pacientes con marcadores tumorales elevados

### Materiales y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes operados en nuestro hospital en el período comprendido entre Agosto 2005 y Febrero de 2016. Se incluyeron 10 pacientes, los cuales fueron sometidos a cirugía de rescate de masa con diagnóstico previo de tumor de testículo, masa retroperitoneal diagnosticada mediante estudios por imágenes, y marcadores tumorales positivos posterior a 2da línea de quimioterapia.

Los datos analizados fueron edad, anatomía patológica del tumor primario y de la masa retroperitoneal, tipo de marcador tumoral elevado y su valor pre y postoperatorio, quimioterapia preoperatoria, sobrevida global, complicaciones intraoperatorias y tratamiento postquirúrgicos.

## Resultados

El N fue de 10 pacientes. La edad promedio fue de 35.57 años (20 a 57 años). Cinco pacientes están vivos, con una media de seguimiento de 48 meses. La anatomía patológica testicular fue: 60% (n=6) tumor germinal mixto, 30% (n=3) tumor germinal no seminomatoso y 10% (n=1) seminoma. La anatomía patológica de las masas fueron: 50% tumor germinal no seminomatoso, 40% tumor germinal mixto y 10 % fibrosis. En un único paciente se observó concordancia entre la anatomía patológica testicular y la de la masa. La cirugía fue R0 en el 70% de los casos. El 50% requirió algún tipo de tratamiento posquirúrgico; 40% quimioterapia, 10% radioterapia, siendo un único paciente que pertenece a ambos grupos. Dentro de las complicaciones intraoperatorias registramos 2 pacientes con lesiones vasculares y un paciente con nefrectomía de necesidad. No se registraron reoperaciones. El seguimiento mínimo fue de 4 meses, el máximo de 84 meses, con un promedio de 44 meses. Tres pacientes (30%) murieron por progresión de la enfermedad, haciéndolo todos antes del año postoperatorio. Todos ellos



# #17

## Nuestra experiencia en prevención de cáncer ginecológico 2005-2015

Zirulnik A. Rodríguez M. Gass H, Aiello G., Israel M.

Fundación Oncológica Encuentro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

La Fundación Oncológica Encuentro se propuso realizar Campañas de Prevención de Cáncer de Ovario, para lo cual solicitó la intervención de un médico ginecólogo y una médica ecografista, ya que se recibió por donación un ecógrafo de última generación en 2004. Esta Campaña cumplió 10 años. Se inicia en el 2005 y sigue en la actualidad. En tres oportunidades en el transcurso de su realización se hicieron evaluaciones que demostraron su utilidad, ya que además de encontrar varios cánceres en estadio I y II, se observó un 5,5% de pacientes con procesos benignos (blastomas) que se recomendó seguir en observación. Además, se observó que en algunos de estos procesos los pacientes referían antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario, con lo cual recomendamos estudios genéticos BRCA1 y BRCA2 para resolver la posibilidad de la ooforectomía, dada la relación entre estas dos patologías.

El objetivo de este trabajo es la necesidad de difundir las posibilidades de prevención, tanto a médicos clínicos, ginecólogos y oncólogos. En este resumen destacamos la reciente publicación sobre el estudio de la Hormona Antimulleriana en pacientes premenopáusicas como diagnóstico precoz de cáncer de mama. El estudio abarcó 1260 pacientes.

### Materiales y métodos

Los estudios ginecológicos transvaginales se realizaron en pacientes de 25 a 80 años. Desde el punto de vista ecográfico es necesario destacar que la ecografía pelviana refleja el aspecto morfológico grosero del ovario, pero no del carácter maligno o benigno de este. Los tumores benignos que describimos con el nombre de blastoma son en general lesiones anecogénicas bien definidas, mientras que las lesiones malignas se distinguen por sus paredes gruesas, nódulos murales y elementos ecogénicos. El equipo médico está constituido por un oncólogo y un cirujano. Destacamos una paciente que en el transcurso de estos años presentó un cáncer de mama.

### Resultados y conclusiones

La relación personal creada entre el profesional y las pacientes ha sido sumamente útil para la concientización de la prevención al igual que la entrega de materiales sobre alimentación saludable, deporte, supresión del tabaquismo y estudios clínicos.

Una paciente que presentó un blastoma de poca evolución en el 2011 hicimos el primer estudio de la Hormona Antimulleriana, que es un factor transformante  $\beta$  (TGF $\beta$ ) que resultó elevado. Y 4 años después, en 2015 presentó una neoplasia de mama avanzada. Publicaciones actuales afirman esta posibilidad que aumenta la prevención de cáncer de mama.



## #18

Evaluación cuantitativa de prestaciones  
de uso frecuente en oncología

Braunsteni H; Blanco Villalba M; Bramajo M; Streich G.

Centro Médico Austral. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

El sistema de salud requiere ajustes y modificaciones permanentes para que las prestaciones asistenciales sean de jerarquía con optimización de recursos; siendo la relación entre prestadores y financiadores una variable que puede generar una disminución en la calidad asistencial.

Evaluamos cuantitativamente prestaciones de uso frecuente en oncología (consultas, aplicaciones terapéuticas, TAC y PET) en una Obra Social metropolitana de 10.000 afiliados, que decide centralizar la atención de sus afiliados en una sola Institución, durante los años 2012 a 2014, como herramienta para observar los cambios en la utilización de recursos.

## Material y método

Tipo estudio de caso. El propósito final es contribuir a la creación de un modelo que sirva para la toma de decisiones futuras. Fuentes de información: análisis de registros administrativos y de auditoría.

## Resultados

Datos por Año	2012		2013		2014	
Clasificación	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
N° de Consulta	962	80,16	1.154	96,10	1.210	100,83
QT	323	26,90	303	25,35	233	19,83
Aplicaciones	60	5,00	93	7,75	64	5,33
PET/TC	6	0,50	5	0,40	10	0,83
N° Pacientes	120 (1,2 %)		202 (2,2 %)		219 (2,19 %)	

Cuadro Porcentual comparativo de variación respecto el Periodo Anterior

Clasificación	2012	2013	2014
N° de Consulta	–	19,95 %	4,80 %
QT	–	- 6,19 %	<b>-23,10 %</b>
Aplicaciones	–	55,00 %	<b>-31,18 %</b>
PET/TC	–	-16,66 %	<b>100,00 %</b>
N° Pacientes	–	68,33 %	8,41 %

## Conclusión

La disminución del número de quimioterapias y aplicaciones valdría interpretarse como un cambio en el escenario asistencial que podría deberse a la modificación de los tipos de tratamientos con el aumento de los mismos por vía oral. Es relevante el incremento en la utilización de los estudios por imagen como complemento y soporte para realizar diagnósticos y seguimientos evolutivos.

Los financiadores se enfrentan a un escenario en el cual, aumenta el número de pacientes oncológicos y se incrementan los costos en tecnología y tratamientos, siendo una posible herramienta a esta situación las evaluaciones de tecnologías sanitarias. Por otro lado, aunque este aspecto no ha sido pesquisado en este trabajo, los prestadores refieren conflictiva en relación a los honorarios,

Será necesario contar con herramientas que posibiliten reformular sistemas de pago, para evitar tensiones, mejorar la integración de prestadores y financiadores y favorecer la calidad de asistencia a los pacientes.

## #19

# Arteterapia en tratamiento oncológico infantil

Giorgi, M M.

Fundación María Cecilia. Hospital Materno infantil de San Isidro. Buenos Aires, Argentina.

## Marco Teórico

El arteterapia es una disciplina que utiliza el arte y los medios visuales como principal vía de comunicación. Los recursos artísticos se emplean con fines terapéuticos para facilitar la expresión de aspectos internos del individuo, ya que la puesta en palabras resulta incompleta o dificultosa por diversas causas.

En oncología pediátrica, utilizar el arteterapia significa facilitar al paciente un medio, una manera de representar el sufrimiento al que se enfrenta y las emociones por las que atraviesa. Las imágenes producidas por los niños nos hablarán de sus temores, ansiedad, pérdida de control, conflictos y fantasías, además de los cambios físicos que bajan su autoestima. Volcar al papel las preocupaciones ayuda a que puedan manejarlas mejor. El tratamiento es largo y duro para el paciente y para su familia que será también impactada emocionalmente.

## Desarrollo

En mi experiencia durante 18 meses en el Hospital Materno infantil "Dr. Carlos Gianantonio", trabajando para la Fundación María Cecilia, tuve la oportunidad de conocer a muchos pacientes oncológicos de muy corta edad con los que compartimos distintos tipos de actividades. La actividad comenzaba animadamente para algunos y tímidamente para los nuevos pacientes.

A través del dibujo aparecieron figuras que hablaron a través de los niños de sus fantasías y también de lo que les preocupaba. Los colores elegidos y el tipo de trazo mostraban cómo estaban de ánimo cada día.

La masa llegaba a la mesa de juegos con la excusa de preparar riquísimos platos o convertirse en lindísimas esculturas pero en realidad más bien era para recibir todo tipo de golpes y amasijos que ayudaban a descargar todas las frustraciones infantiles.

La alegría siempre era el reflejo de estos momentos de juego y arteterapia. Los que llegaban desanimados, los que estaban doloridos, los que estaban alicaídos, siempre terminaban con una gran sonrisa y un espíritu más fuerte para afrontar el resto del día.

## Resultados

Las sesiones de juegos y arteterapia han tenido un resultado muy positivo en distintos aspectos:

- El estado anímico mejoraba considerablemente en los niños, generando una mejora también a nivel físico al olvidarse del dolor o al recuperar las ganas de comer.
- El vínculo entre el niño y el arteterapeuta acercaron a las familias acompañantes generando un ambiente cálido y amistoso al sentirse acompañados en esta difícil etapa.

## #20

# Cáncer de mama triple negativo experiencia en un hospital general

Sanchez R; Bello E; Imhof N; Sarru F, Golemba S, Schahovskoy D, Pini A; Torres A, Wilson C, Streich G, Batagelj E.

Hospital Militar Central. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

El nombre técnico de triple negativo se definen por falta de expresión de receptores estrogénicos, progestágeno y de erbB2 (her2/neu). Representan aproximadamente 10-15% de todos los tipos de cáncer mamario. El cáncer de mama (CM) triple negativo tiene mal pronóstico, ninguna terapia demostró aumento sobre vida su agresividad no permite terapias deficientes.

## Objetivo

Analizar sobrevida y comportamiento clínico de la población de paciente con cáncer de mama triple negativo.

## Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en donde se analizaron las historias clínicas (HC) de pacientes con CM triple negativo en el periodo de los últimos 5 años en el Hospital Militar Central.

## Resultados

Se analizaron 339 HC de pacientes que ingresaron en el periodo desde enero del 2009 enero del 2013, de las cuales 34 (n=10%) son CM triple negativo, el total de la muestra 339 (n=100%) corresponde al sexo femenino, una mediana (MD) de edad de 61 años (22-86). El 38% (n=13) realizo *screening*; el 62% (n=21) se diagnosticó por autoexamen mamario. Del 100% (n=34), presentaban antecedente familiares el 30% (n=10), 44% (n=15) no tienen antecedente familiares y el 26% (n=9) no se encuentra especificada en la HC. El 73% (n=25) fueron carcinoma ductal, el 24% (n=8) correspondes a carcinoma lobulillar infiltrante y el 3% (n=1) carcinoma con componente mixto; GH2-3; MD tamaño tumoral de 4cm (1-6). Recibieron tratamiento quirúrgico el 83% (n=28) de las pacientes. Recibieron neoadyuvancia 70% (n=24), adyuvancia 76% (n=26), Radioterapia 75% (n=26). El sitio más frecuente de recaída fue loco regional 23% (n=8). Tiempo de recaído promedio 17mese (5-46 meses). Del 100% (n=34) de la pacientes, 82% (n=28) están vivas, 27% (n=6) fallecieron, promedio de sobrevida de 43,5 meses (20-72 meses de sobrevida). Abandonaron tratamiento 14% (n=5).

## Conclusiones

En cuanto a nuestra población estudiada, concuerda con lo expuesto en la bibliografía, así como con investigaciones en diferentes poblaciones. De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos concluir que la sobrevida de nuestras pacientes concuerda con la estadística a nivel mundial, con un promedio de edad de 61 años.

## #21

# Transformación maligna de teratoma testicular: a propósito de un caso

Sanchez R; Bello E; Imhof N; Sarru F, Golemba S, Schahovskoy D, Pini A; Torres A, Wilson C, Streich G, Batagelj E.

Hospital Militar Central. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Introducción

El teratoma es un tipo de tumor de origen embrionario. Típicamente compuesto por varios tejidos que representan las diferentes capas germinales. Se reconocen tres subtipos de teratomas testiculares según su composición histológica: maduros, inmaduros y con transformación maligna, estos últimos se caracterizan por el sobrecrecimiento de una segunda neoplasia maligna de células no germinales, sarcoma (rabdiosarcoma, condrosarcomas), carcinoma (adenocarcinoma y carcinoma epidermoide) o ambos. La resección quirúrgica ha sido un pilar de la terapia para la enfermedad localizada transformada ya que estos tumores son resistentes al tratamiento estándar. La quimioterapia se limita a un solo tipo de células y puede dar lugar a grandes respuestas y supervivencia a largo plazo en pacientes seleccionados.

## Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad consulta por aumento de tamaño del testículo izquierdo, en la exploración física se destaca a la palpación aumento de tamaño, consistencia firme, no doloroso del testículo izquierdo.

Se realiza ecografía testicular que evidenció tumoración sólida, heterogénea, con vascularización al doppler color, de 54 x 48mm y en la ecografía abdominal una imagen sólida en polo superior de riñón izquierdo. Los marcadores tumorales alfa feto proteína 29,9ng/ml (V.N. hasta 8ng/ml), gonadotropina coriónica subunidad beta cuantitativa 3mUI/ml (V.N. menor o igual a 5) y LDH 752 UI/l. Se decide realización de orquiectomía radical izquierda.

Se envió anatomía patológica que describe tumor testicular izquierdo que mide 11x 9x6 cm, con cordón espermiático de 8 cm de longitud y hemiseccionado, permitiendo observar todo el testículo reemplazado por una formación tumoral sólida, pardo- rosada, con algunas formaciones quísticas, de aspecto brillante y homogéneo encapsulada. Los hallazgos histopatológicos son de un condrosarcoma de testículo con embolias vasculolinfáticas.

Se completan estudios de estadificación, en la TC de tórax a nivel del parénquima pulmonar se menciona la presencia de formación nodular de 14mm, de disposición subpleural, en topografía del lóbulo medio y en la TC de abdomen y pelvis se aprecia la presencia de una formación expansiva mixta que presenta tabiques internos, que alcanza aproximadamente los 10 x 8 x11 cm provoca desplazamiento en sentido anterior de la región corporo caudal del páncreas en sentido lateral de la silueta esplénica, se encuentra en íntimo contacto con polo

superior de riñón izquierdo, donde no presenta un claro plano de clivaje. Dicha formación se extiende a topografía de la glándula suprarrenal hasta alcanzar el polo superior izquierdo, Conglomerado adenomegálico.

Se inició tratamiento asumiéndose como condrosarcoma testicular con compromiso retroperitoneal, actualmente en quimioterapia realizo dos ciclos con cisplatino, ifosfamida, mesna y etopósido.

## Conclusión

Es extremadamente raro observar un condrosarcoma testicular de origen primario y casi el 75% de los teratomas contienen componente cartilaginoso, sin embargo se hace difícil en algunos casos diferenciar si es uno u otro.

# AlcanZar

Programa de apoyo al paciente



Es un servicio de asesoramiento e información a pacientes para la tramitación del producto de AstraZeneca objeto del tratamiento indicado.

Comunicándose con el programa podremos brindarle al paciente:

**INFORMACIÓN** sobre los requisitos para presentar en su obra social

**SOPORTE TELEFÓNICO** a lo largo de cada una de las etapas administrativas y hasta la aprobación del tratamiento




## 0800-888-2929

LUNES A VIERNES DE 9 A 13hs. Y 14 A 18hs.

AstraZeneca   
El poder de la ciencia





# Prestaciones en Oncología

Provisión, fraccionamiento y dilución  
de medicamentos citostáticos

- Optimización de los costos de tratamiento por fraccionamiento de dosis.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Control exhaustivo de todos los procesos con supervisión farmacéutica permanente.
- Seguimiento de la trazabilidad del medicamento desde su recepción hasta su fraccionamiento y posterior dispensación.
- Sistema de gestión de calidad que avala la trazabilidad, seguridad y eficacia del tratamiento destinado al paciente.



Tel.: (54 11) 5218-8072  
[info@saludysoluciones.com](mailto:info@saludysoluciones.com)



Se sugiere el control por equipo de Soporte Nutricional para detectar  
riesgos nutricionales en su paciente oncológico.



Tel.: (54 11) 4809- 3323  
[usn@saludysoluciones.com](mailto:usn@saludysoluciones.com)

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

# cittrak®

Pazopanib



Un mejor futuro para sus pacientes.



- En carcinoma de células renales avanzado.<sup>(1)</sup>
- En el tratamiento de determinados subtipos de Sarcoma de Tejidos Blandos (STB) avanzado.<sup>(1)</sup>



➤➤➤➤➤ Presentaciones:  
200 y 400 mg x 30 comprimidos







# Stivarga®

(regorafenib) comprimidos 40 mg



## Ahora aprobado por ANMAT para el tratamiento de Tumores del Estroma Gastrointestinal o GIST

**STIVARGA®** está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado, irresecable o metastásico que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. También está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) metastásico que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y un agente anti-VEGF, y, si presentan el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con un agente anti-EGFR.

**STIVARGA® 40 mg. Composición:** cada comprimido recubierto tiene: Regorafenib 40 mg. **Acción terapéutica:** grupo farmacoterapéutico: agentes antineoplásicos, inhibidor de proteínas cinasas. **Indicaciones:** STIVARGA® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCR) que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y anti-VEGF, y, si presentan el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con anti-EGFR. STIVARGA® está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado no resecable o metastásico, que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. **Acción farmacológica:** el Regorafenib es un agente oral de desactivación tumoral que bloquea de manera potente múltiples proteínas cinasas, incluidas las cinasas que intervienen en la angiogénesis tumoral (VEGFR 1, -2, -3, TIE2), en la oncogénesis (KIT, RET, RAF-1, BRAF y BRAFV600E) y en el microambiente tumoral (receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas [PDGFR], receptor del factor de crecimiento de los fibroblastos [FGFR]). **Farmacología y forma de administración:** la dosis recomendada es de 160 mg de Regorafenib (4 comprimidos de STIVARGA®) cada uno con 40 mg de Regorafenib, tomado por vía oral una vez por día durante 3 semanas de terapia seguidas de 1 semana sin terapia para completar un ciclo de 4 semanas. El tratamiento debe continuar mientras se observe un beneficio o hasta que ocurra una toxicidad inaceptable. Modificación de la dosis: es posible que se requieran interrupciones y/o reducciones de la dosis en función de la seguridad y la tolerabilidad individuales. Las modificaciones de la dosis se aplicarán en pasos de 40 mg (un comprimido). La dosis diaria más baja recomendada es de 80 mg. La dosis diaria máxima es de 160mg. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida al principio activo Regorafenib o a cualquiera de los excipientes. No se conocen otras contraindicaciones hasta el momento. **Reacciones adversas:** se observaron reacciones adversas muy frecuentes: infección, trombocitopenia, anemia, disminución del apetito, cefalea, hemorragia, hipertensión, distonía, diarrea, estomatitis, vómitos, náuseas, hiperbilirrubinemia, reacción cutánea de manos y pies, erupción, alopecia, fatiga, dolor, fiebre, inflamación de las mucosas, pérdida de peso. **Frecuentes:** leucopenia, hipotirodismo, hipocalcemia, hipofosfatemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hiperuricemia, temblores, trastornos del gusto, boca seca, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis, aumento de las transaminasas, piel seca, erupción exfoliativa, rigidez muscular esquelética, proteinuria, aumento de la amilasa, aumento de la lipasa, índice interquintil normalizado anormal. **Poco frecuentes:** reacciones de hipersensibilidad, infarto de miocardio, acúfenos de miocardio, crisis hipertensiva, perforación gastrointestinal, fistula gastrointestinal, lesión hepática grave, trastorno de las urias, eritema multiforme. **Raras:** carcinoma cutáneo de células escamosas, síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica. **Reacciones adversas hematológicas:** disminución de la hemoglobina, disminución del recuento de plaquetas, disminución del recuento de neutrófilos, disminución del recuento de linfocitos, disminución del calcio, disminución del potasio, disminución del fósforo, bilirrubina elevada, aumento de ALT y AST, proteinuria, aumento del índice interquintil normalizado, aumento de la lipasa, aumento de la amilasa. **Advertencias y precauciones:** Tenga especial cuidado con Stivarga: si tiene algún problema hepático, si tuvo o tiene problemas de sangre y si está tomando warfarina o algún otro medicamento que haga que la sangre sea menos espesa para prevenir coágulos de sangre; si tiene dolor torácico o problemas cardíacos; si tiene presión arterial alta; si tiene problemas graves de estómago o intestinos; si aparecen problemas en la piel; si ha tenido recientemente o tendrá un procedimiento quirúrgico. **Sobredosificación:** no exista un antídoto específico para la sobredosis de STIVARGA®. En caso de que se sospeche una sobredosis, debe interrumpirse inmediatamente el STIVARGA®. Un profesional médico debe implementar el mejor cuidado de apoyo, y el paciente debe quedar en observación hasta su estabilización clínica. Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología. En Argentina: Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez, Tel.: (011) 4962-9669/2247. Hospital A. Posadas, Tel.: (011) 4054-6848-4958-7777. Centro de Asistencia Toxicológica La Plata - Tel.: (0221) 401-5955. **Presentación:** Stivarga®: caja con 1 frasco con 28 comprimidos recubiertos y caja con 3 frascos con 28 comprimidos recubiertos cada uno. ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN NUEVA RECETA MÉDICA. Conserve a temperatura ambiente no mayor a 25 °C. Mantener seco y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños. Importado y distribuido por: BAYER S.A. Ricardo Gutiérrez 3652 (B1605END1) Munro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Especialidad medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado No.5725. Fecha de última revisión: 6.2015 ccdd v5.0. Venta bajo receta archivada.