



Revista Argentina
de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

ISSN: 0325 - 142X

Volúmen XLVI - Nº 1 - 2018

XVI CONGRESO ARGENTINO DE CANCEROLOGÍA

2018

- 15º Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur
- 8ª Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos
- 7º Simposio del Capítulo de Neuro-Oncología
- 6ª Jornada de Prevención en Cáncer
- 4º Simposio del Capítulo de Gestión Institucional
- 2º Simposio de Enfermería Oncológica
- 2ª Jornada del Capítulo de Oncogeriatría
- 1º Simposio del Capítulo de Estomatología Oncológica
- 1ª Jornada del Capítulo de Ginecología Oncológica

09, 10 Y 11 DE AGOSTO DE 2018
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - ARGENTINA



FESCAS

Federação das Sociedades de Cancerologia da América do Sul
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamerica



Asociación Médica Argentina



Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volúmen XLVI - Nº 1 - 2018

- 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 Sociedad Argentina de Cancerología USHUAIA

Comisión Directiva 2018-2019

Presidente

Dr. Mario Félix Bruno

Vicepresidente

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario General

Dr. Jorge Ramón Puyol

Secretaria de Actas

Dra. Marina Bramajo

Tesorero

Dr. Daniel Rampa

Director de Publicaciones

Dr. Guillermo Streich

Vocales Titulares

1ª Dra. Clelia Vico

2ª Dra. Mónica Liliana López

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

Órgano de Fiscalización

Dra. Liliana González / Dr. Darío Niewiadomski

Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos

Lic. Luisina Onganía / Dra. Marina Bramajo /
Dr. Jorge Dureaume

Capítulo de Neurooncología

Dra. Alejandra Rabadán / Dr. Máximo Barros

Capítulo de Prevención

Dra. Clelia Vico / Dra. Mónica López

Capítulo del Interior

Dr. Guillermo Streich / Dra. Mónica Repetto

Capítulo de Gestión Institucional

Dr. Juan Pablo Re / Dr. Darío Niewiadomski /
Dr. Daniel Rampa / Dr. Marcelo Blanco Villalba

Capítulo de Estomatología

Dra. Nelly Frascino / Dra. Romina Petrelli

Capítulo de Enfermería

Lic. Constanza Celano / Enf. Sebastián Salinas /
Lic. Fernanda Roca

Capítulo de Oncogeriatría

Dr. Daniel Rampa / Dra. María Soledad Aguirre /
Dr. Carlos Gustavo González Palacios

Capítulo de Ginecología Oncológica

Dra. Clelia Vico / Dra. Mónica López

Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)

Dr. Antonio Guardo (1998-1999)

Dra. Sílvia L. Jovtis † (2000-2001)

Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)

Dra. Clelia Vico (2004-2005)

Dra. Sílvia Jovtis † (2006)

Dra. Luisa Rafalovici (2007)

Dra. Clelia Vico (2008-2009)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2010-2011)

Dra. Mónica Liliana López (2012-2013)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2014-2017)



ASOCIACION MEDICA ARGENTINA



Sociedad Argentina de Cancerología

Asociación Civil

Comisión Directiva 2018-2019

Presidente: Dr. Mario Félix Bruno

Vicepresidente: Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario General: Dr. Jorge Ramón Puyol

Secretario de Actas: Dra. Marina Bramajo

Tesorero: Dr. Daniel Rampa

Directora de Publicaciones: Dr. Guillermo Streich

Vocales Titulares:

1ª Dra. Clelia Vico

2ª Dra. Mónica Liliana López

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

Órgano de Fiscalización: Dra. Liliana González / Dr. Darío Niewiadomski

Capítulos:

Psicooncología y Cuidados Paliativos: Lic. Luisina Onganía / Dra. Marina Bramajo /
Dr. Jorge Dureaume

Capítulo de Neurooncología: Dra. Alejandra Rabadán / Dr. Máximo Barros

Capítulo de Prevención: Dra. Clelia Vico / Dra. Mónica López

Capítulo del Interior: Dr. Guillermo Streich / Dra. Mónica Repetto

Capítulo de Gestión Institucional: Dr. Juan Pablo Re / Dr. Darío Niewiadomski /

Dr. Daniel Rampa / Dr. Marcelo Blanco Villalba

Capítulo de Estomatología: Dra. Nelly Frascino / Dra. Romina Petrelli

Capítulo de Enfermería: Lic. Constanza Celano / Enf. Sebastián Salinas /

Lic. Fernanda Roca

Capítulo de Oncogeriatría: Dr. Daniel Rampa / Dra. María Soledad Aguirre /

Dr. Carlos Gustavo González Palacios

Capítulo de Ginecología Oncológica: Dra. Clelia Vico / Dra. Mónica López

Dr. Jorge Ramón Puyol
Secretario General 2018 - 2019

Dr. Mario Félix Bruno
Presidente 2018 - 2019

Carta de Bienvenida.

Dr. Mario Félix Bruno / Presidente de la Sociedad Argentina da Cancerología. 05

Invitados Extranjeros.

Dr. César Augusto Alturo Rodríguez, Dra. Fabiana Bettoni, Dr. Mauricio Camus, Dra. Cinthia Gauna Colás, Dr. Henry Gómez, Dra. María Gabriela Patiño Rocha, Lic. Daniela Paz Rojas Miranda, Dr. Pablo Šitić Vargas, Prof. Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho. 07

Reconocimiento.

Dr. Gabriel Rabinovich, Dr. Osvaldo Betti. 08

Programa.

XVIII Congreso Argentino de Cancerología / Jueves 09, Viernes 10 y Sábado 11. 09

Biología Molecular.

#01 Determinación de inestabilidad microsatelital (IMS) como biomarcador predictivo de respuesta terapéutica: inmunohistoquímica (IHQ) vs. biología molecular / Martínez Correa R., Saucedo S., Bravo I., Otero S., Colica V., Bramuglia G., Jankilevich G. 14

Ensayos Clínicos.

#02 Ensayo clínico de fase II con el hemostático desmopresina en el manejo del cáncer rectal con sangrado / Alonso D. F., Iseas S., Roca E., O'Connor J., Sanchez Luceros A. 15

Estudios Epidemiológicos.

#03 Epidemiología de una cohorte de 1291 pacientes adolescentes o adultos jóvenes (AAJs) con cáncer seguidos en el Instituto Oncológico Henry Moore (IOHM) en Argentina / Gil Deza E., Gercovich N., Martín Reinas G., Niewiadomsky D., Pérez P., Ares S., Danusi M. I., García Gerardi C., Morgenfeld E., Rivarola E., Gercovich F. G. 16

#04 Cáncer en adultos jóvenes / Comesaña G., Almanza Medinaceli L., Costa J., Hirsch I., Goy D., Lara Alcántara J., Samec M., Felci N., Servienti P. 17

#05 Obtención de modelos para describir las interacciones entre el daño genético asociado a la obesidad y la contaminación ambiental y para la evaluación del aporte de variables genéticas y ambientales a la condición de paciente con enfermedad neoplásica / Prieto E., Miana V., Aldegani P., Milio C., Kamlofsky J. 18

Farmacoeconomía.

#06 Debatiendo la optimización de recursos en prestaciones oncológicas y las nuevas relaciones entre prestadores/financiadores. Centro Médico Austral / Dr. Carlos González Palacios, Dr. Hernán Braunsteni. 19

Ginecología.

#07 Incidencia y grados de toxicidad en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional de bajo riesgo. Evaluación de resultados en un hospital público / Nacuzzi G., Pawelkowski Y., Carmona F., Bianconi M.I., Otero S., Storino C., Jankilevich G. 20

#08 Experiencia en preservación de la fertilidad en mujeres en centro de reproducción / Lucini C., Pazo E., Baum E., Urquiza F., Inciarte F., Pasqualini A. 21

Investigación Clínica.

#09 Uno de cada tres pacientes en el mundo real sería excluido de los ensayos clínicos oncológicos fase III / Gil Deza E., Martín Reinas G., Muiño M., Brandon M., Mizrahi M., Abal M., Morgenfeld E., Tognelli F., Acuña C., Rivarola E., Gercovich, F. 22

Mama.

#10 Cáncer de mama masculino bilateral (caso clínico) / Dr. Porrato C., Dr. Miechi R. 23

#11 TILs como factor pronóstico y predictivo en cáncer de mama / Lara Alcántara, J., Goy D., Almanza M. L., Comesaña M. G., Costa J., Samec M., Felci N., Servienti P., Tascón G., Aranda L., Vallejos Y., Nuñez M. 24

#12 Evaluación de los plazos de inicio de tratamiento del cáncer de mama y del inicio de radioterapia posterior a la cirugía en el servicio de oncología del CMPFAC / Di Fonzo G., Maquieira J. 25

#13 Sarcoma primario de mama (SPM). Reporte de dos casos clínicos y revisión de literatura / Sanchez L., Billordo G., Ezcurdia L. 26

Medicina Nuclear.

- #14 Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con metástasis cerebrales tratados con radiocirugía estereotáctica versus radioterapia holocraneal convencional / Spretz T., Larragueta N., Altamirano J., Bertoncini C., Bregains F. 27

Neurocirugía.

- #15 Biopsia cerebral estereotáctica, un procedimiento sencillo para resolución de casos oncológicos complejos / Zaloff Dakoff J. M., Mazzón A. J., Moughty Cueto C., Escalante J., De Cristofaro O., Prost D., Luck M., Costantini P. 28

Partes Blandas.

- #16 Tumor de músculo liso asociado a virus de Epstein-Barr en paciente HIV / Juárez D., Elsner B., Aguirre Soledad, Fleischer E., Fleischer M., Ledesma J., Moyano M., Pedreira M., Rosselli G. 29
- #17 Sarcoma cardíaco primario, propósito de un caso / Rodríguez Torres S., Schavoskoy N., Imhof N., Sanchez R., Pini A., Batagelj E. 30

Psicooncología y Cuidados Paliativos.

- #18 Apoyo a pacientes oncológicos / Cattenazzi L., Linardi M. C., Medina P., Gomez Martinez D., Sinic P., Sneider D. 31
- #19 Transfusión sanguínea en oncología paliativa ¿cuándo, cómo, dónde y por qué? Relato de experiencias / Amaro F., Arena A., Báez L., Dolcemelo L., Escobar García A., González Palacios C., Negri L., Ottaviani M., Spadavecchia G. 32

Tórax.

- #20 Estrategias de tratamiento radiante en paciente con mesotelioma maligno operado / Bertoncini C., Karavokiris A., Bregains F. 33
- #21 Mutación EGFR y traslocación ALK concurrente en cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado: reporte de caso / Flores J., Ibarra J., Sola A., Prinsipe R. 34

Urología.

- #22 La cirugía de rescate de masa residual en tumores de células germinales testiculares (TCGT) evaluación de resultados en un hospital público / Flores J., Ibarra J., Sola A., Prinsipe R. 35
- #23 Correlación entre antígeno prostático específico y valor de captación estandarizado de 18 F colina PET-TC en recaída bioquímica de cáncer de próstata / Ávila Ordóñez C., Sánchez J., De Luca S. 36
- #24 Biopsia transperineal versus transrectal de próstata. Análisis de resultados y complicaciones / Rico L., Contreras P., Villasante N. L., Ríos Pita H., Vitagliano G., Ameri C. 37

Miscelánea.

- #25 Melanoma corioideo metastásico - Reporte de caso / Flores J., Aguil G., Ibarra J., Sola A Prinsipe R. 38
- #26 Efectos colaterales del tratamiento oncológico sobre la calidad de vida de pacientes veterinarios / Turturro M., Zapata S., Pereyra S., Klos L., Schleh M., Cicero V. 39
- #27 Influencia de la terapia anti estrógenos en la enfermedad periodontal en pacientes con cáncer de mama / Bálsamo M. F., Perez C., Jewtuchowicz V., Brusca M. I. 40

CONTÁCTENOS EN WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR

La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.

Diagramación y diseño editorial: José Luis Castelo (CabraOn - Comunicación Visual)
www.cabraon.com

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores.

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X

www.socargcancer.org.ar

XVIII CONGRESO ARGENTINO DE CANCEROLOGÍA

15° Encuentro de la FESCAS
8ª Jornada de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos
7º Simposio del Capítulo de Neuro-Oncología
6ª Jornada de Prevención en Cáncer
4º Simposio del Capítulo de Gestión Institucional

2º Simposio de Enfermería Oncológica
2ª Jornada del Capítulo de Oncogeriatría
1º Simposio del Capítulo de Estomatología Oncológica
1ª Jornada del Capítulo de Ginecología Oncológica

Carta de Bienvenida



Dr. Mario Félix Bruno
Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Es para mí, un verdadero honor, recibir a los miembros del equipo de salud y a todos aquellos interesados en los temas oncológicos, al XVIII Congreso Argentino de Cancerología y 15° Encuentro de la Federación de Sociedades de Cancerología de América del Sur. Hemos trabajado intensamente en la temática, que comprende, desde la últimas novedades en el terreno diagnóstico y terapéutico, hasta la prevención y la Gestión Institucional, abarcando la mayor cantidad de áreas involucradas. Durante el evento, tendrá lugar el 1º Simposio Latinoamericano de Papilomatosis Florida Bucal, con participación activa de odontólogos. El capítulo de enfermería, columna vertebral del equipo oncológico, ha organizado una muy atractiva jornada, donde se hace una puesta al día, de gran utilidad práctica.

También los psicólogos y psicooncólogos, tendrá una actualización, sobre cómo abordar y como beneficiar al paciente con cáncer. Los invitados especiales, representantes de la Sociedades de Cancerología de América del Sur, dedicaran su espacio a un flagelo evitable, que mata 40.000 argentinos, cada año: El tabaquismo. El camino que elegimos, parece ser el correcto, porque a casi un mes del evento, tenemos cifras record de inscriptos, y de presentación de trabajos libres Deseo que tengan un amplio aprovechamiento del congreso, y para aquellos, que nos visitan desde el interior, y exterior, una excelente jornada en nuestra Buenos Aires.

Dr. Mario Bruno
Presidente de la Sociedad Argentina de Cancerología.

AUTORIDADES

Comité Científico

Dr. Mario Bruno
Dr. Marcelo Blanco Villalba
Dr. Daniel Rampa
Dra. Marina Paula Bramajo
Dr. Jorge R. Puyol
Dr. Guillermo Streich
Dra. Clelia Vico
Dra. Mónica López
Dra. Luisa Rafailovici
Dr. Isaac Fleischer
Dra. Liliana González
Dr. Darío Niewiadomski
Dra. Alejandra Rabadán
Dra. Nelly Frascino
Mg. Constanza Celano
Dr. Juan Pablo Re

Comité Ejecutivo

Presidente
Dr. Mario Bruno

Copresidente
Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario General
Dr. Jorge R. Puyol

Tesorero
Dr. Daniel Rampa

Publicaciones
Dr. Guillermo Streich

Trabajos Científicos
Dr. Isaac Fleischer



AUSPICIOS & ADHESIONES

Asociación Médica Argentina
Asociación Argentina de Oncología Clínica
Academia Nacional de Medicina
Asociación Médica Argentina
Asociación Argentina de Neurocirugía
Asociación Argentina de Ginecología Oncológica
Cátedra de Comunicación de Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Maimónides
Comité Antitabaco de Ama
Comité de Tumores de Prov. de Tierra del Fuego
Federación Arg. de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
Instituto de Oncología Ángel H. Roffo
Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria
Sociedad Argentina de Periodismo Médico
Sociedad Argentina de Investigación Clínica
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Sociedad Argentina de Coloproctología
Sociedad Argentina de Mastología
Sociedad Arg. De Terapia Radiante Oncológica - SATRO
Sociedad Argentina de Urología
Soc. de Obstetricia y Ginecología de Bs. As. - SOGIBA
Sociedad Arg. de Patología
Sociedad Argentina de Radiología
Unión Antitabáquica Argentina
Universidad Católica Argentina
Universidad Maimónides
Universidad Abierta Interamericana
Universidad Isalud

Adhesión

Instituto Nacional del Cáncer

SPONSORS

PLATINO

Bayer

ORO

Pfizer S.R.L. Kemex
Eli Lilly Interamerica Bristol-Myers Squibb
Roche S.A.Q.e.I

PLATA

Servier Microsules
Novartis Sanofi
Tecnolab Imaxe
Argenomics In&cia
Raffo

COLABORACIONES

Merck. Vidt
Elea Phoenix S.A. Gador S.A.
Gema Biotech Biomakers



Sociedad Argentina
de Cancerología
Asociación Civil



FESCAS

Federação das Sociedades de Cancerologia da América do Sul
Federación de Sociedades de Cancerología de Sudamerica

Invitados Extranjeros



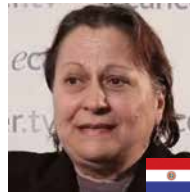
Dr. César Augusto Alturo Rodríguez
Odontólogo Patólogo y oncólogo bucal, Hospital Universitario San Ignacio - Universidad Javeriana y Hospital Departamental de Villavencio, Bogotá - Colombia.



Lic. Daniela Paz Rojas Miranda
Psicóloga especialista en Psicooncología y Cuidados Paliativos. Terapeuta Familiar y de Parejas. Gerente Técnico de la Corporación Cáncer de Mama Yo Mujer. Chile.



Dra. Fabiana Bettoni
Research Scientist at Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, Brasil.



Dra. Silvia Sforza Tucci
Médica Oncóloga. Ex presidenta de la FESCAS. Ex presidenta Sociedad Paraguaya de Oncología Médica.



Dr. Mauricio Camus A.
Cirujano Oncólogo, Profesor Asociado, jefe del Departamento de Cirugía Oncológica y Maxilofacial de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ex Presidente Sociedad Chilena de Cancerología (2008-2010).



Dr. Pablo Šitić Vargas
Presidente Tribunal de Ética - Colegio Médico de Bolivia. Presidente Electo Federación Latinoamericana de Mastología (FLAM).



Dra. Cinthia Gauna Colás
Oncóloga Clínica. Staff del Servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional del Cáncer - Paraguay. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Oncología Médica periodo 2017-2019.



Lic. Carolina Soruco Catanzaro
Psicóloga clínica e infanto-juvenil titulada en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Terapeuta familiar titulada en el Instituto de Terapia Familiar de Santiago.



Dr. Henry Gómez
Oncólogo Clínico - Investigador principal del International Breast Cancer Cancer Study Group (IBSGG), Breast Cancer Group (BIG), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG). Instituto de Enfermedades Neoplásicas - Lima, Perú.



Prof. Dr. Luis E. Werneck de Carvalho
Medical Oncology. Board Member Oncologica do Brasil Cancer Center - Brazil. ASCO, ESMO, IASLC Full Member. Brazilian Cancer Society Director Assistant.



Dra. María Gabriela Patiño Rocha
Odontóloga Universidad Católica de Cuenca. Especialista en Clínica Estomatológica - Especialista en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial Cuenca - Ecuador.

XVIII CONGRESO ARGENTINO DE CANCEROLOGÍA

Reconocimientos

Es un honor para la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cancerología poder anunciar que durante el desarrollo del XVIII Congreso Argentino de Cancerología se procederá a distinguir a dos personalidades de nuestra querida comunidad científica como lo venimos haciendo en los últimos congresos.

En esta ocasión se entregarán los siguientes reconocimientos:



Al **Dr. Gabriel Rabinovich** lo nombraremos **Miembro Honorario** de la Sociedad Argentina de Cancerología; en reconocimiento a su extraordinario trabajo en el área de la Inmunooncología y su valioso aporte y descubrimiento de las GALECTINAS para el tratamiento del Cáncer.

Este reconocimiento se le entregara en el Salón Mariano Mores el 10 de agosto al final del desarrollo de la Conferencia **Galectinas, Nuevos blancos Terapéuticos en Inmunooncología.**



Al **Profesor Dr. Osvaldo Betti** le entregaremos el reconocimiento de **Pionero de la Radiocirugía con sistema LINAC en el mundo y la Argentina.**

Este galardón se le entregara el Salón Mariano Mores el 10 de agosto al inicio del desarrollo del **7º Simposio del Capítulo de Neurooncología.**

Están todos invitados a acompañarnos y disfrutar de este momento!

Comisión Directiva Sociedad Argentina de Cancerología.

09, 10 Y 11
DE AGOSTO DE 2018

PROGRAMA XVIII CAC

Descargue su **Certificado de Asistencia** en nuestro website
WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR

JUEVES 09 / AGOSTO DE 2018

HORARIO	AUTORIDADES	SALÓN DISCÉPOLO
18.00 hs		ACREDITACIÓN
18.30 hs	Coordinador: Dr. Mario Bruno (Argentina). Disertantes: Prof. Dr. Luis Eduardo Werneck de Carvalho (Brasil), Dr. Pablo Sitic Vargas (Bolivia), Dra. Silvia Sforza Tucci (Paraguay), Dra. Cinthia Gauna (Paraguay), Dr. Mauricio Camus (Chile), Dr. Henry Gomes (Perú), Dr. Marcelo Blanco Villalba (Argentina).	SIMPOSIO SAC-FESCAS Tabaquismo en cada País, con las Patologías que Produce y las Medidas que se han Tomado para Combatir este Flagelo.
20:00 hs	Disertantes: Dr. Mario Bruno (Presidente de SAC), Dr. Pablo Sitic Vargas (FESCAS)	ACTO INAUGURAL

VIERNES 10 / AGOSTO DE 2018

HORARIO	AUTORIDADES	SALÓN MARIANO MORES
07.30 hs		ACREDITACIÓN
08.30 a 09.30 hs	Coordinadores: Dr. Jorge Puyol, Dr. Daniel Rampa, Dr. Isaac Fleischer, Dra. Liliana González, Dra. Mónica Repetto.	DESAYUNOS CON EXPERTOS 1. Novedades en Cáncer de Próstata / Dra. Celia Brossio. 2. Plataformas Genómicas en Cáncer de Mama / Dr. Rodrigo Sánchez. 3. Manejo Interdisciplinario de los Tumores Primarios de Peritoneo / Dr. Juan Carlos Staringer. 4. Hepatocarcinoma, Cirugía y TACE / Dr. Fernando Javier Gassali. 5. Cuidados de Enfermería en el Primer Día de Tratamiento / Enf. Sebastián Salinas. 6. Garantía de Calidad en Oncología / Dr. Ricardo Kirchuk. 7. Interpretación Imagenológica de la Respuesta en la Inmunoterapia / Dr. Pablo Sartori. 8. Honorarios Médicos en Oncología / Dr. Adrián Hannois. 9. Sarcoma de Tejidos Blandos / Dr. Matías Chacón. 10. Cáncer de Mama Triple Negativo / Dr. Jorge Carlos Nadal.
09.40 a 10.40 hs	Disertante: Dr. Gabriel Rabinovich. Presidente: Dr. Jorge Puyol.	CONFERENCIA Galectinas, Nuevos Blancos Terapéuticos en Inmunoterapia.
10.40 a 11.20 hs	Disertante: Dra. Claudia Bagnes. Coordinador: Dr. Guillermo Streich.	CONFERENCIA Estrategias Terapéuticas Actuales en Cáncer de Pulmón.
11.20 a 12.00 hs	Disertantes: Dr. Santiago Rafael Bella, Dr. Danny Mena Cortes. Coordinador: Dr. Fernández Céspedes.	SIMPOSIO BAYER Cáncer de Próstata Avanzado: Radio 223, en la Práctica Diaria.
12.00 a 12.35 hs	Disertante: Dr. Carlos Silva. Presidente: Dr. Jorge Puyol.	CONFERENCIA Melanoma Metastásico, Tratamiento de Acuerdo a Biomarcadores.
12.35 a 13.05 hs	Disertante: Dr. Hernán Braunsteni. Presidente: Dra. Liliana González.	CONFERENCIA Cannabis Medicinal.
13.05 a 14.10 hs		LUNCH
14.10 a 14.45 hs	Introducción & Coordinación: Dra. Clelia Vico. Disertantes: Dr. Mauricio Camus (Chile), Dr. Pablo Sitic Vargas (Bolivia).	MESA Manejo del Ganglio Centinela Positivo en Estadíos Iniciales de Cáncer de Mama, en la Región.
14.45 a 15.15 hs	Disertante: Dr. Federico Estesio. Secretario: Dr. Dante Goy.	CONFERENCIA Cáncer de la Unión Gastroesofágica, Neoadyuvancia.
15.15 a 15.45 hs	Disertante: Dra. Fabiana Bettoni (Brasil). Presidente: Dr. Darío Niewiadomski.	CONFERENCIA PCR Digital en Gota: Desarrollo de Métodos más Sensibles para la Detección de Marcadores Tumorales.
15.45 a 16.30 hs	Disertante: Dra. Luisa Rafailovici. Presidente: Dr. Muaricio Camus.	CONFERENCIA Fronteras Actuales de la Radioterapia en Cáncer de Mama.
16.30 a 16.45 hs		BREAK
16.45 a 18.15 hs	Presidente: Dra. Alejandra T. Rabadán. Comentadores: Dra. Ana Martínez, Dr. Gustavo Ferraris, Dr. Juan Manuel Zaloff Dakoff, Dr. Alejandro Muggeri, Dr. Jorge Mandolesi.	7° SIMPOSIO DEL CAPÍTULO DE NEURONCOLOGÍA. 7° DÍA DE LA CONCIENTIZACIÓN DE LOS TUMORES CEREBRALES. "ACTUALIZACIÓN DE TERAPÉUTICAS EN METÁSTASIS CEREBRALES ÚNICAS Y MÚLTIPLES"
	Disertante: Dr. Diego Hernández.	Radiocirugía en el Lecho Quirúrgico: ¿Siempre, a veces, nunca?.
	Disertante: Dr. Máximo Barros.	Radioterapia 3D o Cerebro Total: ¿Existe un rol? Ventajas y desventajas.
	Disertante: Dr. Diego Prost.	¿Hay algún lugar para la inmunoterapia?
18.15 a 19.30 hs	Coordinador: Dr. Isaac Fleischer. Jurado: Dr. Norberto Brocato, Dra. Silvia Sforza Tucci, Dr. Mauricio Camus, Dr. Pablo Sitic Vargas, Prof. Dr. Luis Eduardo Werneck Carvalho, Dr. Jorge Raúl Zimerman, Dra. Ester Daniel.	EXPOSICIÓN DE POSTERS

HORARIO	AUTORIDADES	SALÓN DISCÉPOLO
09.30 a 11.30 hs	Presidente: Diego Juarez (Bs. As.). Coordinadora: Nelly Frascino (Bs. As.).	CAPÍTULO DE ESTOMATOLOGIA. 1° SIMPOSIO LATINOAMERICANO: PAPILOMATOSIS FLORIDA BUCAL (CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE BAJA AGRESIVIDAD). SATÉLITE DE LAS 10° JORNADAS ARGENTINAS Y 6° ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA.
	Disertantes: Elsa Alcoba (Bs. As.), Silvia Vornetti (Bs. As.), Yanina Perg (Neuquén), Carolina Galetto (San Luis), Silvia Delfino (San Luis), Cesar Alturo (Colombia), Gabriela Patiño (Ecuador).	Diagnóstico clínico, anatomopatológico. Su problemática. "Carcinoma Verrugoso de Ackerman" - "Leucoplasia Verrugosa Proliferativa". Diagnóstico Diferencial con el Carcinoma Escamocelular Clásico. Importancia de la Correlación Clínico Patológica. Tratamiento con Quimioterapia (mono droga). Casos Clínicos. Discusión. Testimonios de pacientes. Experiencias Institucionales.
11.30 a 13.00 hs	Coordinador: Dr. Luis Balbiani. Comentador: Dr. Daniel Lewi. Secretaria: Dra. Jessica Ledesma.	MESA CAPÍTULO GESTIÓN INSTITUCIONAL
	Panelista: Dr. Gustavo Jankilevich.	Nuevo Modelo en la Gestión Oncológica.
	Panelista: Dr. Adrián Hannois.	Los Honorarios en el Actual Contexto de la Moderna Oncología.
	Panelista: Dr. Juan Pablo Re.	Evaluación Comparativa de Costos en las Principales Indicaciones.
	Panelista: Dr. Marcelo Blanco Villalba.	Reflexión y Situación Mundial.
	Panelista: Dr. Dario Niewiadomski.	La Importancia del Sur y la Prescripción Responsable.
13.00 a 14.00 hs		LUNCH
14.00 a 16.00 hs	Coordinadores: Dra. Marina Bramajo, Dr. Jorge Duraume, Lic. Luisina Ongania.	JORNADA CAPÍTULO PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS
	Disertante: Dr. Santiago Levin. Presidente: Lic. María Aduero.	14.00 a 14.30 hs / Conferencia: El Problema del Dualismo Mente-Cuerpo en la Clínica.
	Disertante: Lic. Carolina Soruco Catanzaro (Chile). Presidente: Lic. Luisina Ongania.	14.30 a 15.00 hs / Conferencia: "Duelo: la Valentía de Transitar en el Dolor".
	Disertante: Lic. Daniela Paz Rojas Miranda (Chile). Presidente: Lic. M. Fernanda Montaña.	15.00 a 15.30 hs / Conferencia: "El Amor en Tiempos del Cáncer": Vivencia de la Sexualidad en el Contexto de Enfermedad.
	Disertante: Lic. Claudio Loria. Presidente: Dr. Jorge Duraume.	15.30 a 16.00 hs / Conferencia: "Espiritualidad en el final de la vida".
16.00 a 18.00 hs	Introducción & Coordinación: Dra. Clelia Vico.	CAPÍTULO GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA. NUEVOS PARADIGMAS: ESTÁNDARES ACTUALES EN EL CÁNCER GINECOLÓGICO ¿QUÉ DEBEMOS SABER EN EL AÑO 2018?
	Disertante: Dra. Rosa Garrido.	Cáncer de Endometrio. Clasificaciones Tratamientos: Local y Sistémico.
	Disertante: Dr. Gonzalo Giornelli.	Cáncer de Ovario: Recidiva ¿Qué tratamientos elegir? Lugar de los Inhibidores PARP.
	Disertante: Dra. Adriana Bermudez.	Cáncer de Cuello ¿Rol de la Neoadyuvancia y de la Quimioradioterapia. ¿Cuándo están indicados los antiangiogénicos?
		Mesa de Discusión.

SÁBADO 11 / AGOSTO DE 2018

HORARIO	AUTORIDADES	SALÓN MARIANO MORES
07.30 hs		ACREDITACIÓN
08.30 a 09.30 hs	Coordinadores: Dr. Jorge Puyol, Dr. Daniel Rampa, Dr. Isaac Fleischer, Dra. Liliana González, Dra. Mónica Repetto.	DESAYUNOS CON EXPERTOS <ol style="list-style-type: none"> 1. Abordaje Multidisciplinario de las Metástasis Hepáticas / Dra. Claudia Milano. 2. PET, Sobreindicación? / Dr. Martin Eletta. 3. Comités de Tumores Institucionales. Entre la Necesidad y la Dificultad / Dra. María S. Aguirre. 4. Cuidado a los Cuidadores / Lic. Ana Marquis, Dra. Marina Bramajo. 5. Tratamiento del Cáncer Her+ / Dra. Clelia Vico. 6. Cáncer de Páncreas, Avances / Dr. Federico Esteso. 7. Cáncer Orofaringeo y HPV / Dra. Nelly Frascino. 8. Enfermedad Trofoblastica / Dra. María Inés Bianconi. 9. Bioética en Oncología. Del Encarnizamiento Terapéutico al Abandono / Dra. Raquel G. Bolton. 10. Cáncer de Recto. Manejo Interdisciplinario / Dr. Julio Lococo.
09.45 a 10.15 hs	Disertante: Dr. Gustavo Jankilevich. Presidente: Dr. Isaac Fleischer.	CONFERENCIA Cáncer Renal e Inmunoterapia.
10.15 a 10.50 hs	Disertante: Dr. Daniel Campos. Presidente: Dra. Liliana González.	SIMPOSIO IN&CIA Medicina de Precisión.
10.50 a 11.30 hs	Disertante: Dr. Juan E. Cundom. Presidente: Dr. Guillermo Streich.	SIMPOSIO Cáncer de Colon Metastásico; Inestabilidad Microsatelital, Carga Mutacional Tumoral, Inmunoterapia.
11.30 a 11.45 hs		BREAK
11.45 a 12.20 hs	Disertante: Dra. Rosa Laudi. Presidente: Dra. Clelia Vico.	CONFERENCIA Estado Actual de la Prevención del Cáncer de Cuello en la Argentina.
12.20 a 13.00 hs	Disertante: Dr. Reinaldo Chacon. Secretario: Dr. Jorge Puyol.	CONFERENCIA La Eficacia en los Nuevos Tratamientos en Cáncer de Mama Avanzado Hormonosensible.
13.00 hs	Disertante: Dr. Marcelo Blanco Villalba.	ACTO CLAUSURA <p>Entrega de Premios y Cierre.</p> <p>Premio XVIII Sociedad Argentina de Cancerología.</p> <p>Premio Prof. Dr. Roberto Estévez (Mejor Trabajo de Prevención en Cáncer).</p> <p>Premio Prof. Dr. Roberto Emanuel Levin (Mejor Trabajo de Investigación en Patología Mamaria)</p> <p>Premio Dra. Silvia Jovtis (Mejor Trabajo de Investigación en Oncología Clínica para Residentes).</p> <p>Mención Especial Dra. Rosa Woscoboink De Levin.</p>

HORARIO	AUTORIDADES	SALÓN DISCÉPOLO
08.00 a 11.00 hs	Coordinadora: Mg. Constanza Celano.	CAPÍTULO ENFERMERÍA ONCOLÓGICA.
	Disertante: Lic. Miguel Salas.	08.00 a 08.40 hs / Rol de la Enfermera en la Valoración del Estado Nutricional del Paciente Oncológico desde el Inicio del Tratamiento.
	Disertantes: Lic. Ismael González, Lic. Mónica Pérez.	08.40 a 09.20 hs / Rol de la Enfermera en la Prevención de Factores de Riesgo en un Hospital Público Oncológico.
	Disertante: Mg. Constanza Celano.	09.20 a 10.00 hs / Actualización del Cuidado de Enfermería en el Tratamiento de Pacientes con Cáncer de Mama.
	Disertante: Mg. Victoria Brunelli.	10.00 a 10.30 hs / Investigación en Enfermería: Cómo Escribir un Protocolo de Cuidado de Enfermería en Oncología
	Disertante: Mg. Silvina Estrada.	10.30 a 11.00 hs / Segunda Víctima: Qué Sabemos del Cuidado de la Segunda Víctima.
11.00 a 13.00 hs	Coordinador: Dr. Flavio Tognelli.	CAPÍTULO ONCOGERIATRÍA. VALORACIÓN, SELECCIÓN Y SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE ANCIANO.
	Disertante: Dra. María Soledad Aguirre.	11.00 a 11.20 hs / Valoración Geriátrica Integral.
	Disertante: Dr. Rubén D. Rampa.	11.20 a 11.40 hs / Selección de Pacientes para Tratamiento Oncoespecífico.
	Disertante: Dr. Juan C. Staringer.	11.40 a 12.00 hs / Selección de Pacientes para Tratamiento Quirúrgico.
	Disertante: Lic. Fabiana Coego.	12.00 a 12.20 hs / Evaluación del Estado Nutricional en el Paciente Oncológico Anciano.
	Disertante: Dra. María Teresa Gorrini.	12.20 a 12.40 hs / Soporte Nutricional: Oral, Enteral y Parenteral.
		12.40 a 12.50 hs / Preguntas.
	12.50 a 13.00 hs / Conclusiones.	

Descargue su **Certificado de Asistencia** en nuestro website
WWW.SOCARGCANCER.ORG.AR

#01

Determinación de inestabilidad microsatelital (IMS) como biomarcador predictivo de respuesta terapéutica: inmunohistoquímica (IHQ) vs. biología molecular.

Martínez Correa R.^{1*}, Saucedo S.¹, Bravo I.¹, Otero S.², Colica V.², Bramuglia G.¹, Jankilevich G.².

¹Argenomics - Fundación Investigar; ²Servicio de Oncología - Hospital Dr. Carlos G. Durand.

*Correspondencia: Av. Sargento Mayor Cayentano Beliera (RN8) 3025, Pilar. Edificio Insignia M1, PB, [CP:B1629WWA].

Tel: +54 5 269-4102/03/04. Cel: 011-6799-1159. E-mail: rmartinez@argenomics.com

Introducción

La determinación de IMS no sólo es relevante en el diagnóstico del HNPCC, sino también a nivel pronóstico y terapéutico. A causa de que tumores IMS+ son altamente inmunogénicos, pacientes con tales características son buenos candidatos a las inmunoterapias.

Objetivo

Corroborar correlación de resultados de IHQ y biología molecular en pacientes con CCR (<50 años) y establecer un algoritmo para el testeo de este biomarcador como predictor de respuesta a inmunoterapia.

Materiales y Métodos

Se analizaron 14 muestras de FFPE de adenocarcinoma de colon por IHQ para MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2 con el sistema Ventana. El estudio molecular se realizó con el kit "MSI Analysis System, Version 1.2" y posterior análisis con Gene Marker V2.6.3 software. Además, se estudió KRAS, NRAS y BRAF por qPCR.

Resultados

El 50% fueron IHQ+ e IMS-. El resto presentaron IHQ- para ≥ 1 proteínas. De este último grupo: 5 con MSI+ (un caso con BRAF+); y 2 con IMS- (ambas con RAS+).

Discusión

En el 85% de los casos, existe concordancia de los resultados por ambos abordajes; dato coincidente con la bibliografía analizada. En un caso de MSI (MLH1- y MSH6-) se detectó la mutación V600E, sugiriendo una causa epigenética. Los casos que muestran inconsistencia podrían deberse a cambios o pérdida de expresión de proteínas tanto por mutaciones germinales como somáticas en MMR, que no alterarían la funcionalidad del sistema de reparación evidenciable por análisis de microsatélites. Por lo que se sugiere su confirmación mediante Sanger.

Conclusión

Los resultados obtenidos confirman la utilidad de los métodos para el screening molecular de pacientes HNPCC. En virtud de estos hallazgos sugerimos la realización del estudio de inestabilidad microsatelital como factor predictor de inmunogenicidad tumoral para la utilización de inmunoterapias, a través de las dos técnicas establecidas, a fin de reducir el número de resultados positivos posiblemente falsos.

#02

Ensayo clínico de fase II con el hemostático desmopresina en el manejo del cáncer rectal con sangrado.

Alonso D. F.^{1*}, Iseas S.², Roca E.², O'Connor J.³, Sanchez Luceros A.⁴.

¹Universidad Nacional de Quilmes, ²Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo, ³Instituto Alexander Fleming, ⁴Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina.

*Correspondencia: Dr. Daniel F. Alonso. R. Sáenz Peña 352, B1876BXD Bernal, Buenos Aires, Argentina.

Teléfono laboral: 4365-7100 int. 5644. Celular: 11 6768-7632. E-mail: dfalonso@unq.edu.ar

Introducción

El manejo multimodal del cáncer de recto ha cambiado el abordaje de la enfermedad. No obstante, en muchos pacientes el sangrado rectal resulta difícil de tratar y supone un impacto negativo en la calidad de vida. La desmopresina (dDAVP) es un compuesto peptídico utilizado como hemostático en ciertos desórdenes de la coagulación, que en los últimos años ha mostrado efectos antitumorales y antiangiogénicos en estudios preclínicos.

Objetivo

Conducir un ensayo clínico prospectivo, abierto, de Fase II, de escalado de dosis de dDAVP en pacientes con cáncer rectal con o sin metástasis, con proctorragia, previo al tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia (NCT01623206). El objetivo primario consistió en determinar toxicidad limitante de dosis y evaluar la eficacia preliminar de dDAVP en el control del sangrado.

Población y Métodos

Se incluyeron un total de 32 pacientes con adenocarcinoma rectal, que recibieron por infusión endovenosa dosis diarias de dDAVP (Surprex, laboratorio Elea) de entre 0,25 y 2 microgr/kg, durante 2 días consecutivos. El sangrado rectal se graduó con un score basado en la escala de Chutkan. La perfusión tumoral se evaluó mediante resonancia magnética dinámica mejorada por contraste (Imaxe). Los estudios de laboratorio incluyeron niveles plasmáticos del factor de von Willebrand y factor VIII, además del tiempo de lisis de euglobulina y KPTT como referencia de los efectos hemostáticos de dDAVP.

Resultados

Durante el escalado de dosis en los primeros 20 pacientes incluidos, los efectos adversos atribuibles a dDAVP fueron todos reversibles, siendo los más frecuentes hiponatremia, incremento de la presión arterial, calambres y enrojecimiento facial. Se registraron efectos adversos serios en 5 pacientes que recibieron dosis de 1 microgr/kg/día o superiores. Considerando seguridad, tolerancia y los parámetros de respuesta hemostática, se seleccionó la dosis de 0,5 microgr/kg para la evaluación de 12 pacientes adicionales. En este grupo, 92% (11/12) de los pacientes mostraron al menos una respuesta hemostática parcial y 58% (7/12) una respuesta completa al día 4 de iniciado el tratamiento, manteniéndose la contención del sangrado hasta la visita final al día 14. En el 75% (9/12) de los casos se verificó por resonancia magnética una reducción del flujo vascular tumoral.

Conclusión

La administración de dDAVP se muestra útil para el manejo del sangrado por cáncer rectal y podría también reducir la vascularización tumoral.

#03

Epidemiología de una cohorte de 1291 pacientes adolescentes o adultos jóvenes (AAJs) con cáncer seguidos en el Instituto Oncológico Henry Moore (IOHM) en Argentina.

Gil Deza E., Gercovich N., Martín Reinas G.*, Niewiadomsky D., Pérez P., Ares S., Danusi M.I., García Gerardi C., Morgenthal E., Rivarola E., Gercovich F. G.

*Correspondencia: Agüero 1248. [CP:1425]. CABA. Tel: 15-4158-0100. E-mail: gastonmartinreinas@icloud.com

Introducción

AAJs son aquellas personas entre los 15 y 39 años de edad. Cada año en EEUU se diagnostican 70000 AAJs con cáncer (Nass SJ et al TheOncologist 2015;20:186–195) Esta población tiene necesidades especiales debido al impacto emocional del diagnóstico y las consecuencias, de los tratamientos en sus proyectos de vida. La mayoría de los sistemas de salud no tienen programas focalizados en el cuidado de AAJs . Este trabajo tiene como objetivo evidenciar la epidemiología del cáncer en una cohorte de pacientes (Ptes) AAJs seguidos en el IOHM en los últimos 5 años.

Materiales y Métodos

Entre el 26/9/12 y el 26/9/17 los nuevos pacientes de IOHM completaron una planilla de antecedentes clínicos epidemiológicos (PACE) de (ASCO 2013 abst. E17539), con las condiciones clínicas preexistentes y factores de riesgo. Se seleccionaron los AAJs en la base PACE y se estudió su perfil epidemiológico.

Resultados

1,291 AAJs fueron seleccionados de un total de Ptes de 12,685 (10%). Fueron identificados por: Sexo: F=746 (58%) M=545 (42%). Mediana de edad= 33.7 años (r=16-39). Los 15 tumores más frecuentes fueron: Mama (273), Testículo (199), Cervix (131), Sarcomas (81), Colo-rectal (76), Linfoma no Hodgkin (59), Riñón (46), Leucemia (45), Sistema Nervioso Central (42), Melanoma (38), Ovario (33), Endocrinos y pulmón (21 cada uno) y Enfermedad Trofoblástica Gestacional (21). Estadios: 0= 26 (2%), I= 396 (31%), II= 299 (29%), III= 258 (20%) y IV=312 (24%). PS 0-1= 1,071 (83%). Fumadores: 609 (47,2%). Sobrepeso y Obesidad: 605 (46.9%). Comorbilidades Severas (Cardiovascular - Respiratoria - Gastrointestinal - Renal - Neurológica o desorden psiquiátrico) 167 (13%). Familiares con cáncer en primer grado: 278 (22%). Sin hijos 792 (61%).

Conclusiones

1) En esta cohorte de 1,291 AAJs con diagnóstico de cáncer se detectaron tanto tumores prevalentes en el adulto: mama, colo-rectal, páncreas, melanoma o SNC como tumores prevalentes en los pacientes pediátricos: germinales, linfomas y leucemias. **2)** La mayoría de estos pacientes están en excelente estado general y carecen de comorbilidades severas. **3)** Aunque tanto el tabaquismo como la obesidad tienen una prevalencia menor que en el adulto, uno de cada dos AAJs ha fumado o tiene problemas de sobrepeso u obesidad. **4)** 1 de cada 5 Ptes tiene al menos un familiar de primer grado con cáncer. **5)** 6 de cada 10 Ptes no tiene descendencia al momento del diagnóstico. **6)** Es prioritaria la conformación de equipos multidisciplinarios para la atención de este grupo de pacientes.

#04

Cáncer en adultos jóvenes.

Comesaña G., Almanza Medinaceli L., Costa J., Hirsch I., Goy D., Lara Alcantara J., Samec M., Felci N., Servienti P.
Servicio de Oncología Hospital Dr. Teodoro Álvarez.

Introducción

El cáncer es una causa importante de morbi-mortalidad en todos los grupos etarios. Los tumores que ocurren en edad adulta joven, entre 20 a 39 años, han sido investigados en menor grado. Estos cánceres representan un espectro distinto de enfermedad, con amplia expectativa de vida útil, generando un alto impacto en su contribución económica y el cuidado de sus familias.

Objetivos

Conocer incidencia, edad, sexo, localización tumoral, estadio y probables factores de riesgo relacionados con cáncer en adultos jóvenes.

Población

Historias clínicas de pacientes de 20 a 39 años, con diagnóstico de cáncer, atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Dr. Teodoro Álvarez, en el período comprendido entre el 1º de abril de 2010 al 1º de abril del 2018.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal de historias clínicas de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer.

Resultados

Se encontraron 84 historias clínicas de pacientes entre 20 y 39 años correspondientes al 6% de la población atendida en el Servicio. Mediana de edad 34 años, 66% mujeres y 34% hombres. Las localizaciones más frecuentes de los tumores fueron: mama 26%, testículo 16%, cérvix 13%, ovario 8%, sarcomas 8%, colon 7%. Según estadio (E.) de enfermedad, 4% tenían carcinoma in situ, 22% E. I, 20% E. II, 21% E. III y 13% E. IV. El 50% tenían como factor de riesgo personal hábito tabáquico, 26% HIV y 12% antecedentes de un tumor previo. 20% presentaron antecedentes familiares de enfermedad oncológica, siendo los más frecuentes cáncer gástrico, de mama y colon (12% cada uno, respectivamente). 23% desconocía sus antecedentes familiares.

Conclusión

En la población analizada encontramos, que la localización de los tumores coincide parcialmente con lo publicado en la bibliografía, siendo comunes los carcinomas de testículo y cérvix, pero llamativo el diagnóstico de carcinomas de ovario. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en estadios tempranos de la enfermedad. Destacamos el hábito tabáquico como factor de riesgo presente, como así también el desconocimiento de antecedentes familiares de cáncer. Consideramos necesario incrementar las medidas de vigilancia, prevención y tratamiento específicos para reducir el cáncer en este grupo etario.

#05

Obtención de modelos para describir las interacciones entre el daño genético asociado a la obesidad y la contaminación ambiental y para la evaluación del aporte de variables genéticas y ambientales a la condición de paciente con enfermedad neoplásica.

Prieto E.¹, Miana V.¹, Aldegani P.^{1y3}, Milio C.², Kamlofsky J.².

¹Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS). ²Centro Altos Estudios en Tecnología Informática (CAETI). ³Universidad Abierta Interamericana, Colaborador externo del CAECIHS.

Equipo de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. Cel: 0111564051754. E-mail: Elio.Prieto@vaneduc.edu.ar

Introducción

Las técnicas de Inteligencia Artificial (IA) hoy están difundidas en todas las disciplinas. En el ámbito de la salud, se las aplica en todos los aspectos de la investigación: usando bancos de datos y algoritmos que permiten presentar modelos cuya validación se plasma en nuevo conocimiento científico.

Materiales y Métodos

Presentamos un primer estudio, *Efecto de la obesidad sobre los niveles de daño en el ADN determinado por electroforesis alcalina de células aisladas en gel de agarosa o Ensayo Cometa (POB y EC)*, en el que se desarrolló un modelo que permite describir y predecir el impacto en el daño genético, de un conjunto de variables que incluyen datos antropométricos, patrones de alimentación, y condiciones ambientales, en una muestra de mujeres de bajos recursos de la Provincia de Buenos Aires. La muestra fue de 54 casos, con 33 variables predictoras y una variable objetivo. El número de combinaciones posibles es $8,57 \times 10^9$. El tiempo estimado para realizar todos los cálculos combinatorios era de 1,33 años. Se aplicó la Teoría de la Información de Shannon que hace posible el cálculo del aporte de las variables a los niveles de Daño en el ADN y así seleccionar las más relevantes con las que se obtuvieron modelos de regresión lineal múltiple. Una segunda investigación, explora los vínculos entre los *Hábitos y Antecedentes Poblacionales y Enfermedad Neoplásica (HAP y EN)* en un estudio caso- control de corte transversal, en una muestra que al momento de presentar este informe cuenta con 1500 controles y 300 casos. Se evalúan variables como: antecedentes patológicos personales y familiares de cáncer por localización, ocupación, datos antropométricos, exposición a radiaciones ionizantes en estudios diagnósticos, exposición a radiación UV de origen solar, patrones nutricionales, sus formas de cocción, hábitos tóxicos y otras variables relevantes hasta contabilizar 52.

Resultados

En la investigación POB y EC, la r calculada en el mejor modelo que incluyó 14 variables fue: 55.72%. El tiempo necesario para hacer los cálculos fue de 2 horas y 4 minutos.

Conclusiones

La investigación así como la que está que está en curso, (HAP y EN), está permitiendo el desarrollo de modelos predictivos de la condición de enfermo que son refinados a partir de la significación biológica de las asociaciones encontradas y al mismo tiempo habilita el escrutinio de otras no predichas por la teoría.

#06

Debatiendo la optimización de recursos en prestaciones oncológicas y las nuevas relaciones entre prestadores/financiadores. Centro Médico Austral. Bs. As., Argentina.

Dr. Carlos González Palacios, Dr. Hernán Braunsteni.

Introducción

Las evaluaciones se basan en la comparación de resultados obtenidos con patrones de referencia previamente establecidos. Nuestra intención al presentar este trabajo es, poder generar junto a ustedes un ámbito de intercambio de buenas prácticas en pos de futuros avances en nuestra área. 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) como herramienta para observar los cambios en la utilización de recursos, en una Obra Social metropolitana que en el año 2015 contaba con 10.000 afiliados y actualmente con 8300 que centraliza la atención de sus afiliados en una sola Institución, durante los años 2015 a 2017.

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

Estos resultados nos permiten contar con información para acercarnos a conocer un nuevo escenario asistencial.

DATOS POR AÑO	2015		2016		2017	
	ANUAL	MENSUAL	ANUAL	MENSUAL	ANUAL	MENSUAL
CONSULTAS	608	50,66	508	60,96	503	41,91
QT	140	11,66	109	9,08	117	9,75
APLICACIONES	49	4,08	45	3,75	28	2,33
PET/TC	2	0,16	0	0	3	0,25
PACIENTES	96		91		76	

Cuadro porcentual comparativo respecto al periodo anterior.

DATOS POR AÑO	2015	2016	2017
CONSULTAS	-	-8,30%	-9,90%
QT	-	-7,70%	0,73%
APLICACIONES	-	-9,10%	-6,20%
PET/TC	-	0	0
PACIENTES	-	-9,40%	-8,30%

Conclusión

Este cambio en el escenario asistencial podría deberse a la modificación de los tipos de tratamientos con el incremento de los mismos por vía oral; ante esta situación es posible que se deban evaluar los recursos y el pago por prestaciones o reformular el costo de la consulta y/o el costo del seguimiento de pacientes en tratamiento por vía oral. Los financiadores deberán estimar la cobertura de cada vez más pacientes oncológicos y costos más elevados en tecnología y no así en honorarios profesionales, por lo cual contar con herramientas que posibiliten reformular sistemas de pago, podría evitar tensiones.

#07

Incidencia y grados de toxicidad en pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional de bajo riesgo. Evaluación de resultados en un hospital público.

Nacuzzi G.¹, Pawelkowski Y.¹, Carmona F.¹, Bianconi M. I.¹, Otero S.¹, Storino C.², Jankilevich G.¹.

¹Sección Oncología - Hospital Carlos G. Durand. ²Servicio de Tocoginecología - Hospital Carlos G. Durand: CABA, Argentina.

Introducción

En las pacientes con Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) el tratamiento adecuado para lograr la curación debe ser de acuerdo al sistema de clasificación pronóstica FIGO/OMS. Para cada grupo de riesgo existe un estándar de tratamiento quimioterápico. El tratamiento inicial de la pacientes con NTG bajo riesgo (BR) (Score ≤ 6) es el esquema con Metotrexate (MTX) –Leucovorina (LV) o Actinomicina D.

Objetivos

Evaluar incidencia y grados de toxicidad durante el tratamiento quimioterápico en pacientes con diagnóstico de NTG de bajo riesgo.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo basado en el análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de NTG BR que recibieron tratamiento quimioterápico con MTX-LV (1mg/kg MTX D 1-3-5-7 intramuscular, LV 0,1 mg/kg D2-4-6-8 vía oral) o Actinomicina D (0,5 mcg D1a5 endovenoso) atendidos en la sección de Oncología del Hospital Durand entre 1990 - 2017. Se analizaron los grados de toxicidad y compliance.

Resultados

De 529 con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, 208 evolucionaron a NTG, de las cuales el 76% (n= 159) fueron de bajo riesgo.

La mediana de edad al diagnóstico es de 29 años.

El 98,8% realizó metotrexate/leucovorina días alternos y el 1,2% Actinomicina D como tratamiento de primera línea. El 100 % de los pacientes presentaron acceso a la medicación y completaron el tratamiento.

En las pacientes que recibieron MTX-LV como primera línea (N=156) los efectos adversos observados fueron: Grado 3: 5% mucositis, 1,9% diarrea. No se presentaron toxicidades grado 4. Compliance 98%.

En las pacientes que recibieron Actinomicina D como primera línea (n=3) los efectos adversos observados fueron Grado 3: 33% hematológicas. Compliance 100%.

Conclusión

El tratamiento de NTG BR, tanto con MTX-LV y Actinomicina D fueron completados por el 100% de los pacientes. Observando mayor número de eventos adversos en las pacientes que recibieron Actinomicina D. Las toxicidades evidenciadas fueron en su mayoría grado 1 y 2 con buena respuesta al tratamiento. El porcentaje de curación fue del 99,1%.

#08

Experiencia en preservación de la fertilidad en mujeres en centro de reproducción.

Lucini C.*, Pazo E., Baum E., Urquiza F., Inciarte F., Pasqualini A.

Halitus Instituto Médico: Cabrera 6060 dpto. 6° A [CP:1414].

*Contacto: Tel: 011-15-6963-2223. E-mail: carlolucini@hotmail.com.

Introducción

Las técnicas de preservación de la fertilidad se ofrecen antes de la terapia oncológica que en general es gonadotóxica. Si el tratamiento oncológico, se puede postponer, se puede realizar vitrificación ovocitaria (duración 12 -15 días) o criopreservación de tejido ovárico (duración 1 o 2 días).

Objetivos

Describir la experiencia de nuestro centro, en criopreservación de ovocitos y tejido ovárico previo al tratamiento oncológico.

Población

Incluyeron 67 pacientes oncológicas que realizaron criopreservación de ovocitos en la Institución, entre 11/2006 y 12/2017 y 28 pacientes que congelaron tejido ovárico desde el 2000 hasta la fecha.

Desarrollo de la Experiencia

Todas las pacientes, tuvieron autorización del oncólogo previo al tratamiento. El inicio de la estimulación ovárica se basó en la urgencia con la que se debía arrancar el tratamiento oncológico. Las dosis de medicación, se calcularon según edad, conteo de folículos antrales e índice de masa corporal. En los cánceres de mama se agregó letrozole 5mg/día. En la criopreservación de tejido ovárico, el tejido o el ovario fueron extraídos por laparoscopia y enviados el mismo día al centro, en un Kit especial, para ser procesado y congelado en el laboratorio.

Resultados

En criopreservación de ovocitos, la patología más frecuente fue cáncer (Ca) de mama 61.2% (41/67) y linfoma 23.8% (16/67). El 25% restante fueron Ca de colon, cérvix, leucemia y tumores cerebrales. La edad promedio de las mismas fue de 32.7 ± 5.7 años, la cantidad de ovocitos Totales 12.8 ± 10.01 y metafase II 8.8 ± 6.92 . En criopreservación de tejido ovárico, la edad promedio fue de 28.5 ± 6.88 , la patología más frecuente fue cáncer de mama 31%, linfoma 14%, Ca de ovario 14%, Ca de cuello 11%, sarcoma botroide 7%, Ca de vagina, leucemia, Ca de pared torácica y de recto 24%.

Evaluación

Creemos que la preservación de la fertilidad, tiene un gran impacto en calidad de vida a largo plazo ya que la curabilidad de la patología tumoral es cada vez mayor y en general el impacto de los tratamientos oncológicos en los órganos reproductivos es muy alto. Si bien ninguna de las dos técnicas garantizan el embarazo, las mujeres refieren tranquilidad y bienestar al hacerlo ya que la maternidad es un gran deseo para ellas.

#09

Uno de cada tres pacientes en el mundo real sería excluido de los ensayos clínicos oncológicos fase III.

Gil Deza E., Martín Reinas G.*, Muiño M., Brandon M., Mizrahi M., Abal M., Morgenfeld E., Tognelli F., Acuña C., Rivarola E., Gercovich, F. G.

Instituto Oncológico Henry Moore (IOHM): CABA, Argentina.

*Correspondencia: Agüero 1248 [CP:1425] CABA, Argentina. Tel: 15-4158-0100. E-mail: gastonmartinreinas@icloud.com

Introducción

Los estudios clínicos Fase III son considerados como el mayor nivel de evidencia (gold Standard) del conocimiento médico y sus resultados son transpolados al uso clínico de la vida real como práctica clínica habitual. Esta recopilación intenta reflejar el número de pacientes de la práctica clínica habitual tratados en IOHM que no serían elegibles para participar en un ensayo clínico Fase III.

Material y Métodos

Todos los pacientes (Ptes) admitidos en el IOHM entre el 10/01/2012 y 10/01/2017 que iniciaron quimioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia durante ese intervalo de tiempo fueron seleccionados.

Se realizó una búsqueda de los ensayos Fase III en quimioterapia, inmunoterapia y hormonoterapia en la base de datos de EEUU www.clinicaltrials.gov en enero de 2018. 50 ensayos fueron seleccionados al azar y los cinco criterios de exclusión comunes a todos fueron: Edad, PS, segundos tumores, comorbilidades y embarazo. Estos parámetros fueron comparados con las condiciones de los pacientes del IOHM.

Resultados

De los 9935 Ptes bajo tratamiento, 3229 Ptes (32,6%) hubieran sido excluidos de los ensayos clínicos. El algoritmo secuencial utilizado para la exclusión fue:

Edad (<18y or > 80y)=763 Ptes. **PS 2-4:** 1,424 Ptes. **Segundos Tumores (SPT)**=268Ptes. **Comorbilidades Severas:** cardiovascular=573 Ptes; respiratorio=39 Ptes; infección activa=33 Ptes; renal=21 Ptes; enfermedad autoinmune o transplantado=12 Ptes; neurológico=10 Ptes; gastrointestinal=6 Ptes; Demencia o intento de suicidio: 66 Ptes; Enfermedades congénitas=9 Ptes. **Embarazo**=5 Ptes.

La tasa de exclusión por estadios presento aun peores resultados (excluyendo embarazo): Estadio 0=56/293 (19%); Estadio I=662/2,735 (24%); Estadio II=638/2,329 (27%); Estadio III=611/1,841 (33%) and Estadio IV=1,257/2,732 (46%).

Conclusiones

- 1) En esta cohorte de 9,935 Pt en tratamiento un tercio no podría haber ingresado a un ensayo clínico.
- 2) El factor más importante de exclusión es el PS (44%), seguido por las comorbilidades severas (24%).
- 3) En uno de cada tres pacientes el médico extrapola recomendaciones de las guías para adaptarlos a condiciones clínicas no estudiadas.
- 4) En el caso de los pacientes con Estadios IV la mitad hubieran sido excluidos de los ensayos clínicos que se usan para fundamentar su tratamiento, a sabiendas que la toxicidad será mayor y la eficacia será menor.

#10

Cáncer de mama masculino bilateral (caso clínico).

Dr. Porrato C.*, Dr. Miechi R.

"CTR Miechi" Centro de Terapia Radiante: Entre Rios 2136, Rosario. [CP:S2000FXJ] Tel/fax: 54 (0341) 485-2725.

*Contacto: Tel: (0341) 485-2725. Cel: 03462-15671261. E-mail: kikaporrato@outlook.com

Introducción

El 1% de los cánceres de mama se manifiestan en pacientes masculinos y representan el 0,1% de las muertes por cáncer en el hombre. Se asocian a factores de riesgo: **-hormonales, ocupacionales, -genéticos**. El tratamiento: **-locoregional -sistémico**.

Objetivos

Presentar un caso clínico y evaluar su presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución en relación a estadísticas para esta patología.

Población

Incluyeron 67 pacientes oncológicas que realizaron criopreservación de ovocitos en la Institución, entre 11/2006 y 12/2017 y 28 pacientes que congelaron tejido ovárico desde el 2000 hasta la fecha.

Desarrollo

Paciente masculino de 55 años. 2012 MOE retroareolar izquierda. Estudios sistémicos (-). Cirugía 01/2013: **Carcinoma Ductal Infiltrante NOS, GN III, 2cm. Invasión Vasculo-linfática-perineural (+). Piel y márgenes (-), GC 1 (+) y Axila 11gglis (10 +), RE(+)**85%**-RP(+)**75%**-HER2(-)-KI67: **23%****. Quimioterapia. Recibe Radioterapia 3D y TXF. Diciembre 2016 MOE Axilar Derecha. RMN 12/16 BIRADS 6. Punción axila derecha: **Mtts Ggllionar de Carcinoma Pobr. Dif Ductal NOS GH III-GN II. Cirugía 01/2017: Tejido mamario sin neoplasia. 20 gglis (+) Carcinoma GN III. Focos de compromiso extracapsular y embolos neoplásicos en vasos del hilio. RE(+)**100%**-RP(+)**100%**-HER(-)-KI67: **76%****. Indican Quimioterapia(AC x 6) y Letrozol.PET (-) y luego Radioterapia 3D. 04/2018 Mtts ósea. RMN (fractura -acuíñamiento D4 con compromiso muro ant-post) y Punción biopsia D4(+). Se irradia D4.

Conclusión

El cáncer de mama en hombres debería tener mejor pronóstico que en las mujeres debido a sus características clínicas e histopatológicas, pero el bajo índice de sospecha, la forma tardía de presentación y el frecuente compromiso ganglionar hacen que la mayoría de los casos tengan evolución tórpida y con mala respuesta a los tratamientos. Sería conveniente el énfasis en el examen físico de rutina (médico clínico y autoexamen periódico) y la consulta temprana ante lesiones dudosas (nódulo mamario o axilar). No creemos conveniente el screening en pte. masculino debido a la baja frecuencia de ocurrencia de la patología.

Bibliografía

Gomez RC, Zambrana F, Serreno M, Lopez M, Casado E. Male breast cancer. Cancer treatment Reviews, 2010;36:451-7.

*Wemberg JA, Yap J, Murekeyisone c, Mashtare T, Wilding G, Kulkani SA. Multiple primary tumors in men with breast cancer diagnosis-A SEER database review. J Surg Oncol 2009;99:16-9.

#11

TILs como factor pronóstico y predictivo en cáncer de mama.

Lara Alcántara, J.¹, Goy D.¹, Almanza M. L.¹, Comesaña M. G.¹, Costa J.¹, Samec M.¹, Felci N.¹, Servienti P.¹, Tascón G.², Aranda L.², Vallejos Y.², Nuñez M.³.

¹Servicio de Oncología. Hospital Dr. Teodoro Álvarez, ²Servicio de Anatomía Patológica Hospital Dr. Teodoro Álvarez, ³U.B.A. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Cátedra de Matemática.

Julián Álvarez 2531 4B, [CP:1425]. Tel: 11-4822-2536. Cel: 11-4160-9182. E-mail: jlaraalcantara@yahoo.com.ar

Introducción

Describir la relación existente entre TILs, subtipos moleculares.

Evaluar relación de TILs y respuesta a tratamiento quimioterápico neoadyuvante (NA), adyuvante (A) y de enfermedad avanzada (EA).

Evaluar relación entre TILs y sobrevida libre de progresión (SLP).

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de biopsias de pacientes con cáncer de mama atendidas en el Servicio de Oncología del Hospital Alvarez en el período 2010-2017.

Se determinó la presencia de TILs estromales al microscopio óptico en cortes parafinados teñidos con hematoxilina y eosina.

Se utilizó el score del Grupo Internacional de Trabajo que agrupa en A (0-10%), B (11-49%) y C ($\geq 50\%$).

Para implementar el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS.

Resultados

Se analizaron un total de 100 muestras de biopsias.

La distribución de TILs por subgrupos moleculares fue la siguiente:

	A (%)	B (%)	C (%)
LA	76	10,2	2,43
LB	69	21	10,3
Her2	33,3	33,3	33,3
TN/BL	37	2,7	36,3

23% realizaron NA, 58% A, 11% EA.

En los distintos tipos de tratamiento la distribución de TILs fue la siguiente.

	A (%)	B (%)	C (%)
NA	65	23	13
A	59	26	15
EA	82	18	-

En NA: post tratamiento el 86% tenían score A, 14% B. Hubo una disminución de TILs luego del tratamiento, recayeron 39%, de las cuales tenían 89% score A, 11% score B.

En A: 36% recayeron, 42% tuvieron score A, 14% score B, 3% score C.

En EA: 18 % progresaron, de los cuales 50% tuvieron score A, y 50% score B.

Las pacientes con TILs más elevados tienen una media de sobrevida libre de progresión mayor. La media de sobrevida para TILs entre 0 -10 es de 53 meses, mientras que, para TILs ≥ 41 , es de 82 meses.

Conclusiones

En los subtipos LA y LB, predomina el score A, mientras que en Her2 y TN/BL se incrementa el score C.

En la respuesta al tratamiento neoadyuvante, adyuvante recayeron más, las de menor score. En las que hicieron tratamiento por EA progresaron las de menor score.

La presencia de TILs se correlacionan con una mayor sobrevida libre de progresión, y mayor sobrevida libre de recurrencia.

#12

Evaluación de los plazos de inicio de tratamiento del cáncer de mama y del inicio de radioterapia posterior a la cirugía en el servicio de oncología del CMPFAC.

Di Fonzo G., Maquieira J.

Servicio de Oncología. Hospital Churruca: Uspallata 3600 [CP:1437] Cel: (Di Fonzo G.:15-3600-6179).
E-mail: guidodifonzo@hotmail.com, oncologiachurruca@hotmail.com

Introducción

En el CMPFACV se está trabajando en la conexión de diferentes especialidades en la atención del cáncer de mama. Observar las demoras en el inicio de tratamiento es una manera de evaluar los procesos. El inicio del tratamiento oncoespecífico, debe ser lo más pronto posible, dado que disminuye su eficacia en función de demora.

Objetivos

Evaluar el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama en el CMPFACV e identificar oportunidades de mejora. Describir el tiempo medio entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento y el tiempo medio entre la finalización del tratamiento sistémico adyuvante y la finalización de la radioterapia.

Población

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, con cáncer de mama entre el 01/01/2012 al 31/12/2015 que realizaron tratamiento oncológico.

Criterios de exclusión: ECOG 2 o mayor, alguna enfermedad invalidante severa no relacionada con la enfermedad oncológica.

Materiales y Métodos

El análisis de los plazos los pacientes con cáncer de mama que ingresaron al servicio de Oncología. Se evaluó el intervalo de tiempo de demora entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento sistémico, y la finalización de radioterapia. Los plazos fueron analizados en función del estadio y la inmunohistoquímica.

Resultados

La mediana del tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 66 días en la adyuvancia, 51 en la neoadyuvancia, y 69 en primera línea. La mediana de demora en el inicio del tratamiento en 181 pacientes que recibieron neoadyuvancia o adyuvancia fue de 65 días, el 13,26% (n=24) inicio el tratamiento antes del mes. Con respecto a la radioterapia, la media de inicio de tratamiento desde el diagnóstico, fue de 163 días. La media de inicio posterior a la cirugía en los pacientes que habían realizado neoadyuvancia fue de 162 días. La finalización del tratamiento radioterápico con respecto a la finalización del tratamiento quimioterápico adyuvante la media fue de 80 días.

Conclusión

Una mejor coordinación de profesionales, reducirá en forma considerable, el tiempo medio de este plazo.

#13

Sarcoma primario de mama (SPM). Reporte de dos casos clínicos y revisión de literatura.

Sanchez L.*, Billordo G., Ezcurdia L.

Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez.

*Correspondencia: Avellaneda 551, CABA (CP:1405). Tel: 4909-7532. E-mail: lucas.sanchez.oncologia@gmail.com

Introducción

El SPM constituye un heterogéneo grupo de tumores originados del tejido mesenquimático de la mama. Representa <1% de los cánceres de mama y <5% del total de sarcomas. El tamaño >5 cm se asocia a peor pronóstico. El pilar del tratamiento en la mayoría de los casos es la cirugía con adecuados márgenes de resección. Se ha observado una tendencia al aumento de sobrevida global con la radioterapia (RT) postoperatoria en SPM de gran tamaño o de alto grado. La quimioterapia adyuvante es controversial y su empleo surge de la extrapolación del manejo de sarcomas de partes blandas de otras localizaciones tales como el tronco y las extremidades.

Objetivos

1) Presentar dos casos clínicos con diagnóstico de SPM; 2) Revisar literatura relativa a SPM.

Resultados

Caso 1: Pte. femenina de 21 años con neoplasia fusocelular (biopsia tru-cut) operada en ene/16: Cirugía conservadora (CC) de mama izquierda (MI). AP: Sarcoma fusocelular con formación de osteoide tumoral de 5 cm. Grado 3 FNCLCC (GH3 IM3 NT1 = 7) pT1b pN0 G3 Estadio IIA (AJCC 7th ed, 2010). Márgenes libres (la mayoría a <1 cm). Previa derivación a psico-profilaxis quirúrgica, en abr/16: Mastectomía. AP: Sin lesión residual. Jul/16: RT 3D en lecho de mastectomía 60 Gy. Dic/16: Asesoramiento genético con secuenciación de TP53: Sin variante patogénica. Actualmente, en proceso de reconstrucción mamaria.

Caso 2: Pte. femenina de 33 años operada en may/17: CC de MI. AP: Sarcoma indiferenciado con IHQ vinculable a liposarcoma de 6.5 cm. Grado 3 FNCLCC (GH3 IM3 NT2 = 8). Margen posterior en contacto con lesión. pT2b pN0 G3 Estadio III (AJCC 7th ed.). En jul/17: Mastectomía. AP: Sin tumor residual. Realizó criopreservación de óvulos y 2 ciclos de doxorubicina 75 mg/m², ifosfamida 9 g/m² y MESNA (QT suspendida por episodio comicial). Dic/17: RT 3D en lecho de mastectomía 60 Gy. Abr/18: Inició apoyo psico-oncológico.

Conclusiones

El SPM es una entidad rara, cuyo tratamiento debe ser decidido en forma multidisciplinaria. Se presentan dos casos de SPM de alto grado sin recidiva a la actualidad.

#14

Evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con metástasis cerebrales tratados con radiocirugía estereotáctica versus radioterapia holocraneal convencional.

Spretz T.*, Larragueta N., Altamirano J., Bertoncini C., Bregains F.

Fundación Centro de Medicina Nuclear y Molecular Entre Ríos (CEMENER): Oro Verde, Entre Ríos, Argentina.

*Correspondencia: Camino de la Cuchilla 595, [CP:3100] Oro Verde, Entre Ríos, Argentina. Tel: (0343) 4079900 Int. 219. Cel: 3435040884. E-mail: tomas.spretz@cemener.org.ar

Introducción

Para pacientes con metástasis cerebrales existen dos posibles técnicas radioterápicas: la radioterapia holocraneal, en la que se irradia todo el sistema nervioso central contenido en el cráneo incluyendo el tejido microscópico no identificable mediante imágenes médicas, pero con mayor volumen de tejido sano irradiado; y la radiocirugía estereotáctica (SRS) en la que únicamente las metástasis son irradiadas, disminuyendo considerablemente la dosis sobre tejido nervioso no patológico. Se ha comprobado que las radiaciones ionizantes provocan secuelas sobre el sistema nervioso central, las cuales son mayores al aumentar el volumen irradiado y la dosis recibida. Son de especial interés los efectos perjudiciales sobre las funciones neurocognitivas, que tendrían su origen en necrosis neuronal y glial, desmielinización y alteraciones vasculares. Por ello, desde el punto de vista de estos efectos, la SRS parece estar en ventaja frente a la irradiación holocraneal. Sin embargo, en la República Argentina el tratamiento mayoritariamente aplicado en pacientes con metástasis cerebrales es el de holocraneal.

Objetivo

Proponer la realización de un estudio prospectivo que compare ambas técnicas de tratamiento radioterápico, incluyendo aspectos neurocognitivos y socioeconómicos, y discutir con expertos los puntos sobresalientes de la temática.

Población

Pacientes con metástasis cerebrales, con prescripción de radioterapia holocraneal.

Materiales y Métodos

Un grupo de pacientes recibirá el tratamiento prescripto y otro recibirá el tratamiento SRS. Se realizarán evaluaciones neurocognitivas pre y post tratamiento, teniendo en cuenta las recomendaciones hechas por la International Cognition and Cancer Task Force (ICCTF).

Resultados Esperados

Se espera determinar si existe correlación significativa entre tipo de tratamiento radioterápico recibido y magnitud de deterioro cognitivo, implicancias sociales, económicas y psicológicas asociadas a cada técnica.

#15

Biopsia cerebral estereotáxica, un procedimiento sencillo para resolución de casos oncológicos complejos.

Zaloff Dakoff J. M., Mazzón A. J., Moughty Cueto C., Escalante J., De Cristofaro O., Prost D., Luck M., Costantini P.
Intituto Oncologico Angel H. Roffo: CABA, Argentina.
Cel: 15-3042-7343. E-mail: zaloffdakof@gmail.com

Introducción

La biopsia cerebral estereotáxica es un procedimiento seguro y efectivo para lograr diagnóstico anatomopatológico de lesiones intracerebrales. Consiste en la localización tridimensional de sitios precisos del encéfalo utilizando un marco estereotáxico el cual se fija al cráneo, seguido por una tomografía en condiciones estereotáxicas con contraste para definir el blanco y la trayectoria de la canula de biopsia.

Caso Clínico

Se presenta un caso clínico donde la biopsia cerebral estereotáxica sirvió para definir el tratamiento a seguir por la paciente.

Femenina 42 años, cáncer de mama izquierdo, E IIB. ECOG 2, Karnofsky 80%, Disnea clase funcional III, Ingresa con diagnóstico de Aspergilosis pulmonar por cultivo de esputo positivo. En la Resonancia Nuclear Magnética de encéfalo se identifican 11 lesiones supra e infratentoriales sin edema perilesional y que realzan con el contraste endovenoso.

La controversia diagnóstica entre lesiones cerebrales múltiples tumorales o infecciosas nos lleva a indicar la realización de una biopsia cerebral estereotáxica para definir correcto tratamiento de la paciente.

Conclusiones

El principal interés de realizar una biopsia estereotáxica es obtener material suficiente para el diagnóstico histopatológico cuando el abordaje neuroquirúrgico clásico se considera inviable. La elección del blanco se basa en el área de mayor captación de contraste de la lesión, siguiendo una trayectoria que no produzca lesiones durante el abordaje. La evaluación anatomopatológica intraoperatoria mejora el porcentaje de diagnósticos positivos del procedimiento.

La confirmación diferida de la patología permitió dar a la paciente el tratamiento específico para su patología.

Conclusiones

El SPM es una entidad rara, cuyo tratamiento debe ser decidido en forma multidisciplinaria. Se presentan dos casos de SPM de alto grado sin recidiva a la actualidad.

#16

Tumor de músculo liso asociado a virus de Epstein-Barr en paciente HIV.

Juárez D., Elsner B., Aguirre Soledad, Fleischer E., Fleischer M., Ledesma J., Moyano M., Pedreira M., Rosselli G.

Cel: 11-6422-7547. E-mail: diegojuarez@dr.com

Se presenta trabajo un caso de Tumor de músculo liso asociado a Virus de Epstein-Barr (SMT) en un paciente con diagnóstico de HIV/SIDA en el Centro Médico Fleischer.

Esta entidad se reconoce en población con alteración en el sistema inmune (primaria o secundaria). Tres poblaciones que pueden presentar esta misma enfermedad a) Paciente HIV (la más frecuente) b) Post-trasplante c) Inmunodeficiencia congénita. La patogénesis de la enfermedad aun esta poco clara. Sin embargo, se sostiene que el paciente presenta una prima infección con el virus de EBV del fenotipo 2(B). El EBV emplea al receptor CD21 en la superficie de linfocitos B para su ingreso intracelular. Se fundamenta que las células tumorales expresan CD21 en los pacientes HIV+. Al momento del diagnóstico se reconocen múltiples focos sistémicos en lugar de una única lesión. Es de destacar que el análisis de estos distintos focos tumorales, evaluados por análisis moleculares de la región terminal del genoma del EBV, mostró la presencia de distintos clones sugiriendo que representan múltiples tumores primarios independientes y no metástasis de una única lesión primaria. Anatomía Patológica demuestra que las características histológicas EBV-SMC, no presenta una buena correlación con su comportamiento clínico. Desde el punto de vista molecular se reconoce dos puntos alterados: 1) Sobreexpresión MYC. 2) Alteración de la vía AKT/mTor, considerando que juega un papel fundamental en la proliferación celular.

El manejo terapéutico y pronóstico de esta entidad se observa que estadísticamente en los 3 subtipos poblacionales el análisis de supervivencia no muestra diferencias significativas. En la práctica clínica se observa peor pronóstico en pacientes con HIV. En estos últimos se procura cirugía y manejo de antirretrovirales dado que la principal causa de óbito es el cuadro infectológico que el oncológico. Con el advenimiento de la biología molecular que demuestra la alteración de la vía del mTOR/Akt en estos tumores se plantea el uso off-label de los blancos terapéuticos específicos Everolimus/Temsirolimus.

Caso Clínico

Paciente de 45 años de edad con diagnóstico de HIV desde hace 15 años, con tratamiento con antirretrovirales que presenta dolor lumbar de meses de evolución, en estudios de imágenes se evidencia lesión suprarrenal de probable origen neoplásico. Se toma biopsia con diagnóstico de Tumor de músculo liso asociado a HIV. Se solicita PET-TC para su estadificación y se reconoce múltiples lesiones en pulmón. Se inicia recientemente tratamiento de Temsirolimus con criterio off label apoyando dicha conducta terapéutica en que estos tipos de tumores presentan alteración en la vía del mTOR.

#17

Sarcoma cardiaco primario, propósito de un caso.

Rodríguez Torres S., Schavoskoy N., Imhof N., Sanchez R., Pini A., Batagelj E.

Servicio de Oncología. Hospital Militar Central: CABA, Argentina.

Introducción

Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, con una incidencia de 0,001- 0,033%. El 25% son de histología maligna, siendo los sarcomas los más frecuentes. Generalmente son asintomáticos o con escasos signos clínicos, los cuales se evidencian si presentan compromiso intracavitario, intramurales o de estructuras vecinas. El diagnóstico se puede realizar con ecocardiograma (transtorácico/ transesofágico), TAC/RMN. La gran mayoría son llevados a cirugía ante la sospecha de mixoma cardiaco. En el informe histológico se evidencia atipia o invasión. Su tratamiento no está claramente establecido, pero la mejor respuesta se ve en aquellos que la cirugía fue completa. Igualmente el pronóstico no es favorable en la mayoría de los casos.

Objetivos

Reportar caso clínico de Sarcoma Cardíaco Primario, analizar su forma de presentación, resolución y seguimiento.

Resultados

Paciente Femenina de 70 años, sin antecedentes personales de jerarquía, consulta hace un año, por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por episodios sincopales. En ECG ritmo irregular. En ecocardiograma se observa masa vegetante a nivel de aurícula izquierda de 4 x 3 x 2 cm de densidad heterogénea, sin obstrucción de la válvula mitral. Se realizó además tomografía de tórax, en la que informa la lesión ocupante de espacio a nivel de la aurícula izquierda. Se decide realizar cirugía, que evidenciando sarcoma pleomórfico indiferenciado (10% de matriz mixoide) de 4.1 x 3 x 2.6 cm, grado histológico 3, ubicación macroscópica profunda, sin invasión linfo-vascular, con margen de resección de la pared negativo, pT1. La inmunohistoquímica vimentina positivo, CD 34 negativo, CKAE1AE3 negativo, AML negativo, S100 negativo, CD45 negativo, Myo D1 Negativo, Ki67 30%. La paciente continuó en control, con PS 0, asintomática, actualmente en seguimiento cardiológico y oncológico.

Conclusiones

Sus síntomas son variables, escasos, y el diagnóstico suele ser un hallazgo, por lo que la resección quirúrgica total del tumor es difícilmente aplicable, ya que más del 80% tiene invasión de estructuras vecinas en el momento del diagnóstico. Nuestro propósito debe ser poner énfasis en la importancia de sospecharlo, debido a que puede modificar el pronóstico de éstos pacientes.

#18

Apoyo a pacientes oncológicos.

Cattenazzi L., Linardi M. C., Medina P., Gomez Martinez D., Sinic P., Sneider D.

Grupo Oncológico Interdisciplinario H. Penna. Hospital General de Agudos "Dr. Jose Maria Penna": CABA, Argentina.

Introducción

Los avances tecnológicos han producido cambios en la concepción del cáncer como una patología crónica que requiere acciones en corto, mediano y largo plazo. La Psicooncología, como una subespecialidad de la Oncología, fue desarrollada para posibilitar una mejor comprensión de los problemas que afectan a los pacientes y para mejorar la atención de los mismos, incluyendo aquellos que tienen su vida amenazada. El apoyo – tanto familiar como de los grupos convivientes y tratante – adquiere entonces suma importancia. A la luz de las transformaciones sociales del nuevo milenio, el propósito de nuestro trabajo fue investigar el tipo de apoyo con el que cuentan nuestros pacientes en su travesía del cáncer (J, Holland).

Objetivos

- 1º) Investigar el apoyo que reciben de su familia y/o grupo conviviente.
- 2º) investigar el apoyo de otros grupos (grupo tratante, grupo de apoyo y seguimiento entre otros).

Material y Método

Del 1/03/2018 al 1/06/2018, se realizaron entrevistas semidirigidas a pacientes oncológicos en Sala de Espera de Consultorios Externos y Hospital de Día. Se indagó sexo, edad, procedencia, patología, momento del tratamiento, familia, con quien pueden contar en situación de urgencia, si conocen a los profesionales del grupo tratante, si han recibido tratamiento psicológico, si conocen grupos de ayuda y si han concurrido a los mismos.

Resultados

Se entrevistaron a 105 pacientes: 91(87%) mujeres y 14(13%) varones; Procedencia: 55(52%) residían en el Conurbano bonaerense, 47(45%) en Ciudad de Bs. As., 3(3%) concurrían desde distintos países limítrofes a realizar tratamiento. El grupo etéreo más importante (de 50 a 69 años) fue de 55(52%) pacientes. Con respecto al estado civil, el grupo de casados contó con 38(36%) pacientes; la sumatoria entre solteros, separados y viudos contó con 67(64%) pacientes. En relación al apoyo familiar, pacientes que contaban con sus hijos, 45(43%); con el esposo, 28(27%); con otros integrantes del grupo conviviente y vecinos, 26(24%). Solo uno señaló que no contaba con nadie. Del total de pacientes, sólo 3(3%) pacientes (del sexo masculino) no conocían a su grupo tratante y 37(35%) habían recibido atención psicológica en algún momento del tratamiento. Concurrían o habían concurrido a algún grupo de apoyo, 19(18%) pacientes.

Conclusiones

La investigación reafirmó la importancia de la familia como apoyo de los pacientes, destacándose el predominio de los hijos. Personalizar a los integrantes del grupo tratante en un alto porcentaje permitió establecer un contacto de apoyo importante en la calidad de atención. Los resultados obtenidos proporcionaron recursos para promover la asistencia emocional de los pacientes tanto en lo individual y como en lo grupal.

#19

Transfusión sanguínea en oncología paliativa ¿cuándo, cómo, dónde y por qué? Relato de experiencias.

Amaro F., Arena A., Báez L., Dolcemelo L., Escobar García A., González Palacios C.*, Negri L., Ottaviani M., Spadavecchia G.
Clínica Privada del Carmen: Rivadavia 585, Zarate, Buenos Aires [CP:2800]. Tel: 03487422565. E-mail: info@clinicadelcarmen.com.ar
*Correspondencia: E-mail: carlosqus76@gmail.com. Cel: 011-4037-0274.
Palabras clave: oncología, cuidados paliativos, anemia, transfusión sanguínea.

Introducción

La anemia es la citopenia más frecuente en pacientes oncológicos en etapa paliativa, hasta un 50% de los pacientes la tendrán en algún momento de su enfermedad. Al considerar la necesidad de transfusión sanguínea deben de tomarse en cuenta: el momento de la transfusión, los niveles de hemoglobina (Hb menor de 7 g/dl), la expectativa de vida, el grado de mejoría clínica y las complicaciones. Se recomienda limitar las transfusiones, ya que éstas no son con fines curativos. Cuando sean necesarias para disminuir síntomas de anemia, deberán de limitarse al mínimo número necesario para proveer un confort.

Objetivo

Analizar la utilidad de la transfusión sanguínea en pacientes oncológicos paliativos. Establecer criterios para indicación oportuna.

Diagnóstico de Situación Previa

La transfusión no es una circunstancia excepcional en un contexto de cuidados paliativos, sin embargo, existe poca literatura dedicada al tema.

Actividades o desarrollo de la Experiencia

Se analizan dos pacientes: Caso 1)- Paciente L.F. de 59 años con carcinoma colorrectal en estadio IV con metástasis hepáticas múltiples. Caso 2)- Paciente B.M. de 60 años con carcinoma de tercio medio de esófago en estadio IV.

Resultados

Caso 1: proctorragia asociada a síndrome anémico sintomático interpretado como secundaria a pérdida hemática. Se decide transfundir 2 unidades de glóbulos rojos. Presenta hiperbilirrubinemia secundaria disfunción hepatocitaria por metástasis, por lo que se decide suspender transfusión ya que la misma no tenía fines curativos.

Caso 2: síndrome anémico sintomático interpretado como secundaria al tratamiento oncoespecífico. Se decide transfundir 2 unidades de glóbulos rojos con buena tolerancia.

Evaluación

La decisión de cuándo transfundir a un paciente en el final de la vida se debe de tomar individualizando cada caso en particular.

#20

Estrategias de tratamiento radiante en paciente con mesotelioma maligno operado.

Bertoncini C.*, Karavokiris A., Bregains F.

Fundación Centro de Medicina Nuclear y Molecular Entre Ríos (CEMENER), Oro Verde, Entre Ríos, Argentina.

*Correspondencia: Camino de la Cuchilla 595, [CP:3100] Oro Verde, Entre Ríos, Argentina. Teléfono: (0343) 4079900 Int. 217.

E-Mail: cintia.bertoncini@cemener.org.ar

Introducción

El mesotelioma maligno pleural (MMP), es un tumor poco frecuente y de difícil tratamiento por su comportamiento local agresivo, presentando una sobrevida global de meses. Existen controversias en el tratamiento adecuado, sin embargo estudios recientes han demostrado que el abordaje trimodal (cirugía-quimioterapia-radioterapia) genera una mejora en el control local y la sobrevida. La cirugía propuesta es la pleurectomía y decorticación. La radioterapia adyuvante (RT) a la cavidad del tórax ha demostrado aumentar el control local y la sobrevida.

La RT constituye un gran desafío debiendo irradiar el hemitorax ipsilateral completo (gran volumen) con numerosas estructuras críticas adyacentes (pulmones, corazón, esófago, columna, hígado, riñones) limitando la dosis a entregar. Para abordar este desafío es conveniente aplicar modernas técnicas radiantes, modulando la intensidad del campo y verificando la posición del paciente mediante imágenes.

Objetivos

Transmitir nuestra experiencia a través de un caso clínico de un paciente utilizando tecnología y estrategias de última generación. Discutir las planificaciones realizadas y la correlación con la toxicidad desarrollada.

Población

Paciente femenino de 67 años con diagnóstico de MMP estadificado como: T2N0M0G2, operada con una pleurectomía/decorticación e irradiada en adyuvancia en nuestro servicio de radioterapia.

Evaluación

Con el objetivo de preservar al máximo el parénquima pulmonar ipsilateral y contralateral se han evaluado diferentes modalidades de tratamiento radiante. Se discutirá durante la exposición, los planes realizados y se intercambiarán opiniones con el público concurrente en planificación, aplicación y tratamiento de estos pacientes de modo de evaluar el objetivo inicial que nos propusimos, que es el de obtener un aceptable volumen en la capacidad vital de la espirometría del paciente.

#21

Mutación EGFR y traslocación ALK concurrente en cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado: reporte de caso.

Flores J., Ibarra J., Sola A., Prinsipe R.

Autor Principal: Flores Joel. COIR: Montecaseros 1020 [CP:5500] Ciudad Mendoza, Argentina.

Tel: 425-2575. Cel: 15-460-9003. E-mail: rjoelflores@gmail.com y coir@coir.org.ar

Introducción

La evidencia empírica sugería que la presencia de las mutaciones oncogénicas en NSCLC eran mutuamente independientes. Sin embargo, estudios recientes revelan que mutaciones concomitantes de EGFR y el reordenamiento de ALK pueden ocurrir en un subgrupo de pacientes. Se han descrito mutaciones activadoras de EGFR en 10-15% de los pacientes caucásicos y en 40% de los asiáticos; y reordenamiento de ALK en 3-7% de pacientes caucásicos; siendo desconocida la incidencia de mutaciones concomitantes.

Caso Clínico

Mujer de 59 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón, T2N1M0. EGFR mutado exón 19, EML4/ALK traslocado. Inicia neoadyuvancia cisplatino premetrexed por 4 ciclos, cirugía (ypT2 pN2), y consolidación con 2 ciclos más. Se indica tratamiento de mantenimiento con premetrexed, que la paciente no realiza. Reconsulta 16 meses después con progresión de enfermedad ganglionar mediastínica y pulmonar. Inicia crizotinib por 3 ciclos, con progresión de enfermedad ganglionar. Continúa con gefitinib por 18 meses. En controles se evidencia oligoprogresión mediastínica, realiza RT local 50 Gy, sin suspensión de gefitinib. Seis meses posteriores se evidencia progresión ósea costal única, que realiza tratamiento radiante, manteniendo gefitinib. La paciente se encuentra en buena evolución y con enfermedad estable.

Discusión

Los algoritmos iniciales sugeridos propusieron detectar mutaciones de EGFR seguidas de ALK, solo si EGFR no presentaba alteraciones. Sin embargo, un mayor número de observaciones posteriores demostró que la presencia concomitante de reordenamientos ALK y mutaciones EGFR es poco frecuente pero no irrelevante. Entonces, en este momento, este algoritmo de diagnóstico no puede considerarse el estándar de oro.

Conclusiones

Este es un caso poco frecuente, con mutación EGFR y ALK concurrente de novo. No se obtuvo beneficio clínico usando inhibidor ALK en este caso, esto pone de manifiesto que los pacientes con NSCLC con ambas mutaciones pueden tener características clínicas diferentes, y las terapias dirigidas podrían tener una actividad modesta. La elección terapéutica para los pacientes con más de una mutación no está clara. Se necesita una mayor comprensión de la biología molecular del cáncer de pulmón e información de biomarcadores para tratamiento dirigido cuando coexisten ambas alteraciones.

#22

La cirugía de rescate de masa residual en tumores de células germinales testiculares (TCGT) evaluación de resultados en un hospital público.

Pawelkowski Yesica¹, Carmona Federico¹, Nacuzzi Gabriela¹, Sarabia Eduardo¹, Gennari Luciana¹, Graziano Claudio², Galmes Miguel³, Spizzamiglio Néstor, Belinsky Javier², Jankilevich Gustavo¹.

¹Sección Oncología - Hospital Carlos G. Durand. ²División de Urología - Hospital Carlos G. Durand. ³Servicio de Cirugía Torácica - Hospital Carlos G. Durand, CABA, Argentina.

Introducción

La cirugía de rescate de masas residuales representa una parte integral del tratamiento multimodal de los pacientes con tumores de células germinales testiculares (TCGT) sometidos a tratamiento quimioterápico. El tumor testicular es una patología curable cuyo manejo es multidisciplinario y debe ser tratada en centros de referencia.

Objetivos

Evaluar la factibilidad y resultados de cirugía de masas residuales (CMR) como estrategia terapéutica en TCGT.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo basado en el análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TCGT sometidos a CMR atendidos en los servicios de Urología, Cirugía Torácica y Oncología del Hospital Durand entre el 2005 al 2017.

Evaluación

Se analizaron 173 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TCGT, de los cuales 21 pacientes fueron sometidos a CMR. Mediana de edad: 32 años (rango: 21 – 49). Histología del tumor primario: 15 (70%) no seminoma y 6 (30%) seminoma. Sitio de masa residual: 13 pacientes (60%) retroperitoneal, 4 pacientes (20%) pulmonar/mediastinal, 2 pacientes (10%) retroperitoneal y pulmonar, un paciente supraclavicular (5%) y un paciente inguinal (5%). La CMR se realizó tras recibir primera línea de tratamiento estándar en 18 pacientes (77%) y en 3 tras 2ª línea.

En el total de los pacientes se logró la resección total de la masa residual.

El análisis anatomopatológico: necrosis/fibrosis: 50%, teratoma:30%, tumor viable:10%, cistoadenoma papilar 5% y linfangioma 5%.

Los 19 pacientes sin tumor viable están libres de enfermedad sin recaídas. De los 2 pacientes con tumor viable realizaron tratamiento quimioterápico posterior y uno falleció.

La mediana de supervivencia fue de 9.3 años, rango (1.8 años a 18 años).

No se registraron muertes por el procedimiento quirúrgico.

Conclusión

La cirugía de rescate de masas residuales después de la quimioterapia es parte de nuestra estrategia de tratamiento siendo factible y seguro en un hospital público. En el 40% de nuestros pacientes los hallazgos histológicos evidenciaron enfermedad viable o teratoma. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo, son similares a los reportados en la literatura de centros de referencia.

#23

Correlación entre antígeno prostático específico y valor de captación estandarizado de 18 F colina PET-TC en recaída bioquímica de cáncer de próstata.

Ávila Ordóñez C.¹, Sánchez J.², De Luca S.³.

¹Médico Concurrente en el servicio oncología clínica Hospital Ramos Mejía. ²Médico Radiólogo. Ex Fellow Imágenes Oncológicas Hospital Alemán. ³Jefa del Servicio de Tomografía Hospital Alemán.

Introducción

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en varones. La terapéutica incluye: prostatectomía parcial (PP) radical (PR), radioterapia (externa RT), braquiterapia (BT) o bloqueo androgénico completo (BAC). El control se hace con dosaje de PSA. Recaída bioquímica es el incremento de PSA ≥ 0.2 ng/ml o elevación en 2 ng/ml sobre el nadir dependiendo del tratamiento usado. La utilidad del 18F Colina PET TC es evaluar el compromiso locorregional y sistémico luego de la misma.

Objetivos

Estimar el grado de correlación entre la recaída bioquímica y la captación de SUV; mediana de edad; distribución frecuencia de tratamientos previos, mediana de PSA y tiempo libre de recaída según el PSA y captación de SUV.

Población

Pacientes con cáncer de próstata y recaída bioquímica evaluados con 18FC PET TC. Hospital Alemán entre junio del 2009 a abril del 2018.

Material y Métodos

Estudio exploratorio, 52 pacientes Grupo Casos (GC) con captación positiva de SUV y 13 para Grupo Testigo (GT) sin captación; las imágenes se obtuvieron en un equipo híbrido PET TC Siemens Biograph 16. Para el análisis estadístico se usaron el Test de student, test de Mann-Whitney, curvas de Kaplan-Meier y coeficiente de correlación de Spearman rho con el paquete estadístico Medcalc 11.1.

Resultados

Correlación significativa entre PSA y SUV $\rho = 0.351$ (IC95% 0,0861 a 0,569; $p = 0.0123$), las lesiones óseas múltiples se asocian con valores mayores de PSA que las de tejidos blandos ($p = 0.007$). Mediana de edad GC 75 años, GT 71 años. Tratamientos previos usados: el más frecuente fue RT 71,2% en GC y PR 69,2% en GT, la combinación más usada fue BAC+RT en GC 15,4% y PP+RT 15,4% en GT. Mediana PSA en GC 6 ng/ml (IC 95% :4,44 a 8,40) en GT 0.80 ng/ml (IC 95%:0.07 a 1,64). Mediana de tiempo libre de recaída por SUV en GC 57,7 meses.

Conclusiones

La correlación entre PSA y SUV resultó estadísticamente significativa. El PSA fue más alto en pacientes con lesiones óseas múltiples. La prostatectomía y la radioterapia fueron los tratamientos más usados en la serie. La mediana: de edades fue 74 años; la mediana del tiempo libre de recaída fue 57.7 meses para el GC.

#24

Biopsia transperineal versus transrectal de próstata. Análisis de resultados y complicaciones.

Rico L., Contreras P., Villasante N. L., Ríos Pita H., Vitagliano G., Ameri C.

Servicio de Urología - Hospital Alemán. Buenos Aires.

Introducción

El objetivo de este estudio es comparar los resultados y complicaciones postoperatorias obtenidos utilizando biopsia transrectal (BpTR) y biopsia prostática transperineal (BpTP) con o sin resonancia multiparamétrica previa (RMNp).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, analizando todas las biopsias prostáticas realizadas entre 2011 y 2016. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos. Grupo 1, pacientes en los cuales se les realizó una BpTR sin (RMNp) previa. Grupo 2, BpTR + RMNp (se realizó una biopsia standard + biopsia del área sospechosa dirigida por estimación visual. Grupo 3, BpTP con RMNp previa. Grupo 4, BpTP sin RMNp previa. Se analizó la aparición de tumores con un score de Gleason ≥ 7 y la tasa de complicaciones postoperatorias, infección urinaria (ITU) y retención aguda de orina (RAO).

Resultados

Se evaluaron un total de 589 pacientes. Grupo 1, 357 pacientes, presentaron un porcentaje de positividad en la anatomía patológica final del 57%, siendo tumores con un score Gleason ≥ 7 del 28.8%. Grupo 2, 149 pacientes, positividad en la anatomía patológica final del 57.7% y 41.9% de tumores score Gleason ≥ 7 . Grupo 3, 62 pacientes, positividad en la anatomía patológica final del 62.9% y un porcentaje de tumores score Gleason ≥ 7 del 71.7%. Grupo 4, positividad de la anatomía patológica del 48.5% y un porcentaje de tumores score Gleason ≥ 7 del 68.75%.

Se compararon las vías de abordaje, enfrentando los resultados obtenidos de BpTP vs BpTR tanto si presentaban o no RMNp previa. BpTR sin RMNp y BpTP sin RMNp $p = 0.003$. Al analizar BpTP y BpTR con RMNp. $p = 0.003$.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, la BpTP presentó menor porcentaje de ITU o RAO 6,72 % y 3,95 % respectivamente, la BpTP 1,86% y 1,24 % ($p=0.0247$).

Conclusión

En este estudio retrospectivo las biopsias prostáticas por vía transperineal permitieron hallar un número significativamente mayor de tumores prostáticos con score de Gleason ≥ 7 que el abordaje transrectal, con o sin RMNp previa. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, las BpTP presentaron un menor porcentaje, siendo significativas cuando se compararon las infecciones del tracto urinario.

#25

Melanoma coroideo metastásico - Reporte de caso.

Flores J., Aguil G., Ibarra J., Sola A Prinsipe R.

Autor Principal: Flores Joel. COIR: Montecaseros 1020 [CP:5500] Ciudad Mendoza, Argentina.

Tel: 425-2575. Cel: 15-460-9003. E-mail: rjoelflores@gmail.com y coir@coir.org.ar

Introducción

Reportar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de melanoma coroideo, por ser una entidad poco frecuente, que en estadios temprano tiene alta chance curativa, pero en estadios avanzados el pronóstico es mínima.

Caso Clínico

Paciente femenina de 67 años, que consulta en Junio del 2012 por molestias oculares realiza ecografía ocular donde se evidencia patrón ecográfico de melanoma, por lo que se realiza biopsia que informa: Melanoma coroideo de ojo izquierdo, realizo tratamiento de radioterapia local intraocular con placa de oro 198.

En RMN de control de diciembre del 2014 presenta 4 metástasis hepáticas, realizo quimioembolización, la primera el 20-02-2015 y las segunda el 05-06-2015.

En agosto del 2015, presenta progresión ganglionar supraclavicular, se solicita PET-CT para estadificación evidenciándose progresión pulmonar, retroperitoneal y hepática, realizó quimioterapia con esquema Dacarbacina por 3 ciclos, con progresión a nivel ganglionar.

Se presenta en comité de tumores en el cual se decide tratamiento con Temozolamida por 3 ciclos con respuesta parcial, por demora por la obra social realizo tratamiento de radioterapia cervical, PET CT de control se evidencia progresión de enfermedad.

Ante la falta de evidencia se decide realizar quimioterapia con Carboplatino más Paclitaxel por tres ciclos. Ante la progresión se indica Imatinib 400 mg VO la cual realizo por 1 mes (no tolerado por la paciente). Se habla con la paciente y familiares y se decide continuar solo con cuidados paliativos la cual se encontraba hasta enero del 2018, falleciendo en febrero del mismo.

Conclusiones

Presentamos el caso clínico poco frecuente en el que se llego al diagnostico de forma incidental, a pesar de realizar tratamiento local, cuando presento progresión de enfermedad fue refractario a los tratamientos. La supervivencia de la paciente fue aproximadamente de 5 años y medio. El diagnóstico del melanoma coroideo requiere de una alta pericia del médico, es destacable la cantidad de casos que desarrollan metástasis, lo cual pone en evidencia la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, el abordaje y vigilancia del paciente debe hacerse por un grupo interdisciplinario de profesionales, cuyos esfuerzos se dirijan a maximizar la conservación del ojo y evitar la metástasis del tumor.

#26

Efectos colaterales del tratamiento oncológico sobre la calidad de vida de pacientes veterinarios.

Turturro M.*, Zapata S., Pereyra S., Klos L., Schleh M., Cicero V.

Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Veterinarias, UBA: CABA, Argentina. E-mail: dirhosp@fvvet.uba.ar.

*Correspondencia: Migueletes 680 2ª, [CP:1426] CABA. Cel : 11-6820-3394. E-mail: mary_turturro@hotmail.com

Introducción

En medicina veterinaria, se utiliza el término de “atención compasiva” del paciente. Esto significa que el tratamiento jamás debe ir en detrimento de la calidad de vida. Si bien las drogas oncológicas producen una elevada cantidad de efectos colaterales indeseables, la frecuencia de presentación en animales es baja.

Objetivos

El presente trabajo intenta determinar el efecto negativo del tratamiento oncológico sobre la calidad de vida del paciente. Con dichos resultados se espera tener una herramienta más que nos permita desterrar los mitos existentes en torno a la quimioterapia.

Materiales y Métodos

Se realizó un cuestionario de 9 preguntas cerradas sobre una muestra de 100 casos; 81 perros, 18 gatos y 1 hurón, atendidos en el hospital escuela de la Facultad de Cs Veterinarias de la UBA y dos clínicas privadas durante el 2017 y 2018. La misma se dividió en dos partes: en la primera se elaboraron 7 preguntas, con un puntaje del 1 al 5, referentes al bienestar físico y mental del paciente, y en la segunda se buscó evaluar la percepción del propietario en torno a la salud general de su mascota, tanto antes como durante el tratamiento, y a su decisión de llevar a cabo el mismo.

Resultados

En la primera parte del cuestionario, el 58% respondió que sus mascotas tuvieron una muy buena calidad de vida durante el tratamiento, 33% que fue buena, 5% que fue regular, y sólo el 4% observó una mala calidad de vida. En la segunda parte, con respecto a la salud general antes de iniciar el tratamiento, el 21% respondió que su mascota estaba peor, 45% igual, 10% mejor, y 24% aceptable; con respecto a su salud durante el tratamiento, el 3% la consideró peor, el 33% igual, el 23% aceptable, y el 41% observó una mejoría. Finalmente, todos se mostraron satisfechos con la decisión de haber realizado el tratamiento.

Conclusión

Pese a que las drogas oncológicas tienen un elevado número de efectos colaterales perjudiciales, en el presente trabajo se puede observar que dichos efectos no suelen presentarse con la magnitud ni la frecuencia esperada. En la mayoría de los casos, la calidad de vida mejora y esto es observado por los propietarios. Se espera que este trabajo ayude a desmitificar los prejuicios que existen sobre la quimioterapia en pacientes veterinarios y cada vez sean más los profesionales y propietarios que acepten realizar el tratamiento.

#27

Influencia de la terapia anti estrógenos en la enfermedad periodontal en pacientes con cáncer de mama.

Bálsamo M. F., Perez C., Jewtuchowicz V., Brusca M. I.

Centro Médico Austral OMI - Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas.

Introducción

Las manifestaciones bucales de las variaciones hormonales normales durante las diversas etapas en el desarrollo del individuo se expresan también en el periodonto, que es uno de los órganos blanco para la acción de las hormonas esteroideas.

Objetivo

Determinar la influencia de la hormonoterapia en la prevalencia de la enfermedad periodontal y presencia de *Candida* a través de la evaluación de la ingesta de Tamoxifeno como antiestrógeno en mujeres en tratamiento por cáncer de mama.

Materiales y Métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal. Se incluyeron 64 pacientes peri-menopáusicas que concurrieron al Centro Médico Austral OMI, y al Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas. Se formaron los siguientes grupos: Grupo 1, con un N = 16: pacientes con cáncer de mama diagnosticado, tratadas con Tamoxifeno durante menos de 1 año. Grupo 2, con un N = 16: pacientes con cáncer de mama diagnosticado, tratadas con Tamoxifeno durante 1 a 2 años. Grupo 3, con un N = 16: pacientes con cáncer de mama diagnosticado, tratadas con Tamoxifeno durante 2 a 5 años. Grupo 4, con un N = 16: pacientes con cáncer de mama diagnosticado, que han finalizado su tratamiento con Tamoxifeno. Se les hizo firmar el consentimiento informado. Se les tomó índices periodontales y un hisopado de mucosas bucales. Se realizaron estudios microbiológicos convencionales para anaerobios presentes en cavidad bucal en pacientes periodontales y especies de *Candida*.

Resultados

Los hallazgos microbiológicos mostraron que una mayor variedad de especies de *Candida* fueron aisladas en pacientes que consumieron la droga durante los dos primeros años (*C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.parapsilosis*, *C.dubliniensis*, *C.glabrata*) y fueron acompañadas por aislamiento de *P.gingivalis* y *P.intermedia*. Sólo se aislaron 2 especies en aquellas pacientes que consumieron la droga por más de 2 años o en aquellas que han terminado el tratamiento. El lapso y en la ingesta del Tamoxifeno influyó en el estado periodontal. Las pacientes que consumieron la droga durante los dos primeros años (Grupo 1 y 2) mostraron una alta incidencia de periodontitis leve moderada y grave. Las pacientes que consumieron la droga más de dos años (Grupo 3) y aquellas que han terminado el tratamiento (Grupo 4), mostraron una tendencia decreciente de periodontitis moderada y grave y una alta incidencia de salud gingival y periodontitis leve.

Conclusiones

Este trabajo coincide con trabajos preliminares de éste grupo de investigación. A mayor antigüedad de consumo de la droga existe una tendencia creciente para la categoría "salud gingival".

Notas

Agradecemos a quienes nos acompañan
en la realización de nuestro proyecto académico

PLATINO



ORO



PLATA



COLABORADORES





Sociedad Argentina
de Cancerología
Asociación Civil

SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGÍA - ASOCIACIÓN CIVIL

Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Bs. As. - Argentina

sec.cancerologia@gmail.com

www.socargcancer.org.ar