

Pulmón

L-1

EFICACIA DE LA QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA Y METÁSTASIS CEREBRALES SINCRÓNICAS AL DIAGNÓSTICO

O. Gallego, C. Pallares, N. Farre, G. Gómez de Segura, G. Carrera, R. Marse, R. Villanueva, J. Capdevila, R. Guardado y R. Nadal

Servicio de Oncología Médica y Radioterápica. Hospital de San Pablo. Barcelona.

Introducción y objetivos. Aunque la quimioterapia no se considera todavía un tratamiento estándar para los pacientes afectados de cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) y metástasis cerebrales sincrónicas al diagnóstico, la quimioterapia puede beneficiar a este grupo de enfermos.

Materiales. Estudio observacional de 20 pacientes diagnosticados en 5 años en nuestro servicio. Se describe la muestra y la supervivencia (con o sin quimioterapia). La muestra consta de 20 pacientes (9 adenocarcinomas, 10 ca. cel. grandes, 1 ca. escamoso). La edad media de los pacientes fue de 55 años. El ECOG era de 0-2 en 18 pacientes y de 3 en 2. Fueron tratados 15 pacientes con 5 ciclos de quimioterapia (esquema CDDP-GEM 14 casos y 1 CBDCA-GEM) seguidos de radioterapia (RT) holocraneal. Cinco pacientes fueron tratados sólo con RT. La RT consistió en una dosis de 30 Gy holocraneal.

Resultados. La respuesta alcanzada del tumor extracraneal fue del 33%. En cuanto las lesiones cerebrales (en la mayoría de casos eran múltiples) el índice de respuesta y estabilizaciones fue del 70%. La mediana de supervivencia de los pacientes tratados con QT+RT es de 10 meses (28% de supervivientes al año, resultados similares a otras series de CPNCP estadio IV sin metástasis cerebrales). Los enfermos tratados sólo con RT tuvieron una supervivencia media de 2,5 meses. El patrón de progresión extracraneal aconteció en el 73% de los casos, mientras que el agravamiento y progresión del estatus neurológico ocurrió en el 27%.

Conclusiones. La quimioterapia sistémica es efectiva (en pacientes con buen estado general) para aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida en pacientes afectados de CPNCP con metástasis cerebrales sincrónicas al diagnóstico. La progresión extracraneal es la principal causa de fracaso en este tipo de pacientes.

L-2

ENSAYO FASE II DE TRATAMIENTO SECUENCIAL CON CISPLATINO-GEMCITABINA SEGUIDO DE PACLITAXEL SEMANAL EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PULMÓN AVANZADO

F. Losa, C. Mesía, M. Doménech, L. Heras, I. Español, J. Pérez-Oleguer, A. Miguel, M. Gay, V. Martínez y J. Janariz
H. General de L'Hospitalet, H. del Mar, H. General de Manresa, H. General de Vic. ACROSS (Associació Catalana per a la Recerca Oncològica i les seves implicacions Sanitàries i Socials).

Introducción y objetivos. Demostrar una supervivencia libre de progresión de por lo menos 7 meses, en los pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) estadios IIIB o IV, mediante la administración de un régimen secuencial de paclitaxel semanal.

Materiales. Entre octubre de 2003 y febrero de 2005, fueron reclutados 33 pacientes de entre 38 y 74 años (mediana 61). El tratamiento consistió en una combinación de cisplatino + gemcitabina (CIS-GEM): cisplatino 80 mg/m² iv el día 1 y gemcitabina 1.250 mg/m² iv los días 1 y 8, cada 21 días, por un total de 4 ciclos. Aquellos pacientes con estabilización y/o respuesta, continuaban con paclitaxel 80 mg/m² durante 12 semanas. Las respuestas se evaluaron según el RECIST.

Resultados. En el momento actual disponemos de 25 pacientes evaluables. La toxicidad más importante durante el tratamiento inicial con CIS-GEM fue hematológica: neutropenia GIII-IV (32%) y plaquetopenia GIII-IV (16%). Las toxicidades durante el tratamiento secuencial fueron la plaquetopenia GIII (15%) y la neuropatía periférica GI-II (6%). El resto de toxicidades fueron poco relevantes e inferiores al 5%. Los datos sobre respuesta disponibles son, para la fase de CIS-GEM: 1 RC (4%), 12 RP (48%), 7 EE (28%) y 6 PR (24%); y para la fase de tratamiento secuencial: 5 RP (33%), 7 EE (47%) y 3 PR (20%). Con una mediana de 10 meses de seguimiento, la supervivencia libre de progresión es de 6,5+ m. y la supervivencia global de 7,5+ m.

Conclusiones. La administración secuencial de paclitaxel a las dosis referidas, tras 4 ciclos de quimioterapia con CIS-GEM, se muestra activa en el CPNCP, consiguiéndose en este estudio una supervivencia libre de progresión superior a 6 meses. La toxicidad del tratamiento secuencial es aceptable, destacando una toxicidad hematológica aceptable y una neurotoxicidad leve. De confirmarse estos datos, unidos a un cómodo perfil de toxicidad, sitúan a esta estrategia como válida para el tratamiento del CPNCP avanzado.

L-3

ESTUDIO PILOTO CON UNA COMBINACIÓN DE CARBOPLATINO (P), ETOPOSIDO (E), PACLITAXEL (T) Y RADIOTERAPIA (RT) CONCOMITANTE EN PACIENTES CON CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN Y ENFERMEDAD LIMITADA (CPM-EL)

R. Lastra del Prado, D. Isla Casado, R. Lara López, M.^aE. Ortega Izquierdo, E. Aguirre Ortega, J. Lambea Sorrosal, J.I. Mayordomo Cámara, R. Andrés Conejero, P. Escudero Emperador y A. Tres Sánchez

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos. Valorar la tolerancia y eficacia de la combinación PE con un tercer fármaco T, concomitante con RT en pacientes (p) con CPM-EL y buen PS.

Materiales. Desde julio-99 a octubre-03 se incluyen 21 p. El esquema de tratamiento consistió en 4 ciclos de C (AUC:5) iv día 1, E 80 mg/m² iv días 1-3 y P 175 mg/m² iv en 3 h. día 1, ciclos cada 21 días. Se administra RT torácica dosis total 45 Gy/26 fracciones concomitante con QT a partir del segundo ciclo, y RT holocraneal profiláctica dosis total 30 Gy/10 fracciones si se obtiene respuesta completa (RC) tras finalizar el tratamiento.

Resultados. Edad media: 66 años (intervalo 42-80), sexo: varones 20 p., PS 0 3 p. (14%), y 1 18 p. (86%). Ciclos administrados: 84 (med. de 4). Tasa de respuesta global: 95% (IC 95%: 19,07-20,93), RC 15 p. (71%), RP 5 p. (24%), EE 0 p. (0%), PR 1 p. (5%). La mediana de supervivencia global fue de 21,5 m. La mediana del tiempo hasta progresión fue de 13,7 m. La mediana de seguimiento fue 15,7 m. (intervalo, 1,5-46 m.). Toxicidad (grado 3-4): neutropenia 9 p. (42%), fiebre neutro-

pénica 5 p. (25%), esofagitis 4 p. (19%), diarrea 1 p. (5%), neurotoxicidad periférica (grado 2) 8 p. (38%). La intensidad de dosis fue satisfactoria. Se administró 2.^a línea de QT en 9 p.: 8 p. con gemcitabina/CPT-11 y 1 p. con gemcitabina/T.

Conclusiones. En este estudio piloto la asociación de T con PE concomitante con RT en CPM-EL determina una eficacia y tolerancia satisfactorias, pero no muy diferentes a los resultados habituales. En la actualidad, al no haberse demostrado beneficio, no suele contemplarse esta opción terapéutica.

L-4

TAXOL SEMANAL EN SEGUNDA-TERCERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN AVANZADO: ESTUDIO PRAGMÁTICO

C. Caballero Díaz, J. Garde Noguera, A. Juárez Marroquí, V. Iranzo González-Cruz, J. Gavilá Gregori, A. Blasco Cordellat, A. Berrocal Jaime, M.^aJ. Safont Aguilera, M.^aC. Godes de Bremond y C. Camps Herrero
Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos. Evaluar la eficacia y toxicidad del esquema taxol semanal como segunda o tercera línea de tratamiento quimioterápico en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico avanzado en nuestro hospital, en condiciones estándar de utilización.

Materiales. Treinta y siete pacientes que recibieron tratamiento quimioterápico con esquema taxol semanal (60-80 mg/m²) fueron evaluados. El tratamiento se administró hasta progresión de enfermedad, toxicidad inaceptable o muerte. Los objetivos primarios fueron la tasa de respuesta, control sintomático (disnea, astenia y dolor), la supervivencia global, el tiempo hasta la progresión (TTP) y la toxicidad.

Resultados. La mediana del número de ciclos fue de 5 (rango 1-11). La tasa de respuestas objetivas fue del 8%, enfermedad estable 27% y progresión de enfermedad en 62% de los pacientes. La administración de 3 ciclos de tratamiento consiguió reducir (según criterios WHO) la disnea y astenia de 38% y 43% hasta 13,5% y 8,1%. La frecuencia de dolor moderado y severo (EVA 3-8) se redujo del 35,1 frente al 24,3% de los pacientes. La mediana de supervivencia global fue de 38 semanas y el TTP de 12 semanas. El tratamiento fue bien tolerado, las toxicidades hematológicas más frecuentes fueron anemia grado 2-3 (30%) y neutropenia grado 3 (8%). La neuropatía periférica fue la toxicidad no hematológica más común apareciendo 41% de los pacientes con grados 1-2.

Conclusiones. Hemos comprobado que el esquema con taxol semanal es efectivo (bien tolerado y activo) como segunda-tercera línea de quimioterapia en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón localmente avanzado y metastásico, mejorando la sintomatología de los mismos.

L-5

CISPLATINO MÁS GEMCITABINA A VELOCIDAD DE INFUSIÓN CONSTANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO. UN ESTUDIO EXPLORATORIO

R. Sánchez-Escribano Morcuende, J.E. Alés Martínez, S. Hernández Hernando y P. Aramburo González
Hospital Ruber Internacional.

Introducción y objetivos. La combinación de cisplatino (C) y gemcitabina (G) es uno de los tratamientos basados en platino más efectivos para el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado. Una estrategia para mejorar los resultados actuales (tasas de respuesta entre el 32 y el 41% y tasas de supervivencia al año entre el 33% y el 39%) es introducir los conocimientos derivados de un mejor conocimiento de los mecanismos de acción y propiedades farmacocinéticas de estos agentes. La infusión prolongada de gemcitabina con una

velocidad de infusión constante (10 mg/m²/min) ha demostrado una óptima saturación de las enzimas que convierten gemcitabina en el metabolito activo dFdCTP.

Materiales. Pacientes con CPNM no reseleccionados estadios IIIB y IV con estado funcional (ECOG) 0, 1 o 2. Cisplatino 75 mg/m² el día 1 seguido de gemcitabina 1.000 mg/m² a 10 mg/m²/min el día 1 y 8 de un ciclo de 3 semanas, hasta completar 6 ciclos. Después de los primeros 3 ciclos se procede una evaluación clínica completa.

Resultados. El estudio está en marcha y se presentarán datos actualizados en el congreso. Aquí se muestran datos de los primeros 11 pacientes con una mediana de seguimiento de 31 semanas. Datos demográficos: Edad 60,7 años; varón/mujer, 83%/17%. Adenocarcinoma 50%, epidermoide 25%, otros 25%. Estadio IV 92%, IIIB 8%. Toxicidad: se han administrado 75 ciclos con buena tolerancia. 1 toxicidad de grado 4 (neutropenia) y 8 acontecimientos adversos de grado 3 (diarrea, n&v (2), anemia, leucopenia, neuropatía, neutropenia, trombocitopenia). Eficacia: respuesta parcial 50%; enfermedad estable 37,5%; progresión 12,5%. Tiempo hasta progresión 36,4 semanas. Mediana supervivencia 46 semanas.

Conclusiones. Dada la buena tolerancia y resultados alentadores (beneficio clínico superior al 85%) el estudio continúa con el fin de acumular mayor número de datos.

L-6

TRATAMIENTO COMBINADO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y RADIOQUIMIOTERAPIA EN CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CPNM) ESTADIO III

J. Gavilá Gregori, V. Iranzo González-Cruz, C. Caballero Díaz, J. Garde Noguera, A. Juárez Marroquí, P. Almendros Blanco, M.^aJ. Safont Aguilera, A. Blasco Cordellat, A. Berrocal Jaime y C. Camps Herrero

Introducción y objetivos. La combinación de quimio (QT) y radioterapia (RT) en el tratamiento del carcinoma no microcítico de pulmón estadio III, se considera en la actualidad una pauta estándar. Sin embargo, todavía queda por determinar cuales son las drogas y esquemas de tratamiento óptimos. Presentamos nuestra experiencia basado en un esquema de QT neoadyuvante (carboplatino-taxol) seguida de QT y RT concomitante.

Materiales. La serie consta de 23 pacientes incluidos entre junio de 2001 y agosto de 2004, con una edad media de 63 años; rango: 76-50; 22 varones y una mujer. Performance Status (PS) (17% PS 0, 78% PS 1, 4% PS 2); estadio IIIA 22% y IIIB 78%; histología epidermoide 61%, adenocarcinoma 26 y otros 13%. Tratamiento: se administraron 2 ciclos de QT neoadyuvante con carboplatino (AUC6 ev, día 1) + Taxol (175/m², día 1) cada 21 días. Coincidiendo con el tercer ciclo de QT (mismo esquema), los pacientes comenzaron tratamiento con RT que se realiza con acelerador lineal multilaminas, con fotones de 6/18 MV siguiendo normativa ICRU y fraccionamiento estándar hasta dosis total de 6.000-6.500 cGy. Posteriormente seguimiento y control TC.

Resultados. Quince pacientes fueron evaluados para respuesta, objetivándose 7% respuestas completas, 47% respuestas parciales, 33% enfermedad estable y 13% progresión de enfermedad. Supervivencia: la supervivencia global fue de 31 meses; la supervivencia libre de enfermedad fue de 21 meses. La toxicidad fue evaluada en 18 pacientes: las toxicidades CTC hematológicas grados (G) III y IV son anemia 8% y 0%, neutropenia 17% y 8%, trombopenia 4% y 0% respectivamente. Toxicidad esofágica (RTOG) G1 y G2 fueron 30% y 17% respectivamente.

Conclusiones. El esquema de tratamiento presentado, resulta activo en CPNM estadio III y con una toxicidad aceptable, destacando la baja toxicidad esofágica. Sin embargo, un mayor número de pacientes y seguimiento son necesarios para sacar conclusiones definitivas.

L-7

VINORELBINA EN MONOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

R. Barceló Galíndez, J. Ferreiro Quintana, A. Muñoz Llarena, A. Gil-Negrete Laborda, G. López de Argumedo Esnarrizaga, A. Sancho Gutiérrez, A. Viteri Jusué, M. Jangi, N. Fuente Fernández y R. Fernández Rodríguez

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces-Osakidetza. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción y objetivos. La Vinorelbina (VNR) en monoterapia puede ser útil en algunos pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado (CPNCP) no candidatos a quimioterapia estándar. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento con VNR en un grupo de pacientes ancianos o frágiles, y analizamos los factores pronósticos y su perfil de toxicidad.

Materiales. Se incluyeron pacientes de más de 69 años, situación funcional ECOG > 1 o comorbilidad asociada, y CPNCP estadios III o IV, no candidatos a cirugía radical. Se administró VNR semanal 30 mg/m² endovenosa. Tres administraciones se consideraron un ciclo. No era criterio de exclusión haber recibido quimioterapia previamente.

Resultados. Se incluyeron 50 pacientes, 42 varones y 8 mujeres. Edad mediana: 71 años, (42-80). Menores de 70 años, 24 pacientes, mediana 64 años (42-69); igual o mayores de 70, 26 pacientes, mediana: 74 años (70-80). ECOG 1/2/3 en 14/19/17. Epidermoide: 24, adenocarcinoma: 20, carcinoma: 6. VNR se administró como primera línea en 28 pacientes y como segunda en 22. Estadio IV: 35 casos, estadio IIIB: 15 pacientes. Se administraron 184 ciclos, mediana 3,7 (1-35). Toxicidad: Neutropenia grado 3-4 en 7 pacientes, neutropenia febril en 3 pacientes, con dos muertes tóxicas. Anemia grado 3 en 8. No hubo trombopenia ni toxicidad extra-hematológica grado 3-4. Respuesta: Parcial en 3/50 (6%), enfermedad estable en 11/50 (22%), progresión en 32/50 (62%). La supervivencia mediana fue 10 semanas (IC 95%: 5-15), para ECOG 1: 16 semanas, para ECOG 2: 14 semanas, para ECOG 3: 5 semanas. Menores de 70 años: 10 semanas, igual o mayores: 14 semanas. VNR en primera línea: 11 semanas; en segunda línea: 10 semanas. Test de Cox: Diferencia significativa para ECOG 1 frente a 2-3. No hubo diferencias significativas para edad o para línea de quimioterapia.

Conclusiones. El tratamiento en monoterapia con VNR en CPNCP avanzado puede ser beneficioso en algunos casos. No se deben excluir de tratamiento a los pacientes por la edad.

L-8**CARBOPLATINO, GEMCITABINA Y VINORELBINA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO (CPNM)**

M.J. Oruezábal Moreno*, M.^aR. Burón Fernández**, A. Martín Marino*, S. Cerezo González* y A. Muñoz Martín*
*Sección Oncología Médica. **Servicio Medicina Interna. Hospital General La Mancha. Centro. Alcázar de San Juan.*

Introducción y objetivos. Evaluar la eficacia y la seguridad de la combinación de carboplatino, gemcitabina y vinorelbina como tratamiento de primera línea del CPNM avanzado.

Materiales. Se incluyen pacientes con CPNM estadio IIIB y IV, enfermedad medible o evaluable, ECOG < 2, adecuada reserva medular, función hepática y renal. Los pacientes recibieron tratamiento con carboplatino 300 mg/m²/día día 1, gemcitabina 1.000 mg/m²/día día 1 y 15, y vinorelbina 25 mg/m²/día día 1 y 15, cada 28 días, durante seis ciclos.

Resultados. Se incluyeron 32 pacientes (V/M 27/5), con una mediana de edad de 64 años (45/78), estadio IIIB (n = 8) y estadio IV (n = 24). La histología es epidermoide (62%), adenocarcinoma (25%) y células grande (13%). La mediana de localizaciones es 2, localizadas principalmente en pulmón contralateral (37%), hígado (25%) y hueso (18%). Se han administrado una mediana de 190 ciclos (mediana 5, rango 3-7).

Todos los pacientes son evaluados para toxicidad y respuesta. La incidencia de toxicidad grado 3/4 por paciente es baja e incluye neumonía (3%) y fiebre neutropénica (3%). En los 32 pacientes analizados para eficacia, se alcanza 2 RC, 20 RP, 8 EE y 2 PE, obteniendo una tasa de respuesta objetiva del 68%. La mediana del tiempo hasta la progresión es de 6 meses (IC 95%: 2-10) y la supervivencia global 14 meses (IC 95%: 5-26).

Conclusiones. La combinación de carboplatino, gemcitabina y vinorelbina es un esquema de tratamiento activo con un perfil de toxicidad aceptable como primera línea de tratamiento en pacientes con CPNM avanzado.

L-9**CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN: SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO CON GEMCITABINA (GEM) Y VINORELBINA (VNB) TRAS PROGRESIÓN A ESQUEMAS BASADOS EN PLATINO Y TAXANOS**

R. García Campelo, G. Alonso Curbera, M. Reboredo Lopez, M.^a Quindós Varela, D. Dopico Vázquez, I. Gallegos Sancho, S. Antolín Novoa, L. Calvo Martínez, M. Valladares Ayerbes y L. Antón Aparicio

Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Introducción y objetivos. Las opciones terapéuticas en carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) tras fracaso a primera línea de tratamiento citostático continúan investigándose. Varios de los considerados nuevos agentes como la combinación de GEM y VNB han demostrado actividad en segunda línea en estudios fase II, con buen perfil de toxicidad.

Materiales. El objetivo de este estudio es la evaluación de la combinación de estos dos agentes en pacientes (p) con CNMP tras recaída a quimioterapia previa basada en platino-taxanos. Materiales y métodos: desde mayo del 2001 a mayo 2003, 24 p diagnosticados de CNMP avanzado, mediana de edad: 60 años, rango (46-79); ECOG1/ 2: 21/3; varones 21, mujeres 3; histología: epidermoide 58,3%, adenocarcinoma 29,1%, carcinoma de células grandes 4,2% y adenoescamoso 8,3%, recibieron GEM, 1.250 mg/m² y VNB 25 mg/m², días 1 y 8 cada 3 semanas.

Resultados. Se administraron 134 ciclos de tratamiento con una media de 5,5. Todos los pacientes fueron evaluables para toxicidad y 25 para respuesta. La toxicidad hematológica grado 3/4 más frecuente fueron neutropenia en el 16,6% y anemia en el 1,6% de los p. No se registraron otras toxicidades grado 3/4. Se objetivaron 3 RP (13%), 9 EE (39,1%) y 11 PE (47,8%). La mediana de tiempo a la progresión fue de 4,1 meses (m) y la mediana de supervivencia fue 9,1 m.

Conclusiones. En conclusión la combinación de GEM y VNB como tratamiento de segunda línea en CNMP es un esquema bien tolerado y con buena actividad.

L-10**PACLITAXEL Y GEMCITABINA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) AVANZADO**

C. López Jato, L. Vázquez Tuñas, M. Gentil González, M. Lázaro Quintela, J. Carrasco Álvarez, M. Jorge Fernández y J. Castellanos Díez

Complejo Hospitalario Universitario Xeral Cies. Vigo.

Introducción y objetivos. La combinación de paclitaxel y gemcitabina podría constituir una alternativa al tratamiento estándar con cisplatino en pacientes con CPNM, con un perfil de toxicidad más favorable. Diseñamos un protocolo asistencial con esta combinación. Objetivo: actualización de nuestros resultados después de 5 años de seguimiento.

Materiales. Pacientes y métodos: se incluyeron 33 pacientes de nuestro hospital tratados con CPNM en 1.^a línea según esquema: P 175 mg/m² en 3 horas el día 1 seguido de G 1.000 mg/m² en 30 min los días 1 y 8 cada 21 días.

Resultados. La mediana de edad fue de 61 años, 81% varones, 72% fumadores, la mayoría de los pacientes presentaron PS 0-1. La variante histológica predominante fue carcinoma epidermoide (60%). Se administraron un total de 184 ciclos con una media de 5 ciclos por paciente. La mediana de intensidad de dosis para paclitaxel fue de 54,61 mg/m²/wk y para gemcitabina de 606,88 mg/m²/wk. Seis pacientes (18%) presentaron neutropenia grado III-IV, 20% astenia grado II-III y 9% vómitos grado I. Se obtuvo una respuesta parcial en 8 pacientes (24%) y enfermedad estable en 6 (18%). La mediana de tiempo hasta progresión fue de 4,6 meses.

Conclusiones. Estos datos demuestran que la combinación de paclitaxel y gemcitabina es activa frente a CPNM y presenta un perfil de toxicidad favorable.

L-11

SINTOMATOLOGÍA EN EL CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN: DESCRIPCIÓN Y SIGNIFICACIÓN PRONÓSTICA

I. Blancas López-Barajas, D. Cumplido Burón, I. Juez Martel, J.A. García García, M.^aI. Sáez Medina, R. Jiménez Salas, M.^aM. Delgado Gil, D. Márquez Medina y J.L. García Puché

Unidad Clínica de Oncología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y objetivos. Demostrar que pacientes con sintomatología asociada al carcinoma microcítico de pulmón (CMP) al diagnóstico presentan una peor supervivencia

Materiales. Cien pacientes diagnosticados de CMP remitidos al Clínico de Granada de 1992 a 2002. Características: edad media 59 años (39-80), 98% varones, enfermedad limitada a tórax el 55%. Presentaban comorbilidad el 58%, 80% Karnofsky > 70, asintomáticos el 4%, con 1-2 síntomas 21% y más de 2 el 75%, la duración de los síntomas era inferior a 2 meses en el 41%. Criterios administración tratamiento: quimioterapia (QT) si al menos Karnofsky > 60, radioterapia torácica (RT) si enfermedad limitada a tórax, irradiación profiláctica craneal (IPC) si respuesta completa tras QT. 7 pacientes no recibieron tratamiento, 27 recibieron carboplatino-etopósido y 66 ciclofosfamida-adriamicina-etopósido, 51 recibieron RT (3 concomitante, 48 tras QT) y 27 IPC. Mediana de seguimiento: 9 meses (1-75).

Resultados. En asintomáticos la supervivencia acumulada a un año (SA) fue del 44% con una supervivencia media (SM) de 11,5 meses; pacientes con 1 o 2 síntomas SA: 34% y SM: 8,6 meses; con más de 2 síntomas SA: 10% y SM: 5,7 meses, según la prueba de *log-rank* es significativamente mayor la supervivencia en asintomáticos comparados con pacientes con 1-2 síntomas ($p = 0,002$) o más de 2 síntomas ($p = 0,003$), no hubo diferencias entre pacientes con 1-2 síntomas y más de 2. No apreciamos diferencias entre los dos tipos de QT ($p = 0,86$), pero sí tenían mayor supervivencia los que recibían QT fren-

Variable	%	S.A. 1 año	% SM meses	ES	IC 95%	p
Asintomático	4	44	11,5	9	(9,7-13,5)	0,002
1-2 síntomas	21	34	8,6	7	(7,2-10,0)	
>2 síntomas	75	10	5,7	5	(4,7-6,7)	
No QT	7	0	1,2	0	(1,2-1,2)	0,001
CAV	66	33	8,2	5	(7,2-9,2)	
EP	27	29	9,25	8	(7,7-10,8)	
RT torácica	46	60	15,5	9	(13,7-17,3)	
No RT	54	11	5,4	5	(4,4-6,4)	0,000
Si IPC	27	66	15,6	4	(14,8-16,4)	
No IPC	73	18	6,4	5	(5,8-7,0)	0,001

te a los que no ($p = 0,001$), así como los que recibían RT ($p = 0,0001$) o IPC ($p = 0,001$) frente no irradiados (tabla 1).

Conclusiones. Pacientes con sintomatología asociada al CMP al diagnóstico presentan una peor supervivencia. La QT

parece mejorar la supervivencia, así como la RT y la IPC, aunque no es objetivo del estudio dicha valoración y su administración está relacionada con estadios iniciales, pacientes con estado general conservado y respondedores a QT, lo cual supone un importante sesgo.

L-12

SENSIBILIDAD A ANFOTERICINA B LIPOSOMIAL EN RECIDIVA DE LEISHMANIASIS EN PACIENTE TRATADO CON QUIMIOTERAPIA POR CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN

D. Gutiérrez Abad¹, R. Serrano Herranz², M.^a Cornide Santos¹, R. Martín López⁴, P. Sanz Rojas², G. Hernández Muro³, J. Sesma Lamarque² y E. Filipovich Vegas¹

¹Unidad de Oncología Médica. ²Servicios de Medicina Interna.

³Radiología. ⁴Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción y objetivos. Varón de 74 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de pulmón estadio IIIB tratado con Taxol 175 mg/m²/día iv día 1 cada 21 días + Carboplatino AUC 6/día iv día 1 cada 21 días recibiendo 6 ciclos y posteriormente radioterapia sobre pulmón izquierdo y mediastino a dosis de 30 Gy con sobreimpresión en la zona con resto tumoral hasta 25 Gy (dosis total de 55 Gy) asociando quimioterapia sensibilizante con cisplatino 6 mg/m²/día iv concomitante con respuesta completa.

Materiales. Durante el tratamiento de radioterapia, comienza con fiebre y pancitopenia, realizando frotis de sangre periférica, confirmando la presencia de leishmaniasis. Recibe tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 3 mg/kg de peso x 8 dosis (dosis total 24 mg/kg) con remisión de la infección confirmada por biopsia de médula ósea. A los 7 meses, el paciente consulta por recidiva adenopática cervical, con PAAF que confirma la presencia de leishmaniasis granulomatosa.

Resultados. Con el diagnóstico de recidiva adenopática de leishmaniasis, recibe tratamiento con anfotericina B liposomal según la pauta administrada previamente, con reducción de las adenopatías.

Conclusiones. La leishmaniasis visceral es infrecuente en los pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia, pero es necesario incluirla en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido cuando aparece pancitopenia. La anfotericina B liposomal es un tratamiento eficaz tanto en primera línea como en la recidiva de leishmaniasis visceral.

L-13

COMITÉ DE TUMORES TORÁCICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL ¿CÓMO LO HACEMOS?

R. Gironés¹, M.^aD. Torregrosa¹, Y. Pallardó², J.M. Galbis⁵, G. Sales⁵, M. Soler⁴, J.L. Monroy⁴, J.V. Greses⁵, P. Navarro⁵ e I. Martínez⁶

¹Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Lluís

Alcanyis. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de la Ribera.

³Cirugía Torácica. Hospital de La Ribera. ⁴Servicio de Radioterapia.

Hospital de La Ribera. ⁵Unidad de Neumología. Hospital de La

Ribera. ⁶Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Lluís Alcanyis.

Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos. El tratamiento de los tumores torácicos exige la participación multidisciplinar. En los hospitales en los que no existen todas las especialidades suele remitirse directamente al paciente para la decisión del tratamiento. La integración en comités permite la valoración conjunta de los casos y la decisión de la estrategia terapéutica óptima, evitando el desplazamiento del paciente. Desde el Hospital Lluís Alcanyis decidimos participar en el Comité de Tumores Torácicos del Hospital de La Ribera por su proximidad geográfica.

Materiales. El comité está constituido por radiólogos, cirujanos torácicos, anatomopatólogos, neumólogos, radioterapeutas y oncólogos médicos. Nuestra asistencia es quincenal, y presentamos aquellos casos candidatos a valoración quirúrgica y/o radioterapéutica (estrategias de las que carecemos en nuestro hospital). El objetivo es presentar en comité la mayoría (si no todos) de los tumores torácicos de nuestra área.

Resultados. Desde junio del 2004 a febrero del 2005 hemos asistido a 20 reuniones. Se han valorado un total de 52 casos: 4 pacientes con carcinoma microcítico de pulmón, 27 pacientes con tumores no microcíticos: (19 epidermoides, 5 adenocarcinomas, 2 células grandes), 1 timoma mediastínico y un caso no tumoral (fibrosis pleural). La coordinación entre los distintos especialistas ha permitido programar tratamientos concomitantes, secuenciales y adyuvantes tras la cirugía.

Discusión. La integración en comités de tumores permite la valoración multidisciplinar inmediata de los casos y ofrece estrategias terapéuticas no disponibles en cada centro, conservando el principio de equidad del sistema. Facilita la coordinación interhospitalaria y evita desplazamientos innecesarios por parte de los pacientes.

Conclusiones. El tratamiento del paciente oncológico con neoplasia pulmonar en un hospital sin cirugía torácica ni radioterapia es factible, permitiendo al paciente permanecer en su entorno la mayor parte del tiempo y evitando desplazamientos innecesarios. Pensamos que esta colaboración mejora la calidad de la asistencia

L-14

¿CÓMO SON DERIVADOS LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN A LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA?

A. Viana Alonso*, F. Marcos Sánchez, M.ªI. Albo Castaño, D. Marrupe González*, S. Casallo Blanco, M.ªJ. Martín Barranco y F. Juárez Ucelay

*Servicio de Medicina Interna. *Servicio de Oncología. Hospital N.º S.º del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.*

Introducción y objetivos. La obtención de diversos parámetros de medida de la actividad asistencial en el hospital de día y en las consultas externas de oncología sirve de ayuda para poder realizar una adecuada previsión de los recursos. Objetivos: analizar diversos parámetros de calidad, en los pacientes con cáncer de pulmón derivados desde neumología hasta la consulta de oncología médica de un hospital del grupo 2.

Materiales. Estudio observacional prospectivo, de prevalencia, analizando 4 parámetros básicos de calidad en 20 pacientes remitidos consecutivamente desde neumología hasta oncología durante el año 2003, y que eran: 1) Si constaba el resultado definitivo de la histología; 2) Si se había realizado un estudio de extensión; 3) Si se especificaba el estadio del tumor, siguiendo la clasificación TNM y 4) Si la derivación se había realizado siguiendo un perfil temporal adecuado desde el diagnóstico, admitiendo un máximo de 20 días. Excluimos del estudio a los pacientes con cáncer microcítico de pulmón y los que se remitieron después de ser valorados por cirugía torácica y/o intervenidos quirúrgicamente.

Resultados. Disponían del resultado de la histología, 19 de los 20 enfermos (95%); se había realizado estudio de extensión en los 20 enfermos (100%); tenían especificado el estadio, siguiendo la clasificación TNM en 13 de los 20 enfermos (65%); la derivación se había realizado siguiendo un perfil temporal adecuado en los 20 enfermos (100%).

Conclusiones. El único parámetro analizado a mejorar es que únicamente consignaban el estadio tumoral en un 65% de los enfermos.

L-15

FRACASO HEPÁTICO SECUNDARIO A INFILTRACIÓN MASIVA POR CARCINOMA MICROCÍTICO SIN PRIMARIO EVIDENTE

R. Gironés Sarrió*, M.ªJ. Roca Estellés**, J.M. Querol Ribelles***, J. Torres Relucio**** y M.ªD. Torregrasa Maicas*

Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna. **Servicio de Anatomía Patológica. *Servicio de Medicina Interna. ****Neumología. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.*

Introducción y objetivos. El fracaso hepático fulminante secundario a infiltración difusa hepática no es frecuente. Se debe a que las células tumorales se diseminan en los sinusoides hepáticos. Las causas más frecuentes son neoplasias hematológicas o microcítico pulmonar metastásico.

Materiales. Presentamos un caso de fracaso hepático secundario a infiltración por carcinoma microcítico, sin primario evidente: varón, 50 años. Fumador 27 años/paquete. Acude a urgencias del hospital por epigastralgia de 10 días de evolución. No síndrome constitucional. Exploración: hepatomegalia dolorosa. Análítica: GOT/GPT: 242/111; LDH 908; GGT 1.663; Bilirrubina total: 3.8; FFAA: 544. Resto normal. Ecografía: hepatomegalia. Múltiples lesiones nodulares hipoeoicas. Ante la sospecha de hígado metastásico ingresa para estudio. Se practicó estudio (TAC/gastroscopia/broncoscopia) que sólo objetivó hígado multinodular sugestivo de infiltración metastásica. Biopsia hepática: carcinoma de células pequeñas (morfología e inmunohistoquímica). Pendiente de resultado fallece del paciente por fracaso hepático fulminante.

Resultados. El carcinoma microcítico se caracteriza por su agresividad en cuanto a presentación y evolución. Este no es el primer caso de presentación como fracaso hepático, pero la infiltración suele ser secundaria a primario pulmonar. Las imágenes radiológicas son variables; desde nódulos metastásicos, diseminación miliar (este caso), o hepatomegalia difusa. En los casos de infiltración masiva, generalmente el éxito se produce en < 1 mes. La obstrucción biliar extrahepática tiene mejor pronóstico. A pesar de no localizar tumor primario, no se han descrito primarios hepáticos. El hábito tabáquico orientan a primario pulmonar. Aunque se trata de un tumor quimiosensible, existen pocos datos acerca de la tolerancia y respuesta a tratamiento en caso de fracaso hepático grave.

Conclusiones. El carcinoma microcítico tanto primario pulmonar como extrapulmonar es un tumor con unas características biológicas peculiares en cuanto a agresividad y respuesta al tratamiento. Es capaz de producir afectación metastásica fulminante con primario no evidente.

Colon

L-16

UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO POLITRATADOS: RESULTADOS DE LA COMBINACIÓN CAPECITABINA Y GEMCITABINA

E. González Flores, C. Rodríguez Franco, R. Luque Caro, V. Conde, C. Sánchez Toro, I. Alés, A. Irigoyen y J. Belón Carrión

Unidad de Oncología Médica. H.M.Q. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. En la actualidad asistimos a un importante avance en términos de calidad de vida, tiempo hasta la progresión y supervivencia gracias a la incorporación de nuevos fármacos en el tratamiento del CCR avanzado. Capecitabina ha demostrado su actividad en el tratamiento del CCRM, si bien con escaso porcentaje de respues-

tas cuando se utiliza en monoterapia. Nuevos fármacos están siendo ensayados en combinación con Capecitabina con resultados prometedores en diferentes tumores.

Materiales. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y tolerabilidad de la combinación de Gemcitabina más Capecitabina en pacientes con CCRM politratados. Basándonos en resultados de fase I previos se administró Gemcitabina: 1.000 mg/m² día 1 y 8 y Capecitabina 1.000 mg/m²/cada 12 horas días 1 a 14 cada 21 días. La mediana de edad: 58 (52-72). La localización metastásica más frecuente fue hepática y 4 pacientes presentaban más de 1 localización metastásica. Todos los pacientes incluidos habían recibido dos líneas de tratamiento quimioterápico para enfermedad avanzada con esquemas de combinación con CPT11 y Oxaliplatino con 5FU.

Resultados. Tras una mediana de seguimiento de 21 meses (20-35), 2 pacientes permanecen vivos. La mediana de ciclos administrados ha sido de 6 (2-14). De 9 pacientes incluidos hasta la actualidad se han obtenido: 3 EE, 2 RP y el resto progresaron durante el tratamiento. La principal toxicidad recogida, que motivó retrasos e interrupción del tratamiento, fue síndrome mano-pie grado 3 observado en 2 pacientes; 2 pacientes presentaron neutropenia grado 3, no se observó ninguna otra toxicidad relevante.

Conclusiones. La combinación de Capecitabina y Gemcitabina podría representar una opción de tratamiento para pacientes con CCRM que han fracasado a los actuales esquemas de primera y segunda línea de poliquimioterapia si bien no está exento de toxicidad y sería necesario nuevos estudios que exploren nuevas dosis con mayor número de pacientes.

L-17

EXTENSIÓN PLEURAL DE LOS TUMORES MUCINOSOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernadó, J. Más Jové, V. Fernández Trigo, J.C. Arias Aguilar y F. Losa Gaspa
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Oncológica. Hospital General de L'Hospitalet.

Introducción y objetivos. La acumulación de tumor mucinoso en el abdomen como consecuencia de la ruptura de un tumor apendicular o de ovario se define como síndrome de pseudomixoma peritoneal PMP. Es una entidad rara con un pronóstico fatal debido a las complicaciones digestivas que provoca y con una incidencia de diseminación extrabdominal infrecuente. El grupo de Sugarbaker describe un 5,4% de casos de extensión pleural en su serie.

Materiales. Aportamos una serie de 25 pacientes afectados de PMP sometidos a citoreducción quirúrgica "óptima" seguida de QT intraperitoneal inmediata. En 4 se detectó en el seguimiento una afectación pleural (16%). Todos estos pacientes presentaron afectación tumoral de las serosas diafrágmicas en la intervención abdominal. En uno de los pacientes existía una comunicación pleuroperitoneal. Dos de estos pacientes han sido intervenidos de su tumor pleural, otro está pendiente de intervenir, y una paciente fue desestimada para la cirugía debido a recidiva de la enfermedad abdomino-pélvica. La intervención consistió en la extirpación, bajo los mismos principios técnicos quirúrgicos utilizados en el *stripping* peritoneal, de la pleura parietal y visceral afectada por el tumor mucinoso con administración de quimioterapia intrapleural inmediata a la cirugía.

Resultados. No se produjo morbilidad postquirúrgica. Uno de los pacientes falleció a los 4 años de la cirugía sobre la afectación peritoneal y 21 meses de la pleural. El otro paciente está vivo y libre de enfermedad tras 6,5 años y 32 meses de las cirugías respectivas.

Conclusiones. El PMP requiere de un tratamiento multimodal agresivo para el control de las complicaciones y la obtención de buenos índices de supervivencia a largo plazo. La uti-

lización de esta estrategia puede haber influido en la diseminación extrabdominal de la enfermedad, concretamente en la afectación pleural. Cuando esto ocurre la cirugía mediante la pleurectomía seguida de QT intrapleural puede aportar beneficios a estos pacientes.

L-18

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON CAPECITABINA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

R. Luque Caro, E. González Flores, V. Conde Herrero, C. Rodríguez Franco, C. Sánchez Toro, M. Zurita, A. Irigoyen Medina, J.R. Delgado Pérez y J. Belón Carrión
Unidad de Oncología Médica. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y objetivos. Más del 50% de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal padecerá enfermedad metastásica en su evolución. De ellos un importante porcentaje se sitúa por encima de los 75 años. Durante la década de los 90 se han desarrollado diferentes esquemas de poliquimioterapia con aumento de la tasa de respuestas e incremento de la mediana de supervivencia. Asimismo se han desarrollado profármacos orales del 5-Fluoracilo con objeto de mejorar la calidad de vida, disminuyendo la toxicidad y manteniendo la eficacia.

Materiales. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia y toxicidad de Capecitabina en monoterapia en pacientes con CCR metastásico politratados y/o de edad avanzada. En los 19 pacientes incluidos (13 varones y 6 mujeres) la localización metastásica más frecuente es hígado, presentando 9 pacientes más de una localización metastásica. Siete pacientes no habían recibido QT previa. La mediana de edad es de 77 años (55-84). La dosis administrada es de 2.000 mg/m²/día x 14 días cada 21 días.

Resultados. Tras una mediana de seguimiento de 60 meses, la mediana de ciclos administrada es de 4 (1-16) y 11 (68%) pacientes están vivos. De 16 pacientes evaluables, se han obtenido 3 (18%) respuestas parciales, 8 (50%) estabilizaciones y 5 (31%) progresiones. Supone un beneficio clínico superior a 50%. La principal toxicidad observada ha sido síndrome mano-pie: grado 2 en 5 (26%) pacientes y grado 3 en 1 (6%) paciente, lo que ha motivado reducción de dosis en 4 (20%) pacientes. No se ha recogido otra toxicidad grado 3-4.

Conclusiones. El tratamiento con capecitabina en monoterapia a dosis de 2.000 mg/m²/día puede ser una opción interesante en pacientes con CCR metastásico de edad avanzada en los que podemos conseguir un beneficio clínico importante a expensas de una toxicidad aceptable.

L-19

RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO ASISTENCIAL DE TRATAMIENTO CON OXALIPLATINO MÁS CAPECITABINA, PRIMERA LÍNEA, EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO

G. Quintero-Aldana, E. Álvarez Gómez, S. Vázquez Estévez y J.R. Mel Lorenzo
Sección de Oncología. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

Introducción y objetivos. El objetivo de este estudio es obtener datos de la eficacia y del perfil de seguridad, de un esquema de tratamiento basado en la administración secuencial de Oxaliplatino y Capecitabina en pacientes, previamente no tratados, con cáncer colorrectal metastásico.

Materiales. Desde julio de 2003 a enero de 2005, se han incluido 18 pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorrectal metastásico. El protocolo de tratamiento: Oxaliplatino 150 mg/m², en infusión iv de 2 horas,

días 1 y 14 seguido de capecitabina 1.000 mg/m², dos veces al día, días 1 a 7 y 14 al 21; un ciclo cada 28 días. Todos los pacientes fueron evaluados para toxicidad, pero sólo 11 para eficacia. Hombres 10 p (55,5%), mujeres 8 p (44,5%); mediana de edad 68,3 (51-78); estado funcional ECOG 0: 6 p; 1: 7 p; 2: 5 p; localización del tumor primario: Colon: 14 p (78%), recto 4 p (22%); el sitio más frecuente de metástasis: hígado 14 p (78%); tres pacientes recibieron tto. adyuvante, esquema Clínica Mayo.

Resultados. Toxicidades: Hematológicas: Grado 3: Neutropenia 2 p (11%); trombopenia 1 p (5%). Grado 1/2: Anemia 5 p (27%). Extrahematológicas: Grado 3: diarrea 1 p (5%); vómitos 1 p (5%). Grado 1/2: náuseas y vómitos 9 p (56%); diarrea 8 p (44%); parestesias 6 p (53%); astenia 5 p (27%); Sd. mano-pie 1 p (5%). 2 p (11,1%) alcanzaron R.C.; 2 p (11,1%) R.P.; 2 p (11,1%) N.C.; 5 p (27,8%) P.D.; 7 p (57,8%) pendientes de evaluación.

Conclusiones. El esquema oxaliplatino más capecitabina es bien tolerado, la toxicidad es manejable, es necesario mayor número de pacientes y seguimiento para valorar supervivencia.

L-20

QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN ESTADIOS II-III DE CÁNCER DE RECTO: ANÁLISIS DE RESPUESTA Y TOXICIDAD

G. Esquerdo Galiana, C. Llorca Ferrándiz, J.M. Cervera Grau, S. Ortiz Sebastian, F. Sánchez Candell, J. Navío Perales, F. Ribón Bornaio, A. Parera de Cáceres y J. Mora Contreras

Unidad de Oncología. Hospital de Elda.

Introducción y objetivos. El tratamiento adyuvante del cáncer de recto estadio II-III con quimioterapia-radioterapia (QT-RT) sigue considerándose estándar, aunque cada vez se utiliza más este tratamiento con intención neoadyuvante, sin un esquema definido. Este estudio analiza de forma retrospectiva el impacto del tratamiento neoadyuvante, con esquema de 5-Fluorouracilo (5-fu) en infusión continua prolongada y RT concomitante, valorando respuesta, toxicidad y preservación de esfínter.

Materiales. Desde el año 2003 al 2005, diecinueve pacientes diagnosticados de cáncer de recto estadio II-III, fueron tratados en la Unidad de Oncología de hospital de Elda y servicio de radioterapia de Hospital de San Juan. La estadificación clínica se realizó en el Comité multidisciplinario del tratamiento de tumores digestivos mediante TAC y RMN pélvica. En el 58% de los casos el tumor estaba entre 5-7 cm del esfínter anal, en el 48% entre 8-10 cm. Seis pacientes (31%) eran estadio II (T3-4NOMO), trece pacientes (69%) estadio III (TxN positivo M0). Los pacientes recibieron radioterapia externa, dosis total de 45 Gy con fraccionamiento 1,8 Gy en 25 sesiones. El esquema de quimioterapia concomitante consistió en 5-fu en infusión continua de 200 mg/m²/día sin descanso. La cirugía fue practicada entre la 4-6 semanas de finalizar el tratamiento.

Resultados. Se consiguió un 70% de *downstaging*, con dos respuestas completas de 17 pacientes analizados (11%), dos pendientes de cirugía. De los 19 pacientes evaluables para toxicidad no hemos observado toxicidad grado 3-4 hematológica ni extra-hematológica. Ninguna muerte durante el tratamiento neoadyuvante. La preservación de esfínter se consiguió en seis de diecisiete (35%). Dos pacientes murieron en el post-operatorio inmediato, uno por broncoaspiración y otro por hemorragia cerebral. Tres pacientes presentaron fistulas entero-vaginales.

Conclusiones. Con este régimen de inducción se observa un elevado número de infraestadaje patológico con muy escasa toxicidad. Probablemente una mayor experiencia en el tratamiento quirúrgico tras neoadyuvancia derivará en un menor número de complicaciones.

L-21

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN CARCINOMA RECTAL LOCALMENTE AVANZADO (CRLA)

R. Lara López-Dóriga, R. Lastra del Prado, E. Ortega Izquierdo, J. Lambea Sorrosal, E. Aguirre Ortega, M.^aP. Escudero Emperador, E. Pujol, J.I. Mayordomo Cámara, A. Sáenz Cusi y A. Tres Sánchez

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Servicio de Oncología Médica. Hospital General de Soria.

Introducción y objetivos. La combinación de cirugía, radioterapia (RT) y quimioterapia (QT) obtiene los mejores resultados en el tratamiento de CRLA. El fármaco que más eficacia ha demostrado ha sido el 5-FU en infusión continua asociado a RT. Sin embargo, todavía queda por determinar cuáles son las drogas y esquemas óptimos.

Materiales. De enero de 2002 hasta enero de 2004 se realizó tratamiento neoadyuvante QT + RT a 18 pacientes con CRLA, 11 varones y 7 mujeres, con una mediana de edad de 69 años, un 45% de los cuales se localizaban en tercio inferior, el 50% en tercio medio y el 5% en tercio superior. Mediante ultrasonografía endorrectal los estadios fueron: dos pacientes (11%) B2; 5 pacientes (27,7%) B3; 4 pacientes (22,2%) C1; tres pacientes (16,6%) C2; 4 pacientes (22,2%) C3; 10 pacientes recibieron Raltitrexed 3 mg/m² por tres ciclos y 8 pacientes Oxaliplatino 60 mg/m² semanal x 5 más 5-fluoracilo 200 mg/m² días 1-5 en infusión continua. Se hicieron dos esquemas distintos de RT: 8 de ellos con Cobalto-60 y los otros 8 en el acelerador de electrones, de los que 12 (66%) recibieron 50 Gy en pelvis y 6 (33%) recibieron 45 Gy en pelvis más 50 Gy en tumor primitivo (boost). En 10 pacientes se realizó resección anterior de recto y en 8 p amputación abdomino-perineal de Miles.

Resultados. El estadio anatomopatológico fue: B1: 5 p (27,7%); B2: 6 p (33,3%); B3: 0 p; C1: 0%; C2: 4 p (22,2%); C3: 0 p, así como respuesta completa patológica en tres pacientes (16,6%).

Conclusiones. El tratamiento neoadyuvante del CRLA con QT+RT puede tener un papel importante en el pronóstico de la enfermedad al permitir una cirugía radical y disminución del estadio patológico en un porcentaje importante de pacientes. Son necesarios nuevos estudios que amplíen la información analizada hasta el momento así como definir las combinaciones óptimas.

L-22

TRATAMIENTO ADYUVANTE EN CÁNCER DE COLON ESTADIO B2. SEGUIMIENTO A CINCO AÑOS

B. Martínez-Amores Martínez¹, M. Martín Angulo¹, A.M.^a Sánchez Peña¹, I. Díaz Padilla¹, A. Soria Rivas¹, E. Fernández Alemany², M.^aM. Pérez Pérez¹, O. Donnay Candil¹ y A. Velasco Ortiz de Taranco¹

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos. El tratamiento adyuvante de cáncer de colon Estadio B2 no se recomienda de forma rutinaria porque no se ha demostrado beneficio en cuanto a SG e ILE. No obstante, un subgrupo de pacientes con factores de riesgo podría beneficiarse del mismo de forma individualizada. Nuestro estudio pretende evaluar ILE y supervivencia a 5 años en pacientes con cáncer de colon Estadio B2 y factores de alto riesgo tratados en régimen adyuvante con quimioterapia basada en 5-fluorouracilo.

Materiales. Estudio descriptivo incluyendo a 30 pacientes intervenidos de cáncer de colon Estadio B2 entre el 1 enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2000, con al menos un factor de mal pronóstico. Se administró quimioterapia adyuvante según el esquema de la Clínica Mayo (5-fluorouracilo a 425 mg/m² y leucovorín a 20 mg/m² en bolo día 1 a 5 cada 28 por 6 ciclos).

Resultados. Se realizó seguimiento a 5 años de 30 pacientes con edades entre 55 y 72 años. 21 casos (70%) examinados sobrevivieron sin enfermedad en la fecha actual. De los 9 restantes, se objetivaron 4 recaídas locales (19%) y 2 a distancia (9,5%). Un paciente realiza tratamiento de quimioterapia actualmente por 2.º tumor. Se registró un éxitus de causa no filiada y se perdió seguimiento del último caso por cambio de centro. Se objetivó diferencia cualitativa y cuantitativa en cuanto a factores de riesgo entre el grupo de pacientes sanos y con recidivas.

Conclusiones. 1) El tratamiento adyuvante de cáncer de colon B2 en pacientes con factores de riesgo se equipara con aquel sin factores de riesgo que no reciben adyuvancia, en cuanto a ILE a 5 años (70%). Sería útil establecer criterios en base a estos factores de riesgo para ofrecer un tratamiento individualizado a cada paciente y 2) Probablemente la asociación de dos o más factores de riesgo ensombrece el pronóstico. Serían necesarios más estudios para establecer una asociación estadísticamente significativa a este respecto.

L-23

CORRELACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE ALTERACIONES MOLECULARES ENTRE EL TUMOR PRIMARIO (T) Y LA METÁSTASIS (M) EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

M.^aA. Gómez España, R. Serrano Blanch, J.R. de la Haba Rodríguez, M.^aJ. Méndez Vidal, S. González Santiago, S. Moreno Martín, A. Fernández-Freire, A.L. García García, I.C. Barneto Aranda y E. Aranda Aguilar

Servicio de Oncología Médica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos. Para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria no son suficientes los factores pronósticos clínicos y patológicos que utilizamos para un mejor tratamiento individualizado. En los últimos años se están introduciendo determinación de alteraciones moleculares en distintas neoplasias, sin embargo, su aplicabilidad clínica en el CCR es aún controvertida. Objetivos: análisis de forma global de la modificación fenotípica entre el T y M. Valor pronóstico y predictivo de respuesta de estas alteraciones.

Materiales. Se incluyeron 25 pacientes diagnosticados de CCR metastásico de los cuales disponíamos de material biológico del T y M. Mediante inmunohistoquímica se estudiaron las expresiones de: p53, Ki67, Bcl2, TS. Se realizó por duplicado e interpretada por dos patólogos. El programa estadístico utilizado fue SPSS 10.0, aplicando test no paramétricos para datos apareados: test de McNemar cuando las variables eran cualitativas y test de los rangos con signos de Wilcoxon para cuantitativas.

Conclusiones. El fenotipo inmunohistoquímico entre el T puede experimentar cambios a lo largo de la diseminación metastásica (M). Este hecho puede dificultar el análisis del valor pronóstico y predictivo de evolución de estos factores. La pérdida de expresión de Bcl2 en M, es un factor pronóstico independiente en nuestra serie, lo cual debería tenerse en cuenta en estudios posteriores.

L-24

RESPUESTA COMPLETA POR PET-FDG AL TRATAMIENTO CON IRINOTECÁN Y CETUXIMAB EN TERCERA LÍNEA DE CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

M.^a Cornide Santos¹, D. Gutiérrez Abad¹, E. Filipovich Vegas¹, J. Sastre Varela⁴, J.A. López García-Asenjo⁵, F.J. Hernández Gutiérrez² y D. Sánchez Fuentes³

¹Oncología Médica, ²Cirugía General, ³Medicina Interna del Hospital Nuestra Sra. Sonsoles de Avila; ⁴Oncología Médica, ⁵Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. Se presenta el caso clínico de una mujer de 61 años diagnosticada de adenocarcinoma de sigma

T3N1 (1/9) Mx operada el 5.2.03 mediante colectomía segmentaria del colon izquierdo y anastomosis T-T con 2 LOES hepáticas al diagnóstico en la TAC de abdomen no biopsiadas ni resecaadas. Se inicia tratamiento como enfermedad metastásica confirmada por PET-FDG con 3 líneas de quimioterapia (esquema Saltz, XELOX e irinotecán + cetuximab) y se plantea valoración de respuesta con PET-FDG tras la 3.ª línea.

Materiales. La paciente recibe quimioterapia con irinotecán + 5FU + leucovorín según esquema Saltz entre febrero de 2003 y julio de 2003 con normalización serológica del CEA y Ca 19,9 previamente elevados. La RNM de abdomen y la TAC de abdomen sin patología tumoral en las revisiones. En marzo de 2004 se eleva el CEA y Ca 19,9, realizando PET-FDG que demuestra la existencia de múltiples depósitos abdomino-pélvicos. Comienza tratamiento con xelox (4 ciclos) con elevación de los marcadores. Se solicita EGFR de la biopsia que es positivo, y en agosto de 2004 comienza tratamiento con irinotecán semanal + cetuximab semanal finalizando en enero de 2005.

Resultados. Se realiza PET-FDG tras finalizar 6 ciclos de CPT 11 + cetuximab que demuestra ausencia de captación. Los marcadores tumorales CEA y Ca 19,9 también se negativizan tras el tratamiento.

Conclusiones. El cetuximab es un tratamiento activo en cáncer colorrectal metastásico, y existen casos en los que las pruebas de rutina TAC y RNM no sirven para determinar la existencia de enfermedad residual, por lo que el PET-FDG es una prueba útil para determinar la efectividad del tratamiento de quimioterapia. Actualmente no existen datos que demuestren que el tratamiento de mantenimiento en los pacientes respondedores a la quimioterapia tenga un impacto en la supervivencia y no se conoce cuál es el mejor tratamiento de mantenimiento, pero en los casos más favorables podría haber un beneficio manteniendo tratamientos de nueva generación dirigidos a dianas terapéuticas.

L-25

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA COLORRECTAL AVANZADO (CCA) CON CAPECITABINA Y OXALIPLATINO (XELOX)

E. Galve, M.A. Sala, T. Abad, P. Martínez del Prado y V. Alija
Sección de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

Introducción y objetivos. La combinación de Capecitabina y Oxaliplatino tiene actividad en 1.ª línea de carcinoma colorrectal metastásico con un perfil de toxicidad bajo y una forma práctica de administrar el tratamiento.

Materiales. Entre mayo de 2004 y enero de 2005, 11 pacientes (p.) con diagnóstico de carcinoma de colorrectal avanzado (ACC) se trataron con Capecitabina 1.000 mg/m² días 1-15 y Oxaliplatino 150 mg/m² día 1, se repitieron ciclos cada 21 días. Las características de grupo fueron: varones: 9 p. (75%), mediana de edad: 65 años (47-76); estado funcional (ECOG): 0: 5 p. (25%); 1: 9 p. (75%). Un paciente (8%) recibió quimioterapia adyuvante. Las localizaciones metastásicas eran: Hígado 9 p., peritoneo 1 p., pulmón 1 p. La mediana de ciclos administrados por paciente fue de 3,5 (1-10). Se administraron un total de 52 ciclos. Seis pacientes fueron evaluables para respuesta y doce para la toxicidad.

Resultados. Dos pacientes (5,9%) alcanzaron respuesta completa (RC), 5 p. (15%) obtuvieron respuesta parcial (RP), dos p. (33%) tuvieron una enfermedad estable (EE) y 4 p. enfermedad progresiva (EP). Toxicidad: Las principales toxicidades grado III-IV fueron: diarrea un paciente (8%), parestesias un paciente (8%).

Conclusiones. La escasa toxicidad hematológica y el no requerimiento de vía central, le confieren un perfil tóxico aceptable con una mayor comodidad para el paciente. La combinación XELOX puede constituir una alternativa como tratamiento de 1.ª línea en el cáncer colorrectal avanzado. Los ensayos fase III en marcha nos dirán si puede ser un nuevo estándar junto con FOLFOX 4 en 1.ª línea del CCA.

Mama

L-26

RECIDIVA LOCAL Y METÁSTASIS A DISTANCIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS PRECOCES

A. Méndez Villamón, M. Lanzuela Valero, A. Ruiz de Lobera, T. Puértolas Hernández, V. Calderero Aragón, I. Vicente Gómez* y A. Antón Torres

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Miguel Servet. *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet.*

Introducción y objetivos. Mediante este estudio pretendemos conocer la tasa de recidiva locorregional y metástasis a distancia en el seguimiento a largo plazo de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, con tumores pT1, pT2 y N1, que fueron tratadas con mastectomía frente a cirugía conservadora y linfadenectomía axilar.

Materiales. La muestra seleccionada está constituida por 95 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet. Criterios de inclusión: 1) Diagnóstico en el período de 1995 a 1997 ambos inclusive; 2) Tumor menor de 5 cm (pT1 o pT2) y 3) Menos de 3 ganglios afectos (N1). El seguimiento medio realizado fue de 60 meses. Hemos analizado parámetros clínicos e histopatológicos, así como la tasa de recidiva locorregional y de metástasis.

Resultados. Hemos obtenido un 20% de recidiva presentando el 15,7% recidiva local, 84,2% metástasis. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tamaño tumoral y la recidiva locorregional. A su vez las metástasis fueron más frecuentes entre las pacientes que presentaban un mayor número de ganglios afectos, rotura capsular y no asociación de tratamiento sistémico.

Conclusiones. El factor pronóstico asociado con la recidiva locorregional fue el tamaño tumoral. El número de ganglios afectos, extensión extracapsular y la no administración de quimioterapia fueron factores pronósticos asociados a metástasis.

L-27

CUMPLIMIENTO DE ESQUEMAS AC Y FEC EN TERAPIA ADYUVANTE DE CÁNCER DE MAMA

S. Olmos Antón, V. Jiménez Arenas*, R. Llorente Doménech, A. Albert Marí*, E. Vila Torres*, M. Yuste Vila*, D. Almenar Cubells y N.V. Jiménez Torres*

*Unidad de Oncología Médica. *Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

Introducción y objetivos. Comparar el cumplimiento de los esquemas AC y FEC, así como el porcentaje de pacientes con retraso de administración intercielo igual o superior a 7 días.

Materiales. Estudio observacional retrospectivo de cohortes en una población de 156 mujeres adultas (31-75 años), diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas con AC (n = 48) o FEC (n = 108), como terapia adyuvante, durante el período 2001 a 2004. Variables recogidas: NHC, edad, peso, talla y SC. Esquema, número de ciclos recibidos, fecha de inicio y fin del tratamiento y dosis acumuladas de los fármacos antineoplásicos (información recogida en la aplicación ONCO-FARMÓ). Variables generadas: duración del tratamiento e intervalo intercielos (en semanas), Unidad de Intensidad de Dosis normalizada a mg/m²/semana, cumplimiento y retraso ≥ 7 días.

Resultados. 1) Cumplimiento (media e IC 95%: AC = 96,28 93,69-98,86%) y FEC = 93,25 (91,28-95,3%); (p = 0,096); 2)

Variables	AC (n = 48)	FEC (n = 108)
Ciclos (n.º)		
[AC = 4; FEC = 6]*	3,97 (3,95-4,02)	5,81 (5,68-5,94)
Intervalo (semanas)		
[AC y FEC = 3]*	3,07 (3,02-3,15)	3,20 (3,14-3,27)
Duración (semanas)	9,16 (8,94-9,38)	15,40 (14,87-15,92)
[AC=9; FEC=15]*		

*[valores de referencia AC y FEC].

Retraso ≥ 7 días: AC = 12,5% y FEC = 34,26% (p > 0,05) y 3) Tabla: número de ciclos, intervalo intercielos y duración del tratamiento (media e IC 95%).

Conclusiones. El cumplimiento en ambos esquemas es superior al 90% y las diferencias (2,90 puntos a favor del esquema AC) no son significativas. El porcentaje de pacientes con retraso > 7 días entre la administración de dos ciclos, es superior en 21,76 puntos, en la población tratada con el esquema FEC.

L-28

VALORACIÓN DE LA TOXICIDAD CARDIOLÓGICA PRODUCIDA POR FÁRMACOS ANTITUMORALES EN MUJERES CON NEOPLASIA DE MAMA MEDIANTE ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA

L.M. Álvarez de la Fuente, A. Méndez Villamón*, P. Serrano Aísa, R. Ibáñez Carreras*, A. Antón Torres**, P. Laguna Lasaosa*** e I.J. Ferreira Montero

*Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. *Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Miguel Servet. **Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Miguel Servet. *** Grupo de Tecnologías de las Comunicaciones del C.P.S. de la Universidad de Zaragoza.*

Introducción y objetivos. Tradicionalmente se pensaba que el corazón, con sus miocardiocitos escasamente renovables, era menos susceptible a los efectos tóxicos de los fármacos antitumorales. Sin embargo ha quedado probado que son múltiples los efectos colaterales cardiovasculares de los fármacos anticancerosos (antraciclina y taxanos).

Materiales. Estudiamos 45 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. Tratadas con cirugía y quimioterapia adyuvante, con drogas cardiotóxicas. Se les realizó las siguientes exploraciones: estudio de VFC sobre un registro electrocardiográfico digitalizado de al menos 10 minutos de duración, en el dominio del tiempo (SDNN y RMSSD) como en el de la frecuencia (VLF, LF, HF, VHF, LF/HF). El estudio de la VFC en el dominio de la frecuencia se realizó por el método matemático denominado IPFM: modulación en frecuencia de pulsos por integración de una señal moduladora. Se realizaron dos determinaciones: 1) Antes del inicio de la quimioterapia a administrar (T1) y 2) A las dos semanas de la administración de la última dosis de quimioterapia (T2).

Resultados. En el análisis de la VFC entre el T1 y el T2 en el dominio del tiempo, disminuyeron ambas mediciones RMSSD (de 22,4 + 13 pasó a 18,7 + 15) y SDNN (de 27,2+10 pasó a 24,2 + 14), si bien, para SDNN no alcanzaron significación estadística. Mediante el análisis en el dominio de la frecuencia, las diferencias en los parámetros de la VFC entre el tiempo 1 y el tiempo 2 han sido significativas (p < 0,05) sólo para el cociente LF/HF (LH), analizando el estudio de la VFC por grupos según protocolo de tratamiento quimioterápico, hemos observado una disminución significativa de diversos parámetros de la VFC en las pacientes que fueron incluidas en protocolo de quimioterapia FEC.

Conclusiones. Mediante el análisis de la VFC hemos detectado alteraciones en las pacientes con cáncer de mama tratadas con el protocolo quimioterápico FEC (fluouracilo + epirrubicina + ciclofosfamida), pero no con otros protocolos.

L-29

DOCETAXEL, 5-FLUOROURACILO Y VINOURELBINA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

B. Cirauqui Cirauqui¹, M. Margelí Vila¹, T. Morán Bueno¹, C. Martí Blanco¹, O. Etxaniz Ulazia¹, S. Catot Tort¹, A. Barnadas Molins², J.L. Manzano Mozo¹, M. Rull Lluich³ y R. Rosell Costa¹

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³Servicio de Cirugía General. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona.

Introducción y objetivos. La quimioterapia, y en particular los taxanos, son una herramienta clave en el tratamiento del cáncer de mama diseminado. Existe poca experiencia con la combinación de tres fármacos. El propósito de la serie fue evaluar la actividad y seguridad de la combinación de Docetaxel, 5-Fluorouracilo y Vinorelbina en primera línea en este contexto.

Materiales. Se incluyeron prospectivamente 30 pacientes con neoplasia de mama diseminada histológicamente demostrada, sin exposición previa a taxanos y que no habían recibido quimioterapia previa para enfermedad metastásica, que fueron tratadas con el esquema Docetaxel 75 mg/m², Vinorelbina 22,5 mg/m² y 5-Fluorouracilo 600 mg/m² el día 1 cada 21 días hasta un total de ocho ciclos excepto en caso de progresión o toxicidad inaceptable.

Resultados. Desde febrero de 1997 hasta agosto del 2005, fueron incluidas 30 pacientes, siendo 29 evaluables para valoración de respuesta y tiempo a la progresión. La edad media fue de 51 años, siendo posmenopáusicas un 65%. El 76% tenían un índice de Karnofsky \geq 80%. El 90% había recibido quimioterapia adyuvante previa (55% con antraciclina). El 51% tenían afectación visceral (hepática en un 24%). Se administraron 190 ciclos en total (media de 6 ciclos por paciente). La toxicidad hematológica más frecuente fue la anemia (69%). El 11% presentaron granulopenia grado 3 y 4. La toxicidad no hematológica más frecuente (excepto la alopecia) fue la mucositis en un 27%, siendo sólo en el 3% grado 3 y 4. La respuesta global fue 48%, existiendo estabilización de la enfermedad en un 34,5% de las pacientes. El tiempo medio a la progresión fue 9,2 meses y la supervivencia media global fue 19,5 meses.

Conclusiones. Nuestra experiencia sugiere que el esquema propuesto es activo y tiene una toxicidad aceptable. Sin embargo, publicaciones recientes hacen pensar que esquemas de tratamiento secuencial pueden conseguir resultados similares con una menor toxicidad.

L-30

MAYOR INCIDENCIA DE CONJUNTIVITIS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN O COMPLEMENTARIA CON ESQUEMAS QUE INCLUYEN DOCETAXEL

A.S. Rubiales, M.^aA. Saornil, E. Uña, Y. Muiños, M.^aL. del Valle, L. Gómez, S. Hernansanz, C. Gutiérrez, L.A. Flores y C. García Recio

Servicios de Oncología y Oftalmología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

Introducción y objetivos. La quimioterapia se asocia a toxicidad ocular. El docetaxel puede inducir patología lacrimal, que se manifiesta con signos y síntomas de conjuntivitis. Este estudio pretende conocer si los problemas oculares en relación con la quimioterapia en enfermas con cáncer de mama localizado aumentan al incluir el docetaxel en este tratamiento.

Materiales. Estudio retrospectivo de mujeres con cáncer de mama localizado o con recidiva local atendidas en una Consulta de Oncología Médica en tratamiento con quimioterapia. Se analizan las que refirieron de manera espontánea signos o síntomas de conjuntivitis (molestias, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño), aparentemente en relación con esta quimioterapia. Se incluyen los datos de la exploración oftalmológica de estas pacientes.

Resultados. Se registraron 55 pacientes, mediana de edad 56 años (límites: 26-76). 6 recibieron quimioterapia de inducción, 47 complementaria y 2 por recidiva local. Tras una mediana de 3 ciclos de tratamiento (límites 1-5), 12 pacientes refirieron espontáneamente signos y/o síntomas de conjuntivitis. Exploración oftalmológica: blefaritis 3/10; alteración de la agudeza visual 2/10; aumento de la presión ocular 0/10; fondo de ojo: nevus coroideo 1, drusas en ambos ojos 1; cataratas 1/10; alteración de la lágrima 3/5. A todas las pacientes se les recomendó tratamiento con lágrimas artificiales. Las manifestaciones de conjuntivitis no guardaron relación con otros efectos secundarios del tratamiento. La incidencia de conjuntivitis en función del esquema de quimioterapia fue: CMF 2/15 (13%), FAC/FEC 3/22 (14%), TEC/TE 7/18 (39%). Si se toman como referencia los esquemas clásicos (CMF, FAC, FEC), la razón de probabilidades (*odds ratio*) de aparición de conjuntivitis en los que incluyen docetaxel (TEC/TE) es 4,1 (IC 95%: 1,1-15,5; p = 0,05).

Conclusiones. La incidencia de conjuntivitis es mayor en las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia de inducción o complementaria con esquemas que incluyen docetaxel.

L-31

MANTENIMIENTO DEL TRASTUZUMAB TRAS LA RESPUESTA CLÍNICA ¿HASTA CUÁNDO? REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA PROPIA Y LITERATURA

J. Cervas Chopitea, J.L. García Llano, M. Palomera García, M. Cortés Béjar, M.^a Somovilla Cabezón, B. Bartolomé Castilla y R. Stolle Arranz

Unidad de Oncología y Cuidado Paliativo. Fundación Rioja Salud. Hospital de La Rioja.

Introducción y objetivos. Es evidente la ventaja del uso del trastuzumab en pacientes afectas de cáncer de mama Her 2 +++ y ++, asociado a quimioterapia. A raíz de las investigaciones *in vitro* e *in vivo*, parece que tras su retirada se produce una reactivación de la enfermedad ¿debe de administrarse de forma ininterrumpida? ¿sólo hasta progresión?

Materiales. Se realiza una doble revisión, tanto de la casuística propia de pacientes afectas de CMM tratadas con QT + Trastuzumab que han obtenido una remisión completa y mantenido el trastuzumab, así como una revisión de la literatura sobre el uso continuado del producto.

Resultados. Dentro de la casuística propia se aportan 7 casos de pacientes afectas de CMM, Her2 +++ que han sido tratadas con quimioterapia, 3 con taxotere + epirubicina, 3 con taxotere y 1 con caelix, junto con trastuzumab en forma convencional. Los 7 casos han presentado respuesta clínica completa, con período de seguimiento tras RC > de 12 meses. Se aplicaron un promedio de 5 ciclos de la combinación de taxotere y epirubicina, 6 de taxotere y 4 de caelix. Ningún caso ha presentado toxicidad miocárdica leve ni grave. Dentro del servicio la postura es mantener el trastuzumab hasta la progresión. En la revisión de la literatura efectuada, se remarcan los artículos clave, sin conclusión clara al respecto.

Conclusiones. 1) Fácil uso y aplicación del trastuzumab con la quimioterapia; 2) Escasa toxicidad en su uso; 3) Fácil mantenimiento del trastuzumab y 4) No existe un criterio claramente definido sobre su uso crónico.

L-32

EXPERIENCIA CLÍNICA CON FULVESTRANT EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO PRETRATADO

L. Salgado Boquete, P. Palacios Ozores, S. Varela Ferreiro, H. Jin Suh Oh, I. Fernández Pérez, F.R. García Arroyo, I. Lorenzo Lorenzo, P.M. López Clemente y M. Constenla Figueiras

Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción y objetivos. En el tratamiento del cáncer de mama metastásico (CMM) es frecuente la utilización secuencial de diversos agentes de quimio (QT) y hormonoterapia (HT). El Fulvestrant es un nuevo antagonista puro de los receptores estrogénicos aprobado para el tratamiento del CMM.

Materiales. Se trataron 16 pacientes (p) con CMM en un programa de uso compasivo, entre junio 2003 y febrero 2005. Se administró Fulvestrant 250 mg i.m. cada 28 días, hasta progresión o toxicidad inaceptable. La respuesta fue evaluada cada 3 meses.

Resultados. Características de los pacientes: Mediana de edad 61 años (59-75). Receptores hormonales: 14 p (87,5%) receptores de estrógenos (RE) positivos (+) y receptores de progesterona (RP) positivos. 1 p RE+RP-. 1 p RE-RP+. HER2: 7 p desconocido, 2 p positivo. Localizaciones metastásicas: mediana 2 (1-3). 12 p (75%) metástasis (mts) óseas; 4 p (25%) mts hepáticas; 4 p adenopatías metastásicas. PS (ECOG) al inicio del tratamiento: 0: 1 p, 1: 5 p (31,2%), 2: 8 p (50%), 3: 1 p. Tratamiento adyuvante: 11 p; 10 p (62,5%) HT adyuvante (9 p tamoxifeno; 1 p tratamiento secuencial con inhibidor de aromatasas (IA); 6 p 5 años de tamoxifeno); QT adyuvante: 9 p (56,2%); QT + HT: 8 p (50%). Número de líneas previas para CMM: 0: 1 p; 1: 5 p (31,2%); 2: 8 p (50%); 3: 2 p. IA previo: 15 p (93,7%) (8 p IA esteroideo y no esteroideo); 7 p IA inmediatamente anterior a Fulvestrant. QT previa para CMM: ≥ 1 línea 15 p (mediana:m2; rango: 0-6). Eficacia: 13 p evaluables para respuesta; 3 p respuesta parcial (RP); 8 p estabilización (EE); 2 p progresión (2 p a los 3 meses del inicio del tratamiento). Duración del tratamiento: mediana 5 meses (rango: 1-8 meses). Tolerancia: 15 p evaluables para toxicidad; 4 p (26,6%) efectos adversos leves (grado 1); 1 p sofocos, 1 p astenia, 1 p reacción en punto de inyección, 1 p hipertriosis.

Conclusiones. El tratamiento con Fulvestrant posee un perfil de toxicidad muy favorable en pacientes con CMM previamente tratado. La ausencia de resistencia cruzada con otros agentes hormonales le confiere una actividad prometedora en estas pacientes. Se requiere un mayor seguimiento para evaluar más objetivamente el valor del Fulvestrant en esta población.

L-33

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA DERIVACIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN SE REALICE DESDE CIRUGÍA GENERAL O GINECOLOGÍA?

A. Viana Alonso*, F. Marcos Sánchez, M.^aI. Albo Castaño, D. Marrupe González*, S. Casallo Blanco, M.^aJ. Martín Barranco y F. Juárez Ucelay

*Servicio de Medicina Interna y *Servicio de Oncología. Hospital N.º S.º del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.*

Introducción y objetivos. El adecuado desarrollo del hospital de día y de las consultas, supone asegurar una asistencia de calidad, pues entre ambas comprenden más del 80% de nuestra actividad. Objetivos: analizar diversos parámetros de medida de calidad asistencial en las pacientes derivadas a Oncología tras ser intervenidas de cáncer de mama, por

Cirugía General (CG) o Ginecología (G) y medir si hay diferencias entre ambos.

Materiales. Estudio observacional, prospectivo, de prevalencia, analizando cinco parámetros de calidad en 44 pacientes intervenidas de cáncer de mama y remitidas consecutivamente a la consulta de oncología durante el año 2003, 19 desde CG y 25 desde G. Los parámetros fueron: 1) Si constaba el resultado definitivo de la histología, tras la cirugía; 2) Si se había realizado el estudio de extensión previo a la intervención (radiografía de tórax, ecografía abdominal y gammagrafía o serie ósea); 3) Si se especificaba el estadio, siguiendo la clasificación TNM; 4) Si se había efectuado una cirugía adecuada al estadio y 5) Si la derivación se realizó entre los 15 y 30 días después de la cirugía.

Resultados. Cumplieron el primer parámetro, 17 de 19 pacientes de CG (89%) y 24 de 25 de G (96%); el 2.º, 8 de 19 enfermas de CG (42%) y 24 de 25 de G (96%); el 3.º, 2 de 19 de CG (10,5%) y 4 de 25 en G (16%); el 4.º, 17 de 19 de CG (89%) y 24 de 25 en G (96%) y el 5.º, 17 de 19 de CG (89%) y 24 de 25 de G (96%).

Conclusiones. La especificación del estadio únicamente lo cumplían menos del 20% de las pacientes, sin embargo nos preocupa más que un 58% de las enfermas intervenidas por CG no se ha realizado el estudio de extensión. Las pacientes de G cumplían mejor los parámetros analizados.

L-54

PUESTA EN MARCHA DE LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA (GC) EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

M.^aD. Torregrosa Maicas¹, R. Gironés Sarrió¹, J. Torró Richard², J. Medrano González², J.M.^a Cordero García⁵ y J. Aguiló Lucía⁴

¹Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna del Hospital de Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia. ²Servicio de Cirugía. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia. ³Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia. ⁴Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos. Para la puesta en marcha y posterior funcionamiento de la técnica quirúrgica de detección del Ganglio Centinela, es necesario disponer de un equipo multidisciplinar y técnico del que no siempre se dispone en los hospitales comarcales. Presentamos la vía clínica de funcionamiento utilizada en nuestro hospital, en el cual no existe Servicio de Medicina Nuclear. Solicitamos la colaboración del Servicio de Medicina Nuclear por la proximidad geográfica. El protocolo se inició en noviembre 2003 con la fase de validación.

Materiales. El día previo a la intervención, la paciente acude al Hospital de La Ribera. Se procede a la inyección peritumoral o subdérmica (1-3 ml) de coloide marcado con Tecnecio 99 m, (dosis de 1-3 mCi), y posterior linfogammagrafía, que se facilita a la paciente. El día de la intervención contamos con la asistencia en quirófano del especialista de Medicina Nuclear del H. de la Ribera. Tras incisión axilar se identifica el G.C. utilizando sonda Neoprobe 2000. Posterior comprobación histológica por impronta de existencia de tejido ganglionar en la pieza extirpada, continuado la intervención sobre la mama.

Resultados. Actualmente seguimos en fase de validación, con 26 pacientes, logrando la identificación del G.C. en 25 casos (96,15%), con 1 falso negativo (3,85%). El protocolo establecido se ha podido desarrollar sin problemas en la totalidad de los casos.

Conclusiones. El G.C. en un hospital sin Servicio de Medicina Nuclear es una técnica fácilmente reproducible y factible. La colaboración interhospitalaria y multidisciplinar permite ofrecer las técnicas actualmente activas a todos los pacientes, independientemente de su situación geográfica.

L-35

NECROSIS AVASCULAR DE LA MANDÍBULA INDUCIDA POR BIFOSFONATOS. UN EFECTO ADVERSO POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTAJ. Rodón, M.^a Martínez y M. Gil*Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia. IDIBELL, L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona.*

Introducción y objetivos. La necrosis avascular mandibular inducida por bifosfonatos (NAMIB) es una entidad poco conocida. El uso creciente de estos fármacos en pacientes con metástasis óseas hace esperar un aumento en su frecuencia. La sospecha clínica es la base para no confundirla con una metástasis en encía. Presentamos un caso y revisamos su fisiopatología.

Materiales. Caso: mujer de 48 años con neoplasia de mama y recidiva lentamente progresiva a nivel ganglionar y óseo por la que había recibido varias líneas de quimioterapia y de hormonoterapia así como tratamientos prolongados con bifosfonatos (Pamidronato 1,5 años y Zolendronato 1 año). A raíz de un dolor mandibular severo debido a una lesión eritroplásica, ulcerada y sobrelevada en la encía con TAC negativo para metástasis y biopsia compatible con gingivitis crónica con microabscesos se diagnosticó de NAMIB. No tenía antecedentes de extracciones dentales recientes que se asociaran a la misma.

Resultados. Discusión: la NAMIB se produce por una osteopetrosis generalizada que disminuye el aporte vascular y al que se suma una sobreinfección propiciada por bocas sépticas. Al parecer el efecto antiangiogénico de los bifosfonatos descrito a nivel experimental sería la base fisiopatológica de este efecto. Este efecto antiangiogénico observado tanto en la clínica (NAMIB) como en el laboratorio puede constituir una de las ventajas teóricas para ensayar estos fármacos en adyuvancia.

Conclusiones. Los bifosfonatos han demostrado una disminución de los eventos óseos en cáncer de mama. La NAMIB es un efecto secundario raro (incidencia descrita de < 1% de ptes con bifosfonatos) a tener en cuenta para no confundirlo con progresión metastásica. Este trabajo pretende extender su conocimiento entre los oncólogos y generar una hipótesis traslacional entre la clínica, el laboratorio y el ensayo clínico.

L-36

LOCALIZACIONES METASTÁSICAS INUSUALES DE CÁNCER DE MAMA. REVISIÓN DE 5 CASOS

J. Jiménez Hefferman*, F. Pérez González*, E. García-Rico** y N. Martínez Jáñez**

**Servicio de Anatomía Patológica. **Servicio de Oncología. Hospital Madrid-Montepríncipe. Madrid.*

Introducción y objetivos. La presencia de metástasis en localizaciones inusuales puede simular otros procesos, segundos tumores o, si la enfermedad debuta clínicamente como metastásica, puede confundir o retrasar el diagnóstico. Revisamos cinco casos de cáncer de mama con metástasis atípicas.

Materiales. Tres casos presentaban antecedentes de carcinoma lobulillar, ductal infiltrante (1), sin antecedente (1). Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica con marcadores epiteliales y de mama, así como estudios de extensión convencionales.

Resultados. Las formas de presentación fueron las siguientes: 1) Antecedentes de lobulillar, debuta con un cuadro de tiroiditis; 2) Antecedentes de lobulillar, metástasis en cérvix uterino que se manifestó en una citología ginecológica convencional; 3) Antecedentes de lobulillar, cuadro de obstrucción intestinal por tumoración en colon y 4) Sin antecedentes, cuadro de ictericia obstructiva con tumoración en cabeza pancreática (ductal infiltrante).

Conclusiones. El carcinoma lobulillar es el tipo histológico que con más frecuencia presenta localizaciones metastásicas atípicas. En tumores muy indiferenciados debe contemplarse esta posibilidad. En estos casos, la inmunohistoquímica es imprescindible.

L-37

METÁSTASIS CEREBRALES QUÍSTICAS DE CÁNCER DE MAMA, DISCORDANCIA ENTRE TÉCNICAS DE IMAGEN Y BIOPSIA, RNM Y PET. A PROPÓSITO DE UN CASOM. Díaz Martín, I. Lanchas*, M.^aH. López de Ceballos Reyna, M. Bolaños Naranjo, A. Rodríguez Jaraiz y P. Borrega García
*Oncología Médica. *Medicina Nuclear. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.*

Introducción y objetivos. Caso clínico: paciente de 56 años de edad, diagnosticada en enero de 2005 de tumor de mama derecha, carcinoma ductal infiltrante EpT2N1M0, receptores negativos, ERB-2 +++, recibió tratamiento adyuvante con antraciclinas y posteriormente radioterapia locorregional. Tras 6 meses presenta metástasis a hueso e hígado. Recibió tratamiento con Docetaxel y Herceptin (6 ciclos), con respuesta parcial y posteriormente Herceptin de mantenimiento. Tras 10 meses acude por cuadrantanopsia de 15 días de evolución. En RNM se informa de lesiones quísticas de aspecto líquido bilaterales. Serología a toxoplasma, VIH, cisticercos e hidatidosis negativos. PET cerebral informado como ausencia de captación sobre las lesiones quísticas, se descarta su origen maligno de moderado-alto grado. Biopsia estero-atáxica compatible con metástasis de cáncer de mama.

Resultados. Las metástasis cerebrales en tratamientos continuos con anticuerpos monoclonales en cáncer de mama está descrita; la forma quística como presentación de las metástasis cerebrales es poco frecuente, y, siempre que sea posible, se deben utilizar las pruebas menos agresivas ante actitudes paliativas. El empleo de PET para descartar enfermedad metastásica que pueda cambiar actitudes terapéuticas es un hecho constatado. Diversos factores y circunstancias modifican la captación de FDG algunos dependientes del tumor y otros extrínsecos. Entre los primeros la heterogeneidad tisular con bajas captaciones en tumores mucinosos, quísticos y necróticos, la cantidad de células viables, el grado de proliferación celular, el grado de hipoxia y factores extrínsecos como el tamaño, localización cortical por actividad similar a la sustancia gris cerebral normal, hiperglucemia, el llamado efecto de "volumen parcial" y los tratamientos previos pueden alterar la sensibilidad y conducir a conclusiones y actitudes erróneas.

Conclusiones. Conocer los mecanismos de fijación y su fisiopatología, así como la historia natural de los tumores, es importante para la interpretación de los estudios gammagráficos. La colaboración entre equipos de especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer se hace imprescindible para optimizar los medios diagnósticos disponibles.

Gastrointestinal no colorrectal

L-38

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR AVANZADO: ANÁLISIS DE UN ÚNICO CENTRO

J.A. Pérez Fidalgo, A. López Jiménez, A. Oltra Ferrando e I. Maestu Maiques

Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy.

Introducción y objetivos. El carcinoma de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia más frecuente del tracto biliar con una

incidencia de 1-2 casos por 100.000 habitantes y año (1). La existencia de variaciones geográficas sugiere la presencia de factores de riesgo ambientales. El objeto del estudio fue describir resultados en términos de supervivencia del tratamiento y analizar factores de riesgo de CVB de nuestro entorno.

Materiales. Se han analizado todos los pacientes (ptes) con diagnóstico de adenocarcinoma de vesícula biliar en estadio III o IV en nuestro centro entre 1997 y 2003.

Resultados. Se estudiaron 12 ptes (10 mujeres y 2 hombres) con una mediana de edad de 76,5 años (rango 56-87). En todos el diagnóstico fue adenocarcinoma y se trataba de tumores avanzados (estadio III en 9 ptes y IV en 3). El 58% de los ptes presentaban litiasis biliar y un 25% eran obesos. Un paciente tenía vesícula en porcelana. Ningún paciente era fumador ni tomador de anticonceptivos. Al diagnóstico el dolor estaba presente en el 85,4%, la ictericia en el 41,7%, y la fiebre y las náuseas en el 25%. La cirugía fue posible en 10 ptes (9 estadios III y 1 IV), en sólo 4 (35,3%) la resección fue completa. Ninguno recibió radioterapia ni quimioterapia (QT) adyuvantes. En los 2 pacientes no intervenidos se administró QT paliativa con 5Fu-Gemzitabina sin objetivar respuesta. Hubo 9 recaídas (7 locorreccionales y 2 sistémicas) con un tiempo medio hasta la progresión de 10 meses. Sólo 2 pacientes recibieron QT en la recaída. Todos los ptes han fallecido, 10 por enfermedad y 2 al postoperatorio. La supervivencia mediana causa específica fue de 15,53 meses (rango 9,6-19,9 meses).

Conclusiones. Si bien la cirugía agresiva es el tratamiento recomendado en CVB reseccables, la selección adecuada de ptes es fundamental para minimizar la mortalidad perioperatoria. Es necesario desarrollar ensayos randomizados que aclaren el papel de la QT-RT.

L-39

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2004

M.^aJ. Molina Garrido, A. Mora Rufete, C. Guillén Ponce, S. Maciá Escalante, M.^aJ. Martínez Ortiz, I. Ballester, V. Pons, A. Rodríguez-Lescure, J. Gallego Plazas y A. Carrato Mena
Servicio de Oncología. Hospital General Universitario. Elche.

Introducción y objetivos. Evaluar las características de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de intestino delgado en el Hospital General Universitario de Elche entre los años 2001 y 2004.

Materiales. Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de intestino delgado en el Hospital General Universitario de Elche entre los años 2001 y 2004. Se recogieron datos clínicos de los pacientes, técnicas empleadas para el diagnóstico y tratamiento administrado, así como la evolución final de la enfermedad.

Resultados. Se incluyó un total de 5 pacientes (100% hombres). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 61 años. El motivo de consulta más frecuente fueron las náuseas y vómitos (60%). La localización más típica fue la primera porción de duodeno. En un 80% de los casos, el diagnóstico se obtuvo por biopsia de intestino delgado. Se administró quimioterapia en el 60% de los pacientes (5-FU y CPT-11 fue el esquema más empleado). En ninguno de los casos fue posible la intervención quirúrgica, por tratarse de estadios avanzados. Sólo un paciente permanece vivo en la actualidad.

Conclusiones. El adenocarcinoma de intestino delgado es el tumor más frecuente de intestino delgado, junto con el tumor carcinóide. Su incidencia es igual en hombre y mujeres, dato que no se cumple en nuestro hospital. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados debido a la inespecificidad de los síntomas (epigastralgia, alteración del hábito gastrointestinal). Esto limita mucho las posibilidades quirúrgicas de los pacientes. La evolución suele ser fatal en la gran mayoría de los pacientes.

Ginecológicos

L-40

TERAPIA DE CONSOLIDACIÓN EN CARCINOMA DE OVARIO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 22 PACIENTES TRATADAS EN NUESTRO CENTRO

C. González, S. Neciosup, C. Mendiola, J. Sobrino, E. Ciruelos, F. Segovia y H. Cortés-Funes
Servicio de Oncología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos. El carcinoma de ovario supone el 5% del total de tumores malignos en la mujer, siendo la 4.^a causa de muerte por cáncer en las mujeres. Aunque con las terapias de 1.^a línea se consigue un 70% de respuestas, la mayoría de las pacientes recaen. Distintas terapias de consolidación han sido investigadas para mejorar estos resultados. Objetivos: describir los resultados en cuanto a supervivencia libre de enfermedad-recaída, de un grupo de 22 pacientes tratadas en nuestro centro con distintas terapias de consolidación.

Materiales. Veintidós pacientes tratadas con terapia de consolidación tras al menos una línea previa basada en platinos. Quince pacientes tratadas con paclitaxel 175 mg/m² en 3 horas cada 3 semanas y siete tratadas con radioterapia abdómino-pélvica. Se determinó la supervivencia global y el período libre de progresión mediante el método de Kaplan-Meier. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS-10.

Resultados. En el grupo tratado con paclitaxel la mediana de supervivencia libre de enfermedad hasta la fecha es de 24,25 meses. En el grupo tratado con radioterapia la mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 21 meses.

Conclusiones. El grupo estudiado es muy heterogéneo por lo que extraer conclusiones es difícil. Se requieren estudios randomizados en los que se comparen grupos similares para obtener conclusiones fiables en cuanto a la eficacia de las terapias de consolidación.

L-41

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN TRAS HIPERSENSIBILIDAD A CARBOPLATINO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO

T. Sampedro Gimeno*, A. Casado Herráez*, S. López-Tarruella Cobo*, J. Puente Vázquez*, C. Bueno Muiño*, E. Grande Pulido*, F. Moreno Antón*, J.A. García-Sáenz*, M. Martín Jiménez* y E. Díaz-Rubio*

**Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.*

Introducción y objetivos. El Carboplatino solo o en combinación es el tratamiento de elección en las enfermas con recaída por cáncer de ovario platino-sensibles. La reintroducción del Carboplatino se asocia a un incremento de las reacciones de hipersensibilidad que comprometen el beneficio del tratamiento. Varios autores han sugerido normas de reintroducción del Carboplatino (Markman M et al, J Clin Oncol 1999, Lee C-W et al, Gynecol Oncol 2004). Una pauta sencilla y eficaz es la infusión prolongada de diluciones con dosis crecientes de Carboplatino, aunque esta técnica precisa de ingreso hospitalario. La sustitución de Carboplatino por Oxaliplatin podría resultar de interés, ya que no se han descrito casos de hipersensibilidad cruzada (Gutiérrez M et al, J Clin Oncol 2002).

Materiales. Se han evaluado las pacientes con cáncer de ovario que presentaron reacciones de hipersensibilidad tras administración de Carboplatino. El método de desensibilización farmacológica ha consistido en la infusión de diluciones progresivas de Carboplatino (1/1.000, 1/100, 1/10 y resto de

dosis) durante un total de 16,5 horas. En los ciclos sucesivos se valoró el cambio de Carboplatino por Oxaliplatin.

Resultados. Entre 1995-2004, cinco pacientes con cáncer de ovario recurrente platino-sensible, han recibido desensibilización farmacológica tras reacciones de hipersensibilidad moderada o grave (3 y 2 pacientes respectivamente). La media de ciclos previos de Carboplatino fue de 7,4, con una mediana de dosis de Carboplatino previo de 450 mg. Sólo hubo una paciente que experimentó una nueva reacción de hipersensibilidad a Carboplatino en los ciclos posteriores. Con posterioridad en 3 pacientes se sustituyó Carboplatino por Oxaliplatin para facilitar el tratamiento ambulatorio de las pacientes. Con una mediana de seguimiento de 14 meses, 4 pacientes permanecen vivas.

Conclusiones. El método de desensibilización a Carboplatino en 16 horas parece sencillo y seguro. La posibilidad de poder sustituir Carboplatino por Oxaliplatin es una posible alternativa si se desea evitar ingresos hospitalarios.

L-42

SEGURIDAD Y ACTIVIDAD DE TOPOTECÁN SEMANAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO EN PROGRESIÓN A PLATINOS

I. Tena, A. González, V. Soriano, E. García, M.^aA. Vaz, J. Lavernia, S. Baviera, T. Navarro, V. Guillem y A. Poveda
Servicio Oncología Médica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia y Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción y objetivos. Determinar la toxicidad y la actividad de topotecán en pauta de administración semanal en pacientes con cáncer de ovario o primario peritoneal avanzado previamente tratadas.

Materiales. Estudiamos 16 pacientes pretratadas con al menos 1 línea de quimioterapia basada en platino. Edad media: 62 años (49-77). ECOG 0:2 pacientes, 1:7, 2:6, 3:1. Histología: seroso 9, endometroide: 2, mucinoso: 2, indiferenciado: 1, n.e: 1. Pacientes con criterio de sensibilidad/resistencia a platino: 31%/69%. Media de líneas previas de quimioterapia 4, (1-9); basados en platino 2 (1-5). Pauta de tratamiento: topotecán 3 mg/m² 2 días 1, 8 y 15 cada 28.

Resultados. Se valoran 15 pacientes. Se administraron 51 ciclos con un total de 142 dosis. Se precisó reducción de dosis del 25% por toxicidad renal en un paciente. Retraso por toxicidad hematológica: 1 ciclo. Número de dosis omitidas o retrasadas por toxicidad: día +8: 2, día +15: 6. Toxicidad (por paciente): neutropenia no febril: G1:1, G2:5, G3:0, G4:2. Se empleó G-CSF en 1 paciente. Anemia G1:4, G2:5, G3:4. Trombopenia: G1:1, G2:2. Toxicidad no hematológica astenia G1:2, G2:1, G3:2. Náuseas G1:2, G2:2. Renal: G0:12, G1:5. Eficacia: Respuestas objetivas: RP: 1 (7%) (+5 meses), EE: 4 (26%) PE: 10 pacientes (66%). No existen todavía datos de supervivencia global.

Conclusiones. El esquema de topotecán semanal presenta una buena tolerancia, aunque la eficacia en nuestra serie de pacientes, muy pretratadas, ha sido modesta.

L-43

METÁSTASIS CEREBRALES DE CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

S. López-Tarruella Cobo*, A. Casado Herráez*, F. Moreno Antón*, J. Puente Vázquez*, C. Bueno Muiño*, E. Grande Pulido*, T. Sampedro Gimeno*, J.A. García-Sáenz*, C. Saldaña** y E. Díaz-Rubio

*Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. El carcinoma epitelial de ovario (CEO) tiene un patrón de diseminación fundamentalmente locoregional. La afectación del SNC por CEO es muy infre-

cuente (<1%), sin embargo empieza a describirse un aumento de esta complicación, que se atribuye a una mayor supervivencia obtenida con cirugías de máximo esfuerzo y con tratamientos basados en platino. El objetivo del estudio es determinar la incidencia de metástasis cerebrales de CEO en las pacientes tratadas en nuestra institución durante los últimos 9 años.

Materiales. Estudio retrospectivo de las mujeres con CEO diagnosticadas de metástasis cerebrales en nuestro centro. Se recogieron las variables clínicas, histológicas, tratamientos para el tumor primario y metástasis cerebrales, clínica neurológica, número y localización de las metástasis y supervivencia.

Resultados. Entre 1995-2004 se han diagnosticado 425 CEO en nuestro centro, con una incidencia de 6 casos de metástasis cerebrales (0,14%). La edad media fue de 68 años. Al diagnóstico inicial, todas las pacientes tenían CEO en estadio avanzado (III o IV) y grado II-III. Las dos pacientes que presentaron lesiones cerebrales únicas recibieron tratamiento quirúrgico y radioterápico, encontrándose en la actualidad, vivas y sin evidencia de enfermedad. La mediana de supervivencia fue 5,5 meses (1-54+).

Conclusiones. La afectación del SNC es una manifestación habitualmente tardía en la historia natural del CEO, apareciendo en pacientes con larga supervivencia que han recibido múltiples líneas de quimioterapia. No obstante, en ocasiones aparecen como primer signo de recaída en pacientes que han alcanzado respuesta completa a nivel locoregional tras quimioterapia y cirugía. El tratamiento con quimioterapia y radioterapia ofrece un beneficio modesto en la supervivencia de estas pacientes. La cirugía sigue siendo el mejor abordaje posible, debiendo valorarse sola o en combinación con quimioterapia y radioterapia en función de la situación de la paciente y la localización y número de las metástasis cerebrales.

L-44

TOPOTECÁN SEMANAL EN CÁNCER DE OVARIO DISEMINADO

L. Manso Sánchez y C. Mendiola Fernández
Servicio de Oncología Médica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos. El tratamiento del cáncer de ovario se basa en la reducción quirúrgica óptima y la posterior administración de quimioterapia. El tratamiento estándar hoy es la combinación de platino y paclitaxel. Topotecán es un análogo semisintético de la camptotecina, ha demostrado eficacia en tumores resistentes a platino y a paclitaxel, con respuestas 13% y 25% 1,5. Objetivo: analizar si topotecán semanal es un esquema eficaz y seguro en el tratamiento de cáncer de ovario metastásico.

Materiales. Hemos recogido los datos de 14 pacientes con carcinoma de ovario avanzado tratadas con topotecán semanal. El tratamiento consistió en una inyección semanal de topotecán de 30 minutos. Las pacientes empezaron con una dosis de 2 mg/m² que se aumentó en 0,5 mg/m², excepto una paciente que comenzó con dosis de 1,5 mg/m², tras 3 dosis, aumentó a 2 mg/m².

Resultados. Progresión clínica 2 (14,3%). Progresión radiológica 1 (7,2%). Aumento del CA-125 5 (35,7%). La duración de tratamiento oscilo entre 4 a 10 semanas. La toxicidad hematológica es mucho menor, lo que también concuerda con lo publicado en la literatura 1,4. Lo más frecuente ha sido la anemia, en más de la mitad de las pacientes en grado 1-2 y en un tercio en grado 3-4. Se evaluó la necesidad de transfusión de concentrados de hemáties, siendo necesaria en el 35%. La trombopenia fue menor, en ningún caso severo, Neutropenia grado 3-4 se dio en el 21% de las pacientes. No hubo neutropenia febril.

Conclusiones. Podemos concluir que el topotecán semanal es un esquema eficaz y bien tolerado, con mielosupresión como

mayor efecto secundario. La dosis definitiva aún está por establecer, sobre todo en pacientes sometidas a distintas líneas de quimioterapia, con derivados del platino, que hace que su reserva medular sea menor y que por tanto puede limitar la dosis que reciban.

Traslacional

L-45

EVALUACIÓN DEL VALOR PREDICTIVO DEL POLIMORFISMO 3R/2R N 50 PACIENTES TRATADOS CON DISTINTOS ESQUEMAS DE 5-FU

M.F. Paz de Paz, E. García-Rico, N. Martínez Jáñez y M.^a Cornide Santos

Hospital Madrid-Montepríncipe. Madrid.

Introducción y objetivos. Definir la capacidad predictiva de los distintos genotipos del polimorfismo 3R/2R del promotor del enzima timidilato sintetasa en cuanto a toxicidad y sensibilidad a varios esquemas de quimioterapia que utilizan 5-Fluoruracilo.

Materiales. Se obtuvieron muestras de sangre periférica de 50 pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, cabeza y cuello, mama y pulmón que previamente habían sido tratados con distintos esquemas de quimioterapia conteniendo 5-Fluoruracilo, tanto adyuvantes como paliativos. Mediante amplificación por PCR del promotor del gen de la TS y posterior digestión con Hae III se obtuvieron los fragmentos mediante los que se definieron dos genotipos.

Resultados. Los genotipos 2R/3G, 3C/3G, 3G/3G mostraron baja toxicidad al tratamiento. Los genotipos 2R/2R, 2R/3C, 3C/3C mostraron toxicidad al tratamiento.

Conclusiones. Es posible ajustar los esquemas y dosis de tratamiento mediante la identificación previa de los genotipos relacionados con toxicidad.

L-46

DÉFICIT DE DIHIDROPIRIMIDINA DEHIDROGENASA (DPD): ¿PENSAMOS EN ÉL?

R. Gironés Sarrió*, C. Wolstein Lara** y M.^aD. Torregrosa Maicas*

*Oncología Médica. **Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna del Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Introducción y objetivos. El 5 fluorouracilo y derivados es uno de los citostáticos más empleados en Oncología. En su metabolismo interfiere la DPD. Un 40%-50% de las toxicidades grado 3-4 se deben a déficit parcial o completo de DPD secundario a un defecto genético. Pero hasta que no aparece toxicidad severa, no suele sospecharse. Presentamos 2 casos de toxicidad a fluoropirimidinas orales, que clínicamente orientan a déficit de DPD.

Materiales. Caso 1: mujer de 32 años. Adenocarcinoma de recto. Tratamiento preoperatorio con radioterapia según protocolo activo en nuestro centro y UFT oral 400 mg/m² concomitante. Tras 4 dosis ingresó en UCI por shock séptico en situación de neutropenia grado 4, mucositis grado 3. Caso 2: varón de 74 años. Adenocarcinoma de recto metastásico (hepáticas). Inició tratamiento con Capecitabina (1.250 mg/m²/12 horas). Presentó ataxia, inestabilidad a la marcha, pérdida de sensibilidad y déficit neurológico de funciones superiores. TAC/RMN cerebral: descarta causa orgánica. EMG: polineuropatía sensitivo-motora axonal. Se suspende el tratamiento. Actualmente con tratamiento sintomático y lenta mejoría. Ambos casos están pendientes de confirmación diagnóstica.

Resultados. Discusión: la presentación clínica típica del déficit de DPD incluye fiebre (en situación de neutropenia), mucositis y diarrea (cuadro similar a sobredosis por 5FU). También pueden aparecer alteraciones neurológicas (ataxia cerebelosa, aumento de la base de sustentación, cambios en función cognitiva). La sospecha clínica es el arma fundamental para solicitar el diagnóstico de este déficit.

Conclusiones. El diagnóstico clínico de déficit de DPD es difícil. Es importante sospecharlo por el riesgo de toxicidad con compromiso vital que experimentan estos pacientes. DPD está implicada también el metabolismo de los derivados orales. El incremento en el empleo de los mismos puede aumentar la incidencia clínica de este déficit. El déficit de DPD es un ejemplo que ilustra el impacto de la farmacogenética en la quimioterapia del cáncer.

Urología

L-47

CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONORESISTENTE: EFICACIA DE NAVELBINE (NV) EN MONOTERAPIA, ADMINISTRADA EN 1.ª LÍNEA, 2.ª LÍNEA Y COMO MANTENIMIENTO, EN DISTINTA PAUTA

A. Rodríguez Sánchez, A. García-Palomo Pérez, P. Díz Taín, C. Castañón López, F. González González, M. Pedraza Lorenzo, L. González de Sande y M.C. Fernández Fernández

Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen Blanca. León.

Introducción y objetivos. La quimioterapia juega un papel importante en el cáncer de próstata hormonoresistente, ratificado con la aprobación de Docetaxel en tal indicación. Otro citostático que está demostrando buenos resultados es Nv, como se ve en los tres casos que expongo a continuación, cuya novedad radica en que se ha administrado en tres situaciones diferentes y en distinta pauta.

Materiales. A) 73 años, progresión ósea, bioquímica (PSA 88) y metástasis ganglionares, Nv 30 mg/m² semanal y luego día 1 y 8 cada 21. B) 52 años, progresión ósea y bioquímica (PSA 100), Docetaxel 100 mg/m² cada 21 días por 4 ciclos objetivándose progresión ósea y bioquímica (PSA 616), Nv 30 mg/m² semanal y luego día 1 y 8 cada 21. C) 74 años, progresión ósea y bioquímica (PSA 1779), Docetaxel 50 mg/m²-Nv 25 mg/m² cada 21 x 10 ciclos y luego Nv 25 mg/m² cada 15 días de mantenimiento.

Resultados. A) Tras 19 semanas de tratamiento respuesta parcial (RP) ganglionar y RP ósea, PSA 0,53, mejoría del dolor. Luego se han administrado 7 ciclos en día 1 y 8 cada 21 con respuesta clínica completa y estabilización ósea, PSA 2,26, mejoría del dolor. Toxic. hematológica: anemia g. III. Toxic. no hematológica: astenia g.II. B) Tras 12 semanas de tratamiento PSA 368 y RP ósea. Tras 24 semanas de tratamiento PSA 1.660 y estabilización ósea. Tras 36 semanas de tratamiento PSA 312 y estabilización ósea. Luego se han administrado 6 ciclos en día 1 y 8 cada 21 con PSA 355 y estabilización ósea continuando actualmente dicho tratamiento. Toxic. hematológica: anemia g.III y Neutropenia g.III. No Toxic. no hematológica. C) Tras 10 ciclos RP ósea y PSA 22 con ausencia de dolor. Toxic. hematológica: anemia g.II, Neutropenia g.III. No toxic. no hematológica. Tras 16 ciclos continua con estabilización ósea y PSA 6,7 con ausencia de dolor, continuando actualmente dicho tratamiento. Toxic. hematológica: neutropenia g.II, Anemia g.I. No toxic. no hematológica.

Conclusiones. Nv es un citostático a tener en cuenta en el cáncer de próstata hormonoresistente pudiendo aportar un beneficio clínico al paciente tanto en 1.ª línea, 2.ª línea como de mantenimiento a diferentes pautas y con una excelente tolerancia.

L-48

USO DE LA DEXAMETASONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO RESISTENTE. REVISIÓN DE SU USO Y COMPARACIÓN CON OTRAS ESTRATEGIAS

J. Cevas Chopitea, J.L. García Llano, M. Cortés Béjar, M.^a Somovilla Cabezón, B. Bartolomé Castilla, M. Palomera García y R. Stolle Arranz

Unidad de Oncología y Cuidado Paliativo. Fundación Rioja Salud. Hospital de la Rioja.

Introducción y objetivos. La gran cantidad de enfermos con cáncer de próstata avanzado y resistente justifica la búsqueda de soluciones terapéuticas fáciles y aplicables diariamente. El uso de la dexametasona como arma terapéutica es discutido, pero a pesar de las pocas referencias existentes, su empleo clínico es extenso.

Materiales. Se revisan los enfermos con cáncer de próstata extenso resistente a hormonoterapia y quimioterapia tratados durante los años 2003 y 2004 con dexametasona como droga activa única y período de seguimiento superior a 6 meses.

Resultados. Un total de 7 pacientes cumplen los criterios de resistencia a tratamiento hormonal y quimioterápico, siendo tratados con dexametasona como fármaco activo en dosis de 4 a 8 mg diarios en función del peso. Todos los pacientes presentaban afectación metastásica ósea, 3 de ellos con afectación pulmonar y ninguno afectación hepática. 5 de ellos adenopatías metastásicas abdominales. La mediana de seguimiento es de 32 semanas (23-68), siendo la supervivencia media obtenida tras constatarse el fracaso de la hormonoterapia de 43 semanas (23 a 102). La respuesta detectada en el nivel de PSA fue una reducción de > 50% en los 7 pacientes. Dentro de los efectos secundarios, se presentó efecto Cushing en el 100%, fracturas óseas 1 de 7 pacientes, descompensación glucémica 3 de 7, necesidad de uso de insulina en 1 de 7. Ningún paciente abandonó el tratamiento.

Conclusiones. 1) Evidencia de respuesta clínica importante por el uso de la dexametasona como droga única, en ausencia de metástasis hepáticas; 2) Fácil manejo clínico; 3) Efectos secundarios asumibles dentro del tratamiento paliativo y 4) Nivel de respuesta semejante al uso de la quimioterapia.

L-49

VALORACIÓN DE DE MASAS RESIDUALES CON PET EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUMOR GERMINAL NO SEMINOMATOSO DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA

M.^aA. Sala, E. Galve, T. Abad, P. Martínez del Prado y V. Alija

Sección de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

Introducción y objetivos. Valoración de las masas residuales tras la quimioterapia en pacientes con diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso (TGNS).

Materiales. Durante el año 2003-4 3 de los pacientes diagnosticados de TGNS en nuestro centro presentaban masa residual tras la QTP y se les realizó PET. Paciente A: carcinoma embrionario. pT3N2M1 (Mtx óseas y pulmonares). BOMP-EPI X 6. TAC: masa residual retroperitoneal. Marcadores negativos. PET: no captación. Cirugía: resección masa residual (tumor viable). Paciente B: carcinoma embrionario. pT3N2M0 BEP X 4. TAC: masa residual retroperitoneal. Marcadores negativos. PET: no captación. Cirugía: resección masa residual (no tumor viable). Paciente C: carcinoma embrionario. pT1N2M0 BEP X 6. TAC: masa residual retroperitoneal. Marcadores negativos. PET: no captación. No cirugía.

Resultados. Los pacientes B y C se mantienen sin evidencia clínica de enfermedad, en respuesta completa bioquímica y

sin progresión radiológica en TC a un año de seguimiento. El paciente A se han utilizado dos líneas más de quimioterapia por progresión.

Conclusiones. Se requieren más estudios para la utilización rutinaria de la PET como método de diagnóstico en la valoración de la masa residual tras quimioterapia en pacientes con tumor germinal no seminoma.

L-50

UTILIDAD DE LAS LECTINA, PCNA Y P16 COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN LOS CARCINOMAS TRANSICIONALES DE VEJIGA SUPERFICIALES

R. Mosquera, C. Guzmán-Bistoni, G. Mosquera, A. Gloria Sánchez, Y. Fuentes, E. Triguboff, J. García-Tamayo y E. Blasco-Olaetxea

Instituto Investigación y Ciencia-Fuerteventura, Novapath. Maracaibo. Venezuela, Instituto Canario de Investigación del Cáncer ICIC y Hospital de Fuerteventura.

Introducción y objetivos. La clasificación de los carcinomas vesicales atendiendo a su grado de diferenciación y estadio de infiltración, constituye el elemento más válido para establecer la agresividad de estos tumores. No obstante, un cierto grupo de neoplasias de bajo grado y estadio muestran un especial comportamiento agresivo, con alto índice de recurrencias y tiempo de evolución rápido. Otros, que se presentan con lesiones histológicamente idénticas a esos otros que no recurren, sin embargo, en los años siguientes tienen repetidas recurrencias, con alguna lesión que progresa a la invasión. Por otra parte, un tercer grupo presenta desde el principio tumores invasivos profundos. El reconocimiento de este tipo de tumores constituye hoy en día un grave problema en la clínica urológica.

Materiales. Se estudiaron diversos marcadores en pacientes con carcinoma transicional de vejiga superficial, usando anticuerpos monoclonales dirigidos contra las distintas especificidades antigénicas de grupo sanguíneo, lectinas como la *Arachis hipogaea*, *Viscum album*, *Jacalina*, *Artocarpus interfolifolia*. El Ac Mo PC 10 para reconocer la fracción proliferativa nuclear, y la proteína p16 mediante técnicas de inmunoperoxidasa e inmunofluorescencia.

Resultados. Encontramos buena correlación clínica con la pérdida de expresión de los antígenos ABH en relación al grado y estadio de los tumores estudiados. La presencia de antígeno T mostró alteraciones en los carcinomas transicionales de vejiga, presentando pérdidas de expresión focal o total, e incluso expresión aberrante del antígeno T críptico. El Ac Mo PC 10 se mostró como un excelente marcador de agresividad. Todos los carcinomas superficiales estudiados que mostraron un índice de positividad superior al cuarenta por ciento presentaron tendencia a la recurrencia e invasión. P16 mostró valor pronóstico en la progresión de la enfermedad.

Conclusiones. En Conclusión nosotros pensamos que el estudio de los Antígenos de Grupo Sanguíneo mediante Ac Mo y Lectinas; junto con el estudio de la PCNA y la p16 ofrecen información pronóstica en los carcinomas de vejiga superficiales.

L-51

TUMOR GERMINAL OVÁRICO Y PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.^aM. Muñoz Sánchez, G. Rubio Romero, A. Olaverri Hernández, L. Pombo Parada, D. García, A. Moya, A. Melero, S. Relanzón, F. Martín y L. Chiva

Unidad de Oncología Médica. Servicio de Ginecología. S. Radiodiagnóstico y S. Medicina Nuclear. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. Servicio de Ginecología. Clínica M.D. Anderson. Madrid.

Introducción y objetivos. Los tumores germinales del ovario presentan una incidencia del 2%-3% en los países occidentales, pero debido a que tienen altos índices de curación, a que

afectan a mujeres jóvenes y a que los tratamientos pueden afectar la fecundidad el óptimo manejo por parte de los especialistas implicados es altamente necesario. A raíz del caso que presentamos se realizó revisión multidisciplinar del caso y de la literatura.

Materiales. Revisión de la historia clínica; Estudio de imagen con TAC, ecografía, PET y colonoscopia; Revisión histológica; Reunión de equipo multidisciplinar y Revisión bibliográfica.

Resultados. Se trata de una paciente de 29 años diagnosticada de Disgerminoma estadio IC tratada mediante salpingo-forectomía derecha y resección en cuña del ovario izquierdo y quimioterapia (QT) adyuvante esquema BEP x 3 ciclos, con toxicidad hematológica g IV. En el estudio de imagen mediante TAC tras finalizar QT se objetiva masa pélvica quística inhomogénea de 9 cm que impronta sobre recto y vejiga. Marcadores tumorales y LDH sin alteraciones. Se completa estudio mediante ecografía que objetiva masa quística compleja y PET que confirma actividad de la lesión a nivel periférico con SUV 5 y sospecha de afectación ganglionar paratrónica. Colonoscopia: sospecha de infiltración extrínseca con AP negativa. Con la sospecha clínica de recidiva precoz tras fin de QT se decide realizar cirugía radical: histerectomía + ovariectomía izquierda + linfadenectomía + resección segmentaria de recto. El resultado anatomopatológico es de pseudotumor inflamatorio con adenopatías reactivas, en el seno de ooforitis crónica; por lo que no se realiza tratamiento oncológico posterior.

Conclusiones. La realización de un manejo terapéutico óptimo y una aproximación multidisciplinar en las pacientes con tumores germinales ováricos es muy importante para no reducir las posibilidades de curación y de mantenimiento de la fertilidad.

L-52

TUMOR DE WILMS EN EL ADULTO

M.^a Cornide Santos*, E. García Rico*, E. de Vicente López**, Y. Quijano Collazo** y G. Zarzosa Hernández**

*Servicio de Oncología Médica. H. Madrid Montepríncipe. **Servicio de Cirugía General. Hospital Madrid Montepríncipe. Madrid.

Introducción y objetivos. El tumor de Wilms es una neoplasia típica de la infancia. En la literatura encontramos muy pocos casos en adultos. El objetivo es presentar un caso ocurrido en la edad adulta y el tratamiento aplicado con el fin de destacar la complejidad generada al existir únicamente estrategias validadas en niños y no en adultos.

Materiales. Revisión de la historia clínica y bibliográfica en Medline.

Resultados. Mujer de 26 años con dolor abdominal, náuseas y edemas en miembros inferiores de un mes de evolución (noviembre 02). La TAC evidenciaba una masa > 15 cm dependiente de riñón izquierdo, metástasis hepáticas múltiples, trombosis de la vena renal y 2 nódulos pulmonares. La LDH era > 6.000. La biopsia con *trucut* mostró un tumor de Wilms diferenciado, con *c-kit* y receptor para EGF positivos. Se administró tratamiento quimioterápico con etopósido, carboplatino, ciclofosfamida, epirrubina/adriamicina, dactinomicina, ifosfamida, vincristina y G-CSF x 4 ciclos con una respuesta > 50%. Se realizó cirugía radical en julio de 2003 con nefrectomía izquierda, trombetomía tumoral de vena cava inferior, hepatectomía derecha ampliada al segmento VI y linfadenectomía intercavaoártea. Posteriormente se administraron 3 ciclos más del mismo esquema, seguido de intensificación y autotrasplante de progenitores hemopoyéticos (noviembre 03). Se condicionó con Busulfán y Melfalán en dosis altas y presentó fiebre neutropénica y mucositis severa. En la actualidad la paciente sigue revisiones periódicas sin encontrar signos de recidiva de la enfermedad.

Conclusiones. El tumor de Wilms es un tumor infrecuente en adultos y no existe un protocolo consensuado de actuación. La estrategia terapéutica se basa de forma parcial en la aplicada a los niños. Este caso se consideró de alto riesgo por lo

que se administró tratamiento quimioterápico, quirúrgico y autotrasplante. Catorce meses después la paciente se encuentra libre de enfermedad tumoral.

L-53

TUMOR NEUROENDOCRINO VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

E. Pujol Obis, A. Lahoz Tornos, M.^oC. Moreno Dolado, M.^oC. Marrón Penón, C. López Carrión y M.^oI. Soria Soria
Oncología (Medicina Interna). Hospital Santa Bárbara. Soria.

Introducción y objetivos. Se describe el caso de un paciente con carcinoma microcítico vesical, y el tratamiento administrado. Revisión de la bibliografía.

Materiales. Paciente varón de 74 años de edad, que acude refiriendo hematuria. Urología practica una cistoscopia con toma de biopsia y urografía intravenosa. La cistoscopia detecta infiltración de cara lateral izquierda y cúpula vesical. La biopsia muestra un carcinoma de células pequeñas. Las citoqueratinas y cromograninas fueron positivas en la inmunohistoquímica. Ante este resultado se pospone la cistectomía prevista inicialmente y se remite a oncología para quimioterapia neoadyuvante.

Resultados. Esta forma de neoplasia es muy infrecuente, supone solo el 0,5% de los tumores malignos vesicales. El tratamiento inicial es siempre quimioterapia. La pauta a utilizar depende de que se presente en forma pura o mixta. Algunos autores asocian radioterapia o más frecuentemente cirugía. Su pronóstico es peor que en el resto de tumores de urotelio, con una supervivencia media de 9 meses.

Conclusiones. Es una neoplasia difícil de diagnosticar, principalmente las de componente mixto, por lo que su frecuencia podría estar infravalorada. En el tratamiento es determinante el diagnóstico correcto por inmunohistoquímica. El estadiaje ha de ser completo para confirmar que se trata de un tumor primitivo de urotelio y establecer tanto el pronóstico como la utilidad de asociar tratamientos locorreregionales.

Cabeza y cuello

L-54

SITUACIÓN REAL DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

A. Segura Huerta, L. Palomar Abad, J. Molina Saera, J. Ponce Lorenzo, A. Giménez Ortiz, R. Díaz Beveridge y M. Pastor Borgoñón

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Materiales. Desde enero del 2000 la QT/RT concomitante es el tto estándar en nuestro servicio en TCC localmente avanzados. RT radical (60-70 Gy), combinada con Cisplatino (100 mg/m²) en monoterapia. Presentamos nuestros resultados. Realizamos análisis de supervivencia según Kaplan-Meier.

Resultados. Cincuenta y tres pacientes (47 varones). Mediana edad 54 años (27-79). Estadios: II: 11 (21%), III 5 (9%), IVA 29 (55%), IVB 8 (15%). PS: 0: 3 (6%), 1: 49 (92%), 3: 1 (2%). Tratamientos previos: CIR 1 (2%)/QT-RT-CIR 2 (4%)/RT-CIR: 3 (6%), NINGUNO: 47 (89 %). Intención del tto: curativa en 52 (98%) y paliativa en 1 (2%). La QT-RT fue adyuvante en 5 (9%) y tto exclusivo en 48 (91%). Por retraso en inicio de RT recibieron un ciclo de QT neoadyuvante 18 pacientes (36%). Número ciclos de CDDP concomitante: 5: 62%, 2: 21%, 4: 11%. Tratamiento completado en 46 pacientes (87%). Toxicidad grado 3-4: anemia 7%, neutropenia 7%, plaquetopenia 4% mucositis en un 33% y emesis en el 11%. Respuestas: RC (75%), RP (14%), EE (2%), PE (2%), NE (7%). Al análisis y con

una mediana de seguimiento de 33 meses. La mediana de TTP es 11 meses y la de supervivencia 21 meses. Han recaído 15 pacientes (25%), 6 locales (11%), 4 locorregionales (7%) y 3 sistémicas (6%). Veintinueve pacientes (55%) viven sin enfermedad, 6 (11%) con enfermedad, 14 (26%) han fallecido por enfermedad, 2 por toxicidad (4%) y 2 por otras causas (4%).

Conclusiones. El inicio inmediato y simultáneo del tratamiento combinado es difícil. Un tercio de los pacientes (36%) reciben un ciclo de QT mientras se planifica el tratamiento local. Debe mejorarse la disponibilidad del tratamiento concomitante ya que ha demostrado beneficio en la supervivencia. Los resultados de la QT/RT asistencial son superiores a otras estrategias. La toxicidad es elevada y requiere centros experimentados en el tratamiento de soporte.

L-55

SEGUNDAS NEOPLASIAS EN PACIENTES AFECTOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. UNA PROBLEMÁTICA REAL E IMPORTANTE

A. Segura Huerta, L. Palomar Abad, J. Molina Saera, J. Ponce Lorenzo, A. Giménez Ortiz, R. Díaz Beveridge y M. Pastor Borgoñón

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Materiales. Los pacientes con TCC tienen una incidencia elevada de segundos tumores. Hemos analizado este dato en nuestra serie (desde enero 2000). Se incluyen tumores verificados por la historia clínica y los desarrollados en el seguimiento. Se realiza estadística descriptiva y análisis de supervivencia según Kaplan-Meier.

Resultados. De 112 pacientes, 29 (26%) tenían más de un tumor. 27 varones, mediana edad 62 años (42-83). 19 pacientes (65%) fumadores, 5 (10%) reconocían ingesta de alcohol y 5 ambos factores (17%). PS: 1: 3 (79%), 2: 3 (10%), 3: 3%, 4: 3%. Segunda neoplasia sincrónica: 8 pacientes (28%), metacrónica: 21 (72%), 17 ocurrieron tras nuestra valoración inicial y 4 eran anteriores. Localización: área ORL 8, esófago 3, vejiga 3, pulmón no microcítico 12 y próstata 2. Anatomía patológica: 18 epidermoide. 15 (52%) se presentaron como enfermedad localizada, 9 (31%) como localmente avanzada y 4 (14%) metastásicos. El tratamiento fue: CIR 7 (24%)/QT-RT 4 (14%), RT-CIR: 4 (14%), QT 4 (14%), RT 2 (7%), 10 pacientes (34%) viven sin enfermedad, 7 pacientes (24%) han fallecido por el TCC, 4 por toxicidad (14%) y 8 por la segunda neoplasia (28%). Mediana de supervivencia de la serie de 22 meses.

Conclusiones. Las segundas neoplasias afectan a la cuarta parte de los pacientes con TCC. Aparecen neoplasias relacionadas con tabaco y alcohol, así como las prevalentes en la población masculina (próstata). El cáncer de pulmón es el más frecuente. La supervivencia no se ve acortada en relación al global de nuestra serie con TCC y debe ser por la detección en fases locales de los segundos tumores. Las medidas de prevención parecen obligatorias (abandono del tabaco y alcohol), así como el seguimiento del área ORL y tórax. Debería ensayarse la quimioprofilaxis y deberían tenerse en cuenta en estudios de screening del cáncer de pulmón.

L-56

ORIENTACIÓN TOPOGRÁFICA POR PET DE LA LOCALIZACIÓN DEL PRIMARIO DE UNA METÁSTASIS CERVICAL DE CARCINOMA INDIFERENCIADO DE ORIGEN DESCONOCIDO

H. Galera Davidson, R. de Toro Salas, E. de Mingo Fernández, J. González García, T. García Manrique, A. Duque Amusco y J.A. Virizuela Echaburu

Unidad de Oncopatología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción y objetivos. El carcinoma indiferenciado de *cavum* o "linfopitelioma" puede asentar en otras localizaciones del área de la cabeza y cuello, como la amígdala pala-

rina, u otros órganos de nuestra economía (pulmón, estómago, etc.). El primer hallazgo con frecuencia suele ser la metástasis linfática regional en ausencia de primario identificado. La tomografía por emisión de positrones (PET) permite detectar la actividad metabólica elevada propia de la enfermedad neoplásica en casos donde las otras técnicas exploratorias son negativas.

Materiales. Paciente varón de 39 años de edad que acude a consulta por referir bultoma cervical izquierdo de 3-4 semanas de evolución. TAC: lesión quística compatible con quiste branquial. Se practica biopsia excisional que se informa de carcinoma indiferenciado tipo linfopitelioma. La fibroscopia de *cavum* y RNM de cabeza, cuello y tórax, son normales. Se discute el caso en el seno del Comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital y se indica PET corporal.

Resultados. Foco de hipercaptación de fluorodeoxiglucosa en región orofaríngea alta izquierda de 1,8 x 1,5 cm de diámetro sugestivo de malignidad. Se practica panendoscopia con anestesia general, mapeo biopsico de *cavum* y amigdalectomía. El informe histológico es de carcinoma indiferenciado de amígdala.

Conclusiones. El carcinoma indiferenciado de cabeza ocasionalmente asienta en la amígdala palatina normalmente en profundidad y sin apenas afectar a la mucosa que la recubre. La PET es una técnica novedosa que puede estar indicada en el diagnóstico y localización de la tumoración primaria en el COD. En el presente caso, a pesar de que el estudio fue positivo, permitió la orientación diagnóstica aunque persistieron dudas sobre la localización exacta. Este problema quedará posiblemente obviado con la implantación de la PET-TAC que consiste en la fusión de las dos técnicas con el objeto de permitir así la localización exacta del foco tumoral.

Cáncer hereditario/Epidemiología y prevención

L-57

EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO DE SALAMANCA

R. Salazar Sáez^{1,2}, E. Fonseca Sánchez¹, C.A. Rodríguez Sánchez¹, A. Ocaña Fernández¹, A. Gómez Bernal¹, A. Rocío García Domínguez¹, R. González Sarmiento^{2,3} y J.J. Cruz Hernández^{1,2}

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

²Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca. ³Unidad de

Medicina Molecular. Departamento de Medicina.

Universidad de Salamanca.

Introducción y objetivos. El consejo genético en cáncer de mama y ovario se realiza en Salamanca desde el año 2000. Se reciben pacientes de la zona oeste de Castilla y León.

Materiales. Se han analizado los siguientes parámetros: individuos valorados por esta Unidad durante los años 2003 y 2004, criterios empleados para su derivación, lugar de procedencia e indicación de estudio genético de BRCA1 y BRCA2.

Resultados. Se han valorado un total de 148 individuos pertenecientes a 129 familias diferentes. 114 individuos (77%) procedían de la provincia de Salamanca y 33 individuos (22,3%) de las provincias restantes; Zamora 7 (5%); León 20 (15%); Ávila 5 (3%); Palencia 1 (0,5%). De los 114 individuos de la provincia de Salamanca, 72 (48%) acudieron autorreferidos por el Servicio de Oncología, 14 (9,4%) enviados por el médico de atención primaria (MAP), 7 (4,7%) enviados por otros especialistas, 5 (3,3%) por MAP de la provincia y 17 (11,5%) acudieron por petición propia. Las 129 familias diferentes se dividían dependiendo de los siguientes criterios: 1) Un caso de cáncer de mama diagnosticado con menos de 40 años, 28 casos (21,7%); 2) Un caso de cáncer de mama bilateral 8 (6,2%); 3) Dos casos de cáncer de mama diagnosticados antes de los 50 años, 15 (11,6%); 4) Dos casos de cáncer

de mama y ovario en la misma persona o en la misma familia, 10 (25,2%); 5) Tres o más casos de cáncer de mama u ovario a cualquier edad, 30 (23,2%), y 6) Otros casos que no cumplían estos criterios y mujeres sanas, 38 (29,4%). De los 148 individuos, en 123 (83%) se realizó estudio genético, no siendo preciso en 25 (17%).

Conclusiones. La valoración de individuos pertenecientes a familias con varios casos de cáncer por la Unidad de Consejo Genético permite precisar con más exactitud el riesgo de desarrollar cáncer y permite diagnosticar familias con mutaciones de riesgo en BRCA1 y BRCA2.

L-58

CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSIS Y LINFOMA NO-HODGKIN

I. Blanco¹, S. González², E. Castellsagué², C. Yagüe¹, J.L. Mate³, G. Capella², M. Peris¹ y G. Llori¹

¹Unitat de Consell Genètic, Servei de Prevenció i Control del Càncer.

²Laboratori de Recerca Transaccional. ³Institut Català d'Oncologia. Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción y objetivos. Los individuos pertenecientes a familias con cáncer colorrectal hereditario no poliposis (CCHNP) tienen un riesgo significativamente superior a la población general de presentar cáncer colorrectal (CCR) y otros tumores como endometrio, intestino delgado, ovario, vías biliares y urinarias entre otros. Ratones deficientes en la función del gen MSH2 se caracterizan por desarrollar trastornos hematológicos, principalmente linfomas. Sin embargo, en humanos sólo se ha descrito de forma puntual la asociación de enfermedades hematológicas con el CCHNP y, hasta la fecha, no se ha podido demostrar un mecanismo molecular común.

Materiales. Presentamos un paciente con CCHNP que fue diagnosticado de un linfoma No-Hodgkin tras presentar tres primarios metacrónicos en el colon y recto.

Resultados. Paciente varón de 48 años de edad, con antecedentes personales de 3 tumores primarios de colon y recto, el primero a los 33 años. Su familia cumple criterios los criterios de Amsterdam II tanto por vía materna como paterna. Su hermana fue diagnosticada a los 37 a. de un cáncer de endometrio y su hermano de un CCR a los 34 años. El sujeto índice ha sido diagnosticado recientemente de una tumoración a nivel de la anastomosis ileorrectal que infiltra la pared abdominal. Tras la intervención quirúrgica, la anatomía patológica demostró la presencia de un Linfoma intestinal difuso B de células grandes. Tanto los tumores colorrectales previos como el linfoma presentan inestabilidad en microsatélites y pérdida de expresión de la proteína MSH2. El análisis molecular de los genes reparadores en línea germinal ha demostrado la presencia de una delección de los exones 9 y 10 del gen MSH2. Esta alteración co-segrega con la enfermedad en la familia paterna.

Conclusiones. Los hallazgos moleculares del presente caso clínico, junto con los antecedentes en animales de experimentación, permiten afirmar que el linfoma No-Hodgkin, aunque infrecuente, es un tumor asociado al CCHNP.

L-59

HISTORIA FICTICIA DE CÁNCER HEREDITARIO, ¿UN CASO DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN?

B. Graña Suárez¹, A. Villanueva Rodríguez², C. Ruiz Ponte³, A. Vega Gliemmo³, L. del Río Pazos¹, J. Lariño Noia², J. García González¹, U. Anido Herránz¹, R. López López¹ y A. Carracedo Álvarez³

¹Servicio de Oncología Médica ²Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

³Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica

Introducción y objetivos. Un número cada vez mayor de individuos y/o familias es valorado en consultas de consejo genético en cáncer familiar.

Materiales. Presentamos el caso de una mujer de 38 años derivada tras ser diagnosticada de un adenocarcinoma intramucoso rectal confirmado histológicamente.

Resultados. La paciente refería que su madre había presentado dos pólipos colorrectales a los 72 años. Además, aseguraba que un tío materno había sido diagnosticado a los 56 años de un cáncer colorrectal y otros dos habían fallecido a la edad de 63 y 81 años por tumoraciones primarias del sistema nervioso central. La paciente insistía en que no podía aportar informes médicos de sus familiares al no mantener buena relación. Posteriormente, se detectó que la paciente había sido valorada dos años antes al referir que dos de sus hermanas habían padecido cáncer de mama a los 38 y 50 años y una prima materna a los 22 años de edad, además de antecedentes de cáncer de ovario en familiares maternos en cuarto grado. En aquel momento se recogió en la historia que no podía contactar con los afectos porque residían en el extranjero y no mantenían contacto. Se realizó entonces un estudio de BRCA1 y BRCA2 en línea germinal en la paciente sin que se detectase ninguna mutación patogénica. Posteriormente, al preguntar por estos antecedentes compatibles con un síndrome de cáncer de mama-ovario hereditario, la paciente aseguró que había confundido los diagnósticos de cáncer con el de "quistes" benignos. Hasta el momento sólo se ha podido verificar el diagnóstico de cáncer rectal de la probando.

Conclusiones. En la literatura se han recogido varios casos de Síndrome de Munchausen en relación con el cáncer familiar. Es imprescindible confirmar todos los diagnósticos referidos de forma previa a cualquier intervención en la familia y/o individuo. Una valoración psicológica es aconsejable en aquellos casos sospechosos.

Cerebrales (SNC)

L-60

EFICACIA Y TOXICIDAD DE IRINOTECÁN EN EL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DEL GLIOBLASTOMA MULTIFORME

E. Grande Pulido, P. Pérez Segura, F. Moreno Antón, S. López-Tarruella Cobo, J. Puente Vázquez, T. Sampedro Gimeno, C. Bueno Muiño, J.A. García Sáenz, C. Saldaña y E. Díaz-Rubio

**Servicio de Oncología Médica. *Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.*

Introducción y objetivos. La supervivencia media del glioblastoma multiforme es inferior a 1 año. El pronóstico es peor en los casos de gliomas de alto grado recurrentes, con medianas de supervivencia de 3 a 6 meses. Las nitrosureas y la temozolamida son los únicos fármacos que han demostrado porcentajes de respuesta superiores al 10%-15%. No obstante, ningún agente solo o en combinación ha demostrado prolongar la supervivencia de los pacientes con glioblastomas en recaída. El objetivo del estudio es determinar la eficacia y toxicidad de irinotecán en el tratamiento del glioblastoma multiforme en progresión a una primera línea de radioterapia y temozolamida.

Materiales. Se estudiaron 5 pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme que habían progresado a una primera línea de tratamiento basada en quimiorradioterapia con temozolamida (75 mg/m²/día) ± temozolamida (200 mg/m² días 1-5 cada 28) y tratados a la progresión con irinotecán a dosis de 300 mg/m² cada 21 días. Se evaluó la respuesta cada 3 ciclos, según los criterios de McDonald continuándose el tratamiento hasta la progresión o aparición de toxicidad inaceptable.

Resultados. Entre los años 2003-2005, 22 pacientes diagnosticados de Glioblastoma Multiforme en nuestro centro reci-

bieron un tratamiento de primera línea basado en radioterapia y temozolamida, de los cuales 5 (23%) fueron subsidarios de un tratamiento paliativo de segunda línea con irinotecan. Con una mediana de seguimiento de 5 meses, todos los pacientes permanecen vivos, con un porcentaje de respuestas (respuestas parciales) del 40% (n = 2) y un intervalo libre de progresión de 3 meses. La única toxicidad grado III/IV ha sido un caso de diarrea.

Conclusiones. El irinotecán es un fármaco activo en pacientes con glioblastoma multiforme tratados previamente con radioterapia y temozolamida. La tolerancia al tratamiento ha sido buena, permitiendo un adecuado cumplimiento del mismo sin deterioro de la calidad de vida en una población de pacientes de mal pronóstico.

L-61

TEMOZOLAMIDA CONCOMITANTE Y ADYUVANTE A RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL GLIOBLASTOMA MULTIFORME

D. Vicente Baz, D. Muñoz Carmona*, A. Rodríguez Jiménez, J.J. Reina Zoilo, J.L. Bayo Calero y A. Montañó Perriáñez
*Sección de Oncología Médica y *Radioterapia. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

Introducción y objetivos. Estudios recientes sugieren que la temozolamida (TMZ) concomitante y adyuvante a la radioterapia (RT) mejora la supervivencia respecto a RT sola en pacientes con glioblastoma multiforme (GBM). Revisamos nuestra experiencia con este esquema de tratamiento.

Materiales. Se trataron 14 pacientes con TMZ 75 mg/m²/d asociada radioterapia (60 Gy) y posteriormente TMZ (150-200 mg/m²/d) × 5 días cada 28 durante 6 ciclos.

Resultados. Mediana de edad 56 años (rango 29-79). PS 0/1/2 6/4/4. Mediana de seguimiento 12 meses. RT y TMZ concomitantes en el 100% de los pacientes. TMZ adyuvante en 10/14 (71%). 5/14 (36%) completaron los 6 ciclos. No se registraron toxicidades grado 3-4. Mediana de supervivencia libre de progresión: 6 meses (IC 95%: 0-27). 5/14 pacientes (36%) libres de progresión al año. Mediana de supervivencia no alcanzada; 7/14 (50%) vivos al año, 4/14 (29%) vivos a los dos años y 2/14 sin evidencia de recaída.

Conclusiones. Este esquema de tratamiento para pacientes con GBM es seguro y tiene una buena tolerancia. Nuestros resultados son concordantes con la literatura. Destacamos los datos de supervivencia a largo plazo.

L-62

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) SUPRA E INFRATENTORIAL EN ADULTOS

N. Martínez Jáñez, E. García-Rico, R. García de Sola y P. Pulido Rivas
Hospital Madrid-Montepríncipe. Madrid.

Introducción y objetivos. Los denominados PNET, tumores neuroectodérmicos primitivos del sistema nervioso central, incluyen varias entidades: meduloblastoma, neuroblastoma, ependimoblastoma y pineoblastoma. Su origen no está claramente establecido, pero posiblemente deriven de células embrionarias pluripotenciales. La diferente nomenclatura se refiere más a su localización que a características histológicas, así el meduloblastoma típicamente se localiza en cerebelo o fosa posterior. Los factores pronósticos están bien definidos en el niño: enfermedad residual mayor de 1,5 cm, afectación del neuroeje, grado de anaplasia edad (< 4 años), localización infra o supratentorial. En el adulto, por su baja frecuencia no están definidos, por lo que no hay un consenso sobre la necesidad o tipo de tratamiento adyuvante.

Materiales. Realizamos una revisión a propósito de tres casos de PNET en adultos. Dos supratentoriales (temporal y frontal) 1 infratentorial (ángulo pontocerebeloso) de 25, 32 y 34 años. En los tres casos el estudio de extensión fue negativo y

se aplicó radioterapia complementaria incluyendo el neuroeje. En dos casos, cuyas biopsias mostraron un alto grado de anaplasia y número de mitosis por campo, fue administrado tratamiento quimioterápico (CDDP, Vincristina, Ifosfamida, Etopósido).

Resultados. Se presentó una recaída local a los ocho meses en un caso (histológicamente anaplásico, cirugía menos óptima). Dos casos permanecen en remisión completa al año y a los seis meses.

Conclusiones. Es necesario definir factores pronósticos en el adulto que permitan diseñar tratamientos adyuvantes adecuados al riesgo. Recientemente se ha descrito una delección en el cromosoma 10q afectando a los genes supresores de tumores PTEN (10q23.3) y DMBT1 (10q25.3-q26.1) en PNET del sistema nervioso central cuyo valor predictivo está por determinar.

L-63

TRATAMIENTO DE METÁSTASIS CEREBRALES CON RADIOCIRUGÍA-GAMMA KNIFE: EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL

R. Sánchez-Escribano Morcuende¹, N.E. Martínez Moreno², R. Martínez Álvarez² y G. Rey Portolés³

¹Unidad de Oncología Médica. Hospital Ruber Internacional. ²Unidad de Radiocirugía-Gamma Hospital Ruber Internacional.

³Departamento de Física Médica y Protección Radiológica. Hospital Ruber Internacional, Madrid.

Introducción y objetivos. La radiocirugía con Gamma Knife permite la irradiación, en una sesión única, de lesiones cerebrales a mayores dosis que las alcanzadas con la irradiación tradicional paliativa gracias al rápido descenso de la dosis periférica que protege el resto del tejido sano cerebral. Esto supone una menor morbilidad así como la posibilidad de irradiar mayor número de lesiones que con la Radiocirugía con Acelerador Lineal. Puede utilizarse de forma complementaria a la Radioterapia holocraneal y consigue aumentar el control local de las lesiones, mejorando la calidad de vida y la supervivencia tanto global como libre de enfermedad intracraneal.

Materiales. El trabajo presentado recoge la experiencia de la Unidad de Radiocirugía-Gamma Knife del Hospital Ruber Internacional en el tratamiento de metástasis cerebrales sobre 12 casos tratados en el período 1996-2004, edad media de 52 años, 9 de primario pulmonar y 3 mamario, con una media de lesiones de 2,6 (1-7).

Resultados. El tratamiento obtuvo una tasa de respuesta del 100% (1E, 2 RC, 9 RP), con una mediana de supervivencia de 20 meses.

Conclusiones. La radiocirugía con Gamm-Knife constituye una alternativa terapéutica eficaz, cómoda y con escasa morbilidad en el tratamiento de las metástasis cerebrales.

L-64

GLIOMATOSIS CEREBRI Y QUIMIOTERAPIA. REVISIÓN A PROPÓSITO DE DOS CASOS TRATADOS CON TEMOZOLOMIDA

O. Etxaniz, T. Morán, B. Cirauqui, C. Martí, S. Catot, P. Teixidor, R. Ballester, Y. Roussos, R. Rosell y C. Balaña
Oncología Médica. Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Institut Català d'Oncologia.

Introducción y objetivos. La gliomatosis cerebral es un tumor difuso glial que infiltra extensivamente al cerebro. La OMS la define como aquella lesión que infiltra más de dos lóbulos cerebrales en la RMN. El tratamiento óptimo no ha sido establecido. Tras la biopsia la radioterapia puede estabilizar o mejorar la función neurológica pero el campo de irradiación es demasiado amplio y por ello el beneficio a largo plazo es subóptimo. Por dicho motivo la quimioterapia puede ser el tratamiento de elección. La temozolomida ofrece una res-

puesta del 45% con una mediana de tiempo a la progresión de 13 meses y el 55% de pacientes están vivos a los 12 meses. El esquema PCV es también activo aunque la toxicidad es mayor.

Materiales. Presentamos dos casos de gliomatosis de bajo grado tratadas con temozolomida. A pesar de presentar una respuesta excelente, la valoración de la misma es complicada al no poder aplicar los criterios de McDonald. Se revisa la literatura.

Conclusiones. Sugerimos la necesidad de exploración de nuevas pautas de tratamiento quimioterápico en dicha enfermedad.

Sarcomas

L-65

GEMCITABINA (GEM) Y TAXOTERE (TXT) EN SARCOMAS DE PARTES BLANDAS (SPB) REFRACTARIOS

S. de la Cruz, M.^a González-Cao, M. Santisteban, A. Gómez-Iturriaga, G. Nagore, S. Viteri, J. García-Foncillas, M. San Julián, R. Martínez-Monge y S. Martín-Algarra
Dpto. Oncología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos. La combinación GEM y TXT en el tratamiento de sarcomas refractarios es activo en el 43%-53% de pacientes según recientes estudios (JCO 20:2824, 2002; JCO 22:1706, 2004). Se presenta un análisis retrospectivo de resultados obtenidos en nuestro Centro con esta combinación en una serie no seleccionada de pacientes (pts) con SPB en progresión tras quimioterapia ± radioterapia.

Materiales. El esquema de tratamiento ha sido GEM 675 mg/m² en infusión de 90 minutos (d1 y d8) y TXT 100 mg/m² (d8), cada 3 semanas, con soporte de G-CSF.

Resultados. Doce pts atendidos en nuestro centro entre Oct-02/Mar-05, todos ellos previamente tratados (adriamicina ± ifosfamida en 11 pts, radioterapia 10 pts); 7 (58,3%) varones y 5 (41,7%) mujeres, con una mediana de edad de 45,5 años (rango 25-77). La mediana de PS ECOG fue 1 (rango: 0-2). Los subtipos histológicos más frecuentes han sido leiomiomasarcoma (16,7%), histiocitoma fibroso maligno (25%) y liposarcoma (16,7%). En 6 pts la localización primaria era tronco/cabeza. Las localizaciones metastásicas más frecuentes han sido pulmón (33,3%), peritoneo (27,2%), hígado (16,7%). Se administró una mediana de 3 ciclos por pt (rango: 1-6). La toxicidad fue principalmente hematológica: neutropenia III-IV (33,3%), trombopenia III (8,3%) que se resolvió sin complicaciones. La tasa de respuesta parcial ha sido del 9% y de estabilización en el 45,5% de los pts tratados. La supervivencia libre de progresión a 10 meses fue del 50,91%.

Conclusiones. El tratamiento con GEM-TXT es una combinación activa y bien tolerada en el tratamiento de sarcoma metastásico refractario.

L-66

TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO CON 31 PACIENTES

A. Viteri Jusué, N. Fuente Fernández, J.M. Mañé Martínez, M. Jangí, A. Martínez Bueno, R. Fernández Rodríguez, J. Ferreiro Quintana, S. Carrera Revilla, G. López-Vivanco y A. Muñoz Llarena
Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces-Osakidetza. Barakaldo. Vizcaya.

Introducción y objetivos. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) muestran resistencia a la quimioterapia con-

vencional. Desde la aparición del imatinib ha mejorado el pronóstico de la enfermedad irreseccable o metastásica.

Materiales. Estudio descriptivo de los 31 pacientes atendidos entre 1997 y 2004 con diagnóstico de GIST. Análisis estadístico de la eficacia y seguridad de los tratamientos antes y después de disponer del imatinib.

Resultados. Edad media 66 años (36-80). 16H/15M. Localización: esófago 1/estómago 13/delgado 11/colorrectal 3/otra 5. Diagnóstico accidental durante cirugía por otra patología 7 pacientes (22,6%). Diagnóstico de GIST tras revisión AP de la pieza: 9 pacientes (29%). Tratamiento quirúrgico inicial: 30 pacientes (R0 87%, R2 10%). Ocho pacientes fueron reintervenidos a la recaída (62% R0). Dieciséis pacientes manejados con cirugía exclusivamente. ILE mediana no alcanzada, 74,7% libres de progresión a 3 años. SG mediana no alcanzada, 80,7% vivos a 5 años. Recibieron quimioterapia (IFO + ADR) 6 pacientes, 4 fallecidos antes de la aparición del imatinib. Respuestas: 5 EE, 3 PROG. SG mediana 19 semanas. Once pacientes han recibido tratamiento con Imatinib. ECOG PS 0/1/2/3: 3/3/2/3. Mejoría sintomática en las primeras tres semanas 64%. Respuestas: no eva 3/ EE 4/ RP 2/ C 2 (1 RC p). Tasa de Respuestas 36%. Control de enfermedad 73%. Rescate quirúrgico 3 pacientes (27%), todos R0. Toxicidad por paciente: G3: neutropenia 1, disnea 1, mialgias 1. G1-2: rash 45%, edema palpebral 45%. SG a un año 71%, SLP a un año 62% (medianas no alcanzadas). Aumento de dosis a la progresión en 3 pacientes, todos progresaron.

Conclusiones. El tratamiento de los GIST es multimodal. En ocasiones es difícil su diagnóstico. Imatinib es activo y bien tolerado. Induce remisiones prolongadas y logra rescatar pacientes para cirugía. Se precisan nuevas herramientas terapéuticas tras la progresión a imatinib.

L-67

LIPOSARCOMAS DESDIFERENCIADOS

M.^a Cornide Santos¹, D. Gutiérrez Abad¹, E. Filipovich¹, R. Martín López², C. López Elzaurdia², R. Revestido García², G. Hernández Muro³, J. Castro Castro⁴, I. Camaño Gutiérrez⁵ y S. Aragón Sánchez⁵

¹Unidad de Oncología Médica. ²Servicio de Anatomía Patológica.

³Servicio de Radiología. ⁴Servicio de Cirugía General.

⁵Servicio de Ginecología. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila.

Introducción y objetivos. El liposarcoma desdiferenciado es una entidad muy infrecuente (< 2/100.000 hab/año) que se origina al coexistir un componente no lipogénico en un liposarcoma bien diferenciado. Puede aparecer inicialmente o lo que es más habitual en las recurrencias o metástasis. Este componente suele ser de alto grado, con apariencia de fibrosarcoma o histiocitoma maligno fibroso y en ocasiones de bajo grado, con distintos patrones o metaplasia. Nos proponemos profundizar en el proceso diagnóstico y las características clínico-patológicas de este tipo de tumores.

Materiales. Revisión de las historias clínicas y de las histologías de los liposarcomas diagnosticados en los últimos 24 meses en nuestro centro.

Resultados. Encontramos cuatro liposarcomas de los que dos fueron desdiferenciados: mujer de 71 años intervenida en 2002 de una masa perirrenal retroperitoneal de 14 cm. considerada como un fibrohistiocitoma maligno. En 2004 presentó recaída local de 3 cm con nueva cirugía. La histología mostró un liposarcoma bien diferenciado. Se revisó la lesión inicial de 2002 reinterpretando el diagnóstico como un liposarcoma con componente desdiferenciado (fibrohistiocitoma) de inicio. Actualmente recibe radioterapia complementaria. Mujer de 35 años, intervenida de fibromioma intraligamentario pélvico en 2002, dos años después presenta recidiva múltiple pélvica con varias lesiones perianexiales izquierdas > 14 cm, con histología de liposarcoma desdiferenciado (áreas de fibrohistiocitoma maligno). Se revisó la lesión ini-

cial de 2002 reconsiderándola como un liposarcoma desdiferenciado de novo con un patrón no pleomórfico, fusocelular con metaplasia ósea. Actualmente en tratamiento con adriamicina y radioterapia local.

Conclusiones. Los liposarcomas desdiferenciados originan grandes dificultades en el diagnóstico patológico, al conside-

rar su componente no lipogénico como otra entidad distinta, especialmente cuando se presentan de novo como en los casos descritos. Producen recurrencias locales que pueden impedir la cirugía de rescate y pocas veces metástasis a distancia. Se desconoce el papel exacto del tratamiento adyuvante.