

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes

Participa en el Banco de Imágenes +mir

Desde el grupo +MIR se ha elaborado una plataforma en la que es posible encontrar diferentes recursos on-line con los que complementar la formación en Oncología tanto para médicos residentes y médicos adjuntos jóvenes socios de la SEOM.

Una de estas aplicaciones es el **Banco de Imágenes**, mediante el cual poder comunicar y disfrutar de esos casos que a menudo sorprenden y al mismo tiempo forman. Es-

tas imágenes llamativas, pero de perfil docente, se podrán utilizar en las sesiones y exposiciones de los residentes y adjuntos citando la fuente tal y como se mostrará en cada imagen.

Uno de los casos publicados online será seleccionado para ser publicado en la sección de *"Imagen en Oncología"*, de la revista Formación Médica Continuada (FMC). Este caso será premiado con 100 euros para el primer autor del mismo.

Bases de participación:

- El primer autor deberá ser Socio (o haber enviado toda la documentación necesaria para ser Socio) de SEOM y residente o adjunto joven (hasta cinco años tras finalización de la residencia).
- Máximo 3 autores por imagen.
- Se podrá remitir una o máximo dos imágenes por cada caso.
- Se podrá remitir como máximo un caso por mes como primer autor, no límite como co-autor.
- Las imágenes deberán ser originales (no publicadas previamente en ningún otro medio electrónico o escrito) y no podrán haber sido manipuladas. Se aceptan retoques para mejorar su calidad o eliminar datos de identificación del paciente.
- No debe poder identificarse al paciente mediante la imagen. En los casos que no pueda cumplirse este requisito, se precisará un consentimiento por escrito del paciente permitiendo su publicación (Anexo 3 de la web).
- En ningún caso se pueden incluir nombres ni iniciales de pacientes.
- Previamente a su publicación la imagen será revisada por un Comité Editorial valorándose si se cumplen los criterios establecidos y que la calidad de la imagen y del texto sean adecuadas. La valoración del Comité Editorial se establecerá en tres categorías: Aceptación, Aceptación con cambios, Rechazo. En caso de no estar de acuerdo con esta decisión se podrá apelar, siendo el caso revisado entonces por el Editor en Jefe que emitirá una decisión inapelable.
- Una vez publicado, se emitirá un documento certificando la publicación on-line que se mandará por e-mail a los autores para uso curricular.



Del mismo modo, las bases de participación para enviar imágenes al Banco pueden consultarse en <http://www.seom.org/blogs/masmir/galeria-de-fotos/bases-de-participacion-al-banco-de-imagenes/>

Cualquier consulta al respecto o el envío de las imágenes para publicar en el Banco puede enviarse a bancoimagenes@seom.org

Mención Especial en el II Concurso +mir de Casos Clínicos

caso clínico

“A propósito de un caso de metástasis en riñón trasplantado”

Autor Principal:

Dr. Isaac Ceballos Lenza

Autores:

Dr. Isaac Ceballos Lenza, Dra. Raquel Hernández Sangil,
Dra. Eva Rodríguez Checa, Dra. Ayesa Méndez Pérez

Contacto:

Isaac Ceballos Lenza

Teléfono: 695 64 81 80

Correo electrónico: iceblen@hotmail.com.

Centro de trabajo:

Hospital Universitario de Canarias

C/ Ofra, s/n · 38320 La Laguna (Tenerife)

Tel.: 922 67 87 46 / 922 67 80 00

Trabajo supervisado por:

Dra. Marta Llanos Muñoz: Médico adjunto del Servicio de Oncología Médica
del Hospital Universitario de Canarias, Tutora de Residentes.

Palabras clave:

Carcinoma de tiroides, Metástasis, Trasplante Renal, Neoplasia de Novo, Inmunosupresión.

Introducción

Antecedentes personales:

Paciente de 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial grado II de más de 20 años de evolución, insuficiencia renal crónica avanzada secundaria a nefroangioesclerosis, cardiopatía hipertensiva, apendicectomizada hace 25 años, hiperparatiroidismo secundario a su insuficiencia renal, hemodiálisis durante 8 meses, trasplante renal: 18.12.2001, enfermedad por citomegalovirus en febrero 2002: recibió tratamiento con ganciclovir, con buena evolución, desde entonces en terapia doble con prednisona y ciclosporina A.

Anamnesis

Estando asintomática, en revisión anual en junio de 2008, en consulta externa, se objetivan nódulos sólidos en el injerto renal mediante estudio ecográfico, por lo que se solicita tomografía axial computerizada que confirman los hallazgos.

Exploración Física

Buen estado general. Eupneica. Tolera decúbito. Auscultación cardiopulmonar dentro de límites normales. Abdomen anodino. Injerto en fosa ilíaca derecha, aumentado de tamaño y doloroso a la palpación.

No edemas. Buenos pulsos. Fístula arterio-venosa en miembro superior izquierdo funcionando.

Pruebas complementarias

- Análisis destaca: Hto:31.3%, Hb:10.8 gr/dl, VSG: 46 mm/h, BUN: 31 mg/dl, creatinina: 1.6 mg/dl.
- Marcadores tumorales: Alfafetoproteína: 3.8 ng/ml, CEA: 2.7 ng/ml.
- Ecografía Abdominal (14.05.2008): Trasplante renal con múltiples lesiones sólidas de 17 mm., 32 mm., 24 mm., 29mm., 11mm. etc. Masa mixta, pared gruesa, de 41mm x 40 mm. Tras la administración de potenciador se demuestra realce arterial de las mismas así como de la pared del quiste complicado.
- Tomografía axial computerizada (27.05.2008): Se realizan cortes tomográficos de cuello, sin y con contraste intravenoso, observando estructuras faringolaríngeas sin alteraciones. No se demuestran adenomegalias ni otras masas laterocervicales o supraclaviculares.

Tórax: Mediastino e hilios sin evidencia de masas o adenomegalias. Parénquimas pulmonares bien aireados, sin presencia de masas, infiltrados o bronquiectasias. Espacios pleurales libres.

Abdomen y pelvis: Hígado y bazo de tamaño normal, sin evidencia lesiones focales. Riñones propios atroficos. Ateromatosis aórtica. Resto de estructuras intraab-

dominales sin alteraciones. Injerto renal en fosa iliaca derecha en el que se visualizan múltiples masas sólidas, algunas de ellas con componente quístico, como la localizada en el tercio inferior externo de 4 cm. Diverticulosis en sigma. No observamos adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas, ni pélvicas. (FIG 1.)

- Gammagrafía ósea de cuerpo completo (17-06-2008): La gammagrafía ósea realizada en proyección anterior y posterior de cuerpo completo no muestra captaciones patológicas que indiquen metástasis óseas.

A la vista de los resultados se decide realizar trasplantectomía el día 12 de junio de 2008, durante la intervención se evidencia un implante peritoneal que se extirpa.

Anatomía patológica

Afectación renal y de implante peritoneal por un carcinoma con características microscópicas y patrón de inmunohistoquímica de carcinoma folicular de tiroides.

Evolución y tratamiento

A la vista de los resultados se decide realizar ecografía de tiroides (17.07.08) en la que evidenciamos en lóbulo tiroideo derecho nódulos hipoeoicos, de 6 mm y 9 mm, este último se punciona, en lóbulo tiroideo izquierdo se observa otro nódulo de 0,9 cm, con calcificaciones que se punciona sin complicaciones.

El resultado citológico es de carcinoma folicular de tiroides en ambas punciones, con estos resultados se decide realizar tiroidectomía total bilateral, realizándose el día 25.08.2008. En el estudio de la pieza de tiroidectomía se evidencia un carcinoma papila de patrón folicular de istmo con un diámetro menor de un centímetro, afecta a uno de los fragmentos sueltos. El estudio de ambos lóbulos tiroideos no muestra tejido patológico.

Tras el resultado de la tiroidectomía, estatificamos a la paciente como un carcinoma papilar folicular de tiroides pT1 N0 M1. El rastreo del cuerpo completo evidencia una captación en lecho tiroideo, así como en línea media sin poder precisar si se trata de una adenopatía por lo que se administra 30 mCi de I-131 como tratamiento ablativo, previamente al tratamiento con radioyodo se había realizado tratamiento hormonal supresor tiroideo.



FIG 1. Corte tomográfico con contraste en el que se visualiza injerto renal en fosa iliaca derecha con múltiples lesiones nodulares sugestivas de metástasis.

En diciembre de 2008 a los seis meses del diagnóstico se realizó tomografía axial como estudio de extensión sin evidenciar enfermedad metastásica ni recidiva local. En marzo 2009 tras 6 meses del tratamiento con radioyodo se realizó nuevo estudio gammagráfico con 5 mCi sin evidenciar restos tiroideos.

La paciente se encuentra libre de enfermedad al año del diagnóstico, sigue en programa de hemodiálisis y con tratamiento hormonal supresor tiroideo.

Discusión

El cáncer después del trasplante renal es una complicación que afecta afortunadamente a un número muy limitado de pacientes (2-8 %).¹⁻² De los tres tipos de neoplasias que pueden estar presentes en los receptores trasplantados (de novo, preexistentes y trasferidos por el injerto) las más frecuentes son las primeras, las cuales representan a más del 85 % del total de cánceres después del trasplante renal. Las neoplasias de novo son en más de la mitad de los casos, tumores de piel y labios (40 % del total), carcinomas in situ de vulva y periné y carcinomas de cérvix, caracterizándose por su bajo grado de malignidad y responder satisfactoriamente al tratamiento.¹⁻² Aparecen sobre todo a partir del tercer año, con un incremento importante a partir del décimo. Los cánceres de pulmón, de mama o de aparato digestivo de novo tienen una incidencia igual o inferior a la población general.¹⁻³ Las diferentes neoplasias de novo aparecen en distintos intervalos de tiempo tras el trasplante. Así, el Sarcoma de Kaposi es el primero en aparecer, seguido de los linfomas, las neoplasias epiteliales, excluidas las de vulva y periné, y por último, los de vulva y periné.¹⁻³

Las neoplasias preexistentes y trasferidas se diagnostican habitualmente en el primer año y son de peor pronóstico.

Hay publicados dos estudios epidemiológicos de cohortes en pacientes trasplantados. En uno de ellos, con una cohorte de 10.689 pacientes trasplantados, el cáncer de tiroides se diagnosticó en 23 pacientes con una incidencia del 0,22% (0,02% en la población general), con mayor afectación linfática y mayor incidencia en hombres que en la población general.³ La otra serie llegó a las mismas conclusiones sin encontrar diferencias de género.⁴

Nuestra paciente presentó la neoplasia siete años después del trasplante, por lo que se consideraría una

neoplasia de novo. Además cabe destacar la presentación en estadio IV de nuestra paciente con un tumor primario de 1 cm. En nuestra búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ningún caso de ca. de tiroides diagnosticado por metástasis en injerto. Si hay publicados tres casos con metástasis en injerto por tumor de Merkel, ca. renal⁵ y vesical.

Bibliografía

1. Penn I: Cancers complicating organ transplantation. *N Engl J Med* 323:1767-1769, 1990.
2. Escribano Patiño, G; Lledó García, E; Moncada Iribarren, I; Duran Merino, R; Jara Rascón, J; Palacio España, A; González Chamorro, F; Rodríguez Fernández, E; Hernández Fernández, C; Neoplasmas malignas en receptores de un trasplante renal, *Arch. Esp. Urol.* 1995; 48; 1010-1016.
3. Pond F, Serpell Jw, Webster A. Thyroid cancer in the renal transplant population: epidemiological study. *Australian New Zeland J Surg.* 2005 Mar;75(3):106-9.
4. Lee J, Jeong JJ, Lee YS, Nam KH, Chang HS, Chung WY, Soh EY, Kim YS, Park CS. Incidence and clinical behavior of papillary thyroid carcinoma in renal allograft recipients: a single center experience. *Transplant Proc.* 2008 Dec;40(10):3751-4.
5. Gómez García I., Burgos Revilla F.J., Sanz Mayayo E., Conde Somoza S., Quicios Dorado C., Pascual J. et al . Metástasis en injerto renal de adenocarcinoma renal primario. *Actas Urol Esp.* 2004 Jun; 28(6): 458-461.

Entrevista al Dr. José María Mazarico

Una rotación en el CNIO

¿Dónde y cuándo realizó la Carrera Universitaria?

La realicé en el Hospital de Bellvitge, Universidad de Barcelona, del 1999 al 2005.

¿Dónde y desde cuándo está realizando el MIR?

Desde el año 2006 en el Hospital de St. Pau, de Barcelona. Bueno de hecho la residencia la he finalizado en junio de este año.

Usted estuvo haciendo una rotación en el CNIO ¿Por qué son interesantes las rotaciones o estancias en otros Centros? ¿Qué le motivó a complementar su formación con esta experiencia?

Creo que las rotaciones externas son una manera de completar la formación en un área más concreta de la especialidad y además de tener una visión más amplia del mundo de la Oncología. Además permiten integrar varios aspectos que desgraciadamente hoy en día se encuentran fragmentados.

¿Es realmente necesario formarse en algún momento en un centro dedicado expresamente a la Investigación?

No creo que sea necesario, depende de muchos factores, la situación familiar, las preferencias e intereses...



¿Le sorprendió algo del ambiente científico-asistencial durante su estancia en el CNIO?

Me pareció que existía un excelente ambiente científico.

¿Cuándo empezó a pensar en realizar una rotación en este Centro?

Siempre había tenido el deseo de realizar una rotación externa, y la idea de ir al CNIO me vino al iniciar el cuarto año de residencia.

¿Dónde encontró la información sobre ello y qué le ayudó a decantarse por éste en concreto?

La información la encontré básicamente por Internet y posteriormente entrando en contacto con el Dr. Real en cuyo equipo estuve integrado.

¿Algún trámite burocrático fue complicado?

La verdad es que a pesar de que me he tenido que ocupar de todos ellos, no ha sido excesivamente complicado.

¿Qué valora como más positivo de su rotación? ¿Habría hecho algo distinto de haberlo sabido antes?

Lo más positivo es el haber conocido una parte de la Oncología que durante la residencia no había tenido oportunidad. También el haber podido trabajar y aprender de gente con un alto nivel profesional y humano.

Tras su experiencia, ¿Qué cree que debería tener claro un residente senior o adjunto joven que se plantea realizar una rotación de este tipo?

La verdad es que es difícil responder, cada uno sabe de sus inquietudes y de sus proyectos.

Dr. José María Mazarico



I Curso para Coordinadores de ensayos clínicos en Oncología Médica

El I curso organizado por el grupo CICOM fue enfocado al desarrollo de nuevos fármacos, a las diferentes etapas y al papel del coordinador de ensayos clínicos en cada una de ellas. Iba destinado a los coordinadores de ensayos clínicos de Oncología Médica de todo el ámbito español. Y se celebró el pasado 29 de Junio en la sede de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), a quien queremos, una vez más, agradecer el apoyo logístico y organizativo.

Lucía Gayoso (H. Univ. Santiago de Compostela) fue la encargada de dar la bienvenida a los 30 asistentes, que mostraron un gran interés en asistir al curso, cuya inscripción fue gratuita, y que hicieron un gran esfuerzo para gestionarse los desplazamientos. Seguidamente se dio paso a la primera parte con una introducción a los ensayos clínicos por parte de Xavi Pérez (ICO-L'Hospitalet) quien introdujo de forma clara y didáctica aspectos importantes de la estadística que son fundamentales para la comprensión completa de un protocolo y/o de artículos científicos: tamaño de la muestra, intervalo de confianza, test de hipótesis...

Después, el Dr. Urbano Anido (H. Univ. Santiago de Compostela) pasó a explicar los ensayos pre-clínicos centrándose en aquellos aspectos más relevantes que harán más comprensivas las sesiones siguientes: experimentación in vitro / in vivo, la importancia de determinar la elección de dosis inicial para el escalado en los estadios clínicos, la identificación de toxicidades potenciales, la evaluación de la dosis / dependencia...

A continuación, se dio paso a la sesión de los ensayos clínicos Fase I a cargo de Berta Nasarre (H. Univ. La Princesa) quien hizo un repaso meticuloso de los aspectos más importantes de este tipo de ensayos: dosis/esquema inicial, escalada de dosis, dosis recomendada (seguridad), la farmacocinética y farmacodinamia, evaluación de la toxicidad (eficiencia), evaluación de la eficacia, repaso de la terminología específica de los fase I (máxima dosis tolerada -MDT, toxicidad limitante de dosis -TLD)...

Después de esta primera parte, pasamos a disfrutar de un merecido descanso donde compartimos un pica-pica mientras intercambiamos impresiones y opiniones entre

todos los allí presentes.

Posteriormente, se inició la segunda parte del curso a cargo de Xavi Pérez adentrándonos en los ensayos clínicos fase II: realizó una síntesis de la idea principal de los fase II, del peso que tienen en la literatura científica y si son diseñados correctamente. También repasó los distintos tipos de ensayos clínicos fase II resaltando los ensayos fase II randomizados más utilizados.

Esta segunda parte del curso se cerró con una revisión de los Fase III, ensayo comparativo por excelencia. Se resaltó la importancia de un buen planteamiento de la pregunta, se explicaron los diferentes tipos de comparaciones y la importancia de un buen diseño acompañado de un buen cálculo del tamaño muestral.

Acto seguido, se dio paso a una breve presentación del grupo CICOM, tanto Lucía Gayoso (H. Univ. Santiago de Compostela) como Amparo García (H. Univ. Sra. de Valme) repasaron la gestión del Grupo de Coordinadores de Investigación Clínica de Oncología Médica, los proyectos de futuro del Grupo y, resaltaron la importancia de ser socios de la SEOM, pues de esta forma tenemos una cobertura organizativa que nos ayuda a seguir adelante.

Comentaron el próximo evento del Grupo dentro del I Simposium Nacional de Oncología Médica. Encontraréis el programa a continuación.

A modo de conclusión, decir que los asistentes al curso rellenan una encuesta de satisfacción en la cual puntuaron muy bien los temas que se habían tocado, a los docentes y a la aplicabilidad del día a día en su trabajo. Gracias a la encuesta, a los comentarios durante el curso y a que en dos días se agotaron las plazas ofertadas, hemos detectado la necesidad de formación que tiene nuestro colectivo. Por esta razón el Grupo CICOM ya está trabajando en ofrecer nuevos cursos.

Esperamos veros todos allí,
Grupo CICOM

Renovación del Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo CICOM

El pasado 29 de junio de 2010 se renovó el Comité Ejecutivo del Grupo de Trabajo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología (CICOM). Este Grupo, constituido en junio de 2008, tiene como principal objetivo el profesionalizar el trabajo de coordinación y gestión de la investigación clínica en el campo de la Oncología Médica como herramienta para potenciar la investigación y desarrollo en la lucha contra el cáncer.

Actualmente el Comité Ejecutivo de CICOM queda formado por los siguientes miembros:

Dra. Charo Alfonso
Dr. Urbano Anido Hernanz
D^a Amparo García Lazo

D. Xavier Pérez Martín
D^a Araceli Rodríguez Morales
D^a Berta Nasarre López



D^a Lucía Gayoso,
coordinadora del Grupo
CICOM

Del mismo modo, se ha constituido un Comité Asesor formado por los siguientes miembros:

D^a Begoña Martín

D^a Gema Berenguer

D^a Almudena Tercero

Entre las actividades más relevantes que ha llevado el Grupo de Trabajo CICOM en estos dos últimos años destacan:

- Realización de una base de datos de coordinadores de investigación clínica en Oncología médica. Actualmente la conforman más de 170 coordinadores, enfermeros, estadísticos y data manager.
- Realización de una encuesta entre los coordinadores de ensayos clínicos para definir la situación y marco jurídico en el que se encuentran y cuyo resultado se expuso en el XII Congreso Nacional SEOM.
- Participación en el XII Congreso Nacional SEOM en Barcelona (Octubre, 2009).
- Creación de un foro de intercambio de opiniones y de un apartado específico informativo dentro del módulo de apoyo a la investigación de la web de la SEOM (www.grupocicom.es).
- Publicación periódica de la actualidad del Grupo en el boletín SEOM.
- Realización del primer curso de formación para coordinadores de ensayos clínicos en oncología propio de Grupo CICOM ("Desarrollo de nuevos fármacos: etapas y papel del coordinador de ensayos clínicos") el pasado 29 de junio de 2010 en la sede de la SEOM.
- Próxima participación en el I Simposium Nacional SEOM el día 26 de octubre de 2010 con una mesa redonda que se dividirá en dos partes: "Coordinación de Investigación Clínica de Oncología Médica" e "Importancia de los coordinadores de investigación clínica desde el punto de vista del oncólogo y de la industria farmacéutica", en la que se contará con la participación del Dr. Ramon Colomer y D. José Vicente Cardona.

El grupo CICOM está abierto a cualquier iniciativa o sugerencia que se les quiera hacer para mejorar su trabajo. Ofrecen su total disponibilidad para colaborar en aquello que cualquier socio de SEOM considere de interés.

Simposio Grupo de Trabajo

Grupo SEOM de Coordinadores de Investigación Clínica en Oncología

Martes, 26 de octubre de 2010 de 18:30 a 20:30h. Sala Lisboa

Mesa Redonda: La Coordinación de la investigación clínica en Oncología Médica en diferentes hospitales de España

Moderador: Pendiente de confirmar.

- D.ª Marisa Durán. H. Universitario 12 de Octubre. Madrid.
- D.ª Amparo García. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.
- D. Francisco Javier Pérez Martín. H. Durán i Reynals (ICO). Barcelona.

Mesa Redonda: Importancia de los Coordinadores de Investigación Clínica

Moderador: Dr. Urbano Anido Heranz. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.

- El Principio: Cómo Informar del Diagnóstico.
Dr. Ramon Colomer. Director, Centro Oncológico MD Anderson España. Madrid.
- Punto de Vista de la Industria Farmacéutica.
Dr. José Cardona. Roche.