

Noticias de Grupos de Trabajo SEOM



Una iniciativa de SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes

1ª Imagen Ganadora del Banco de Imágenes. Una radiografía de tórax con mucha información

Se trata de un paciente de 64 años, que fue diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, con metástasis cerebrales, tras ingresar para estudio de inestabilidad en la marcha y disimetría. En esta ocasión acudió al servicio de urgencias por disnea progresiva de 5 días de evolución, asociando tos y esputos hemoptoicos, y dolor ocasional en hemitórax izquierdo. No había presentado fiebre. En la radiografía de tórax realizada en urgencias se puede observar la masa en LSI, ya conocida, junto a un hidroneumotórax izquierdo. También se visualizan adenopatías mediastínicas en diferentes cadenas ganglionares. Finalmente, se aprecian infiltrados pulmonares en lóbulo medio y segmento anterior del LSD compatibles con neumonía. La radiografía de tórax sigue siendo una fuente importante de información a pesar de la existencia de otras pruebas diagnósticas más complejas.

Autores: *Dra. Laura Díaz Paniagua, Dra. Sonia Ester Alonso Soler, Dra. Nazaret Cordero Franco. (Complejo Hospitalario de Toledo (Hospital Virgen de la Salud, Toledo).*

Ante cualquier duda contacta con nosotros a: bancoimagenes@seom.org



Bases de participación del Banco de imágenes:

- El primer autor deberá ser Socio (o en trámites) 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) y no podrán haber sido manipuladas. Se aceptan retoques para mejorar su calidad o eliminar datos de identificación del paciente.
- No debe poderse identificar al paciente mediante la imagen. En los casos que pueda no cumplirse este requisito, se precisará un consentimiento por escrito del paciente permitiendo su publicación.
- 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 sea adecuada. Habrá tres opciones tras el envío: Aceptación, Aceptación con cambios, Rechazo. En caso de no estar de acuerdo con la decisión del revisor 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.
- Se premiará un caso al trimestre con 100 euros y se publicará en la revista Formación Médica Continuada en Oncología.



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 III Concurso +mir de Casos Clínicos

caso clínico

Fracaso Hepático en Paciente Diagnosticado de Linfoma no Hodgkin y en Tratamiento con Rituximab

Autor:

Raquel Fuentes Mateos

Colaboradores:

José Antonio López-Vilariño de Ramos
Gloria Serrano Montero
Natalia Ramírez Merino

Contacto:

Raquel Fuentes Mateos
Tel. Móvil: 650 69 16 50
E-mail 1: rfuentesm@fjd.es
E-mail 2: rachelfuentes@hotmail.com

Centro de trabajo:

Servicio de Oncología Médica
Fundación Jiménez Díaz, Clínica de la Concepción
Avd. de los Reyes Católicos, 2 • 28040 Madrid
Teléfono: 915 50 48 00

Trabajo supervisado por:

Francisco Lobo Samper, Jefe del Servicio de Oncología Médica

Sección I:

Complicaciones del tratamiento

Palabras clave:

Rituximab, Linfoma gástrico, MALT, Hepatitis B, Lamivudina

Historia Oncológica

Varón de 53 años, diagnosticado de glomerulonefritis mesangial con depósitos focales de IgM y C3 desde abril de 1977 y con deterioro progresivo de la función renal, por lo que fue sometido en 1981 a trasplante renal de un hermano HLA idéntico con buena evolución del injerto. Tenía antecedentes personales de hipertensión arterial bien controlada; y hepatopatía crónica por hiperplasia nodular regenerativa con hipertensión portal que requirió esplenectomía en 1985.

En mayo de 2004 ingresó en el Servicio de Medicina Interna remitido desde Urgencias por un cuadro de dos sema-

nas de evolución de deposiciones melénicas no relacionadas con la ingesta de gastroerosivos, sin otra sintomatología acompañante.

Presentaba anemia con una hemoglobina de 7,9 g/dl que requirió la transfusión de dos concentrados de hemáties.

Durante el ingreso se realizaron estudios complementarios, evidenciándose los siguientes resultados:

- En la analítica de sangre destacaba discreta anemia posttransfusional con hemoglobina 11,1 g/dl, serie blanca y plaquetas dentro de la normalidad. Creatinina 2,3 mg/dl y enzimas hepáticas ligeramente elevadas, pero sin cambios respecto a analíticas previas.

- Endoscopia digestiva alta: abundantes restos hemáticos digeridos. Tras realizar lavados repetidos se observaban pliegues engrosados y erosionados en el cuerpo gástrico, por lo que se tomaron biopsias.
- El informe anatomopatológico de las biopsias mostró un linfoma no Hodgkin, MALT de alto grado. Por inmunohistoquímica la neoplasia era de naturaleza B, CD 20+ en el 60%. Proliferaba en un 80% con MIB 1 y p53 se expresaba en menos de 5%. Existía también expresión Bcl 6. Negativo para CD3, CD5, CD10 y TIA-1 en el tumor. Técnica de Giemsa negativa para *Helicobacter pylori* en las muestras.
- Biopsia de médula ósea: sin imágenes sugestivas de infiltración linfomatosa. Cambios reactivos medulares.
- Tomografía computerizada toraco-abdomino-pélvica: hígado pequeño y con contornos lobulados posiblemente en relación con hepatopatía crónica sin lesiones ocupantes de espacio. Aumento de densidad de aspecto nodular en epiplón y mesentéreo con algunas imágenes nodulares retroperitoneales que sugerían infiltración tumoral de estos espacios.

Con el diagnóstico de linfoma extranodal no Hodgkin de células B, tipo MALT de alto grado, de localización gástrica, estadio II-AE, IPI (International Prognostic Index) bajo riesgo, se propuso tratamiento quimioterápico R-CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona y rituximab). Previo al comienzo del tratamiento se realizó serología: hepatitis B antígeno de superficie (HBsAg) negativo, hepatitis B anticuerpo core (antiHBc) positivo, hepatitis B anticuerpo superficie (antiHBs) negativo, hepatitis C anticuerpo (antiHCV) IgG negativo. Epstein Barr, Citomegalovirus y VIH negativos. Se consideró que se trataba de un paciente con una infección por VHB resuelta, por lo que comenzó el tratamiento quimioterápico en junio de 2004.

Durante el tratamiento no se evidenciaron alteraciones de las enzimas hepáticas ni cambios en la serología. Finalizó el tratamiento en octubre de 2004, tras recibir siete ciclos. En la reevaluación realizada en dicho momento se objetivó una situación de remisión completa.

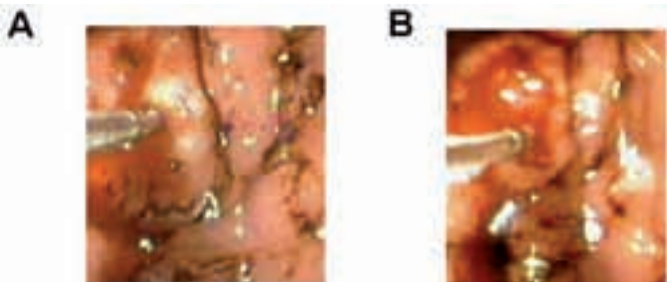


IMAGEN 1: Pliegues engrosados y erosionados en cuerpo gástrico, muy friables a la toma de biopsias, correspondientes a linfoma MALT.

Enfermedad Actual

En enero de 2005 ingresó en el Servicio de Oncología Médica por un cuadro de tres días de evolución de dolor abdominal tipo cólico más intenso en hipocondrio derecho, acompañado de vómitos de contenido alimentario sin productos patológicos y orinas colúricas.

Exploración Física

Se encontraba afebril, con mal estado general, subictérico, bien hidratado y perfundido. Eupneico con buena tolerancia al decúbito. No adenopatías periféricas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, con cicatrices de laparotomía media supraumbilical y en flanco izquierdo por trasplante renal en buen estado. Se palpaba una clara hepatomegalia del lóbulo hepático izquierdo de carácter nodular, a 5 cm del reborde costal. No esplenomegalia. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias

- Hemograma dentro de la normalidad. Coagulación alterada con Índice Quick 60%. Empeoramiento de la función renal con creatinina 3,6 mg/dl y ácido úrico 19 mg/dl, hiperbilirrubinemia constatándose bilirrubina total 3 mg/dl, bilirrubina directa 2 mg/dl, y aumento considerable de las enzimas hepáticas GGT 826 UI/l, GPT 186 UI/l, GOT 1377 UI/l, FA 673 UI/l, LDH 980 UI/l, sugestivo de hepatitis aguda. Resto de los parámetros normales.
- Serología de virus: HBsAg positivo, AntiHBs negativo, AntiHBc positivo, AntiHbe positivo, AntiHCV negativo. DNA virus Hepatitis B 25.000 copias/ml3.
- Ecografía abdominal: Hígado heterogéneo con aumento del tamaño de lóbulo hepático izquierdo en relación con hepatopatía crónica sin lesiones ocupantes de espacio. No había dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Riñón trasplantado conservado.
- Tomografía computerizada toraco-abdomino-pélvica: sin evidencia de recidiva de un linfoma.

Diagnóstico inicial

Reactivación de la infección por virus de la hepatitis B en paciente con serología de infección resuelta, asociada al empleo de rituximab.

Tratamiento y Evolución

El paciente fue trasladado al Servicio de Digestivo iniciándose tratamiento con lamivudina ajustada a la función renal, en dicho momento presentaba un AgHBs positivo y una cuantificación de DNA viral por encima de 25.000 c/ml.

Con el tratamiento se consiguió una respuesta primaria con una carga viral de 5.000 c/ml en abril de 2005. En ese momento persistía HBsAg positivo. En la revisión de julio de 2005 se evidenció una carga viral de 522 c/ml con negativización de HBsAg y normalización de las transaminasas.

En la revisión en septiembre de 2005 tras ocho meses de tratamiento con lamivudina se constató una serología viral similar a la previa a la reactivación: agHBs negativo, Anti-HBc positivo, antiHBs negativo, antiHBe negativo. Cuantificación de DNA VHB 98 C/ml. En cuanto a la función hepática se objetivó una normalización de la misma, respecto a los valores basales del paciente. Se suspendió el tratamiento con lamivudina.

Hasta el momento actual el paciente ha permanecido en remisión completa de un linfoma y sin reactivación de la hepatitis. La función renal se fue deteriorando, requiriendo diálisis peritoneal con múltiples complicaciones infecciosas y posteriormente hemodiálisis hasta que en mayo de 2009 fue sometido a un segundo trasplante renal, siendo la donante su hermana HLA idéntica, con buena evolución.

Discusión

La reactivación de la infección por el virus de la hepatitis B (RHB) se define como la reaparición de una hepatopatía necroinflamatoria activa en portadores inactivos de HBsAg o bien con una hepatitis B resuelta. Se ha estimado que la mortalidad asociada a la RHB oscila entre 5-40%. En pacientes portadores VHB que muestran HBsAg y que reciben quimioterapia o medicación inmunosupresora es un hecho bien conocido; sin embargo en pacientes con infección resuelta, con HbsAg negativo, AntiHBc positivo y/o antiHBs positivo es infrecuente. En el año 2004, la FDA alertó respecto al peligro de disfunción hepática asociada a rituximab por un riesgo elevado RHB en pacientes portadores de HBsAg.

El tratamiento de la RHB con antivirales es eficaz en pacientes que desarrollan un brote de hepatitis, pero hay argumentos para decantarse por la profilaxis de la reactivación por encima del tratamiento en todos los pacientes portadores HbsAg¹. La lamivudina es el antiviral con el que existe más experiencia. Su eficacia está bien establecida, la tasa de reactivación en un metaanálisis fue del 3-5%

frente a 40-50% en los controles, acompañado de un descenso de la mortalidad asociada a la hepatitis².

Hay poca información publicada sobre la actitud a seguir en RHB en pacientes con infección VHB pasada o resuelta, con HBsAg negativo. La opinión de una reunión de expertos en 2006 en EEUU fue que, aún en ausencia de información suficiente para recomendar la profilaxis, pero conociendo algunos casos de reactivación graves, el uso de un antiviral puede ser razonable³. Sin embargo las recomendaciones de las Asociaciones Europea (EASL) y Americana del Hígado (AASLD), ambas publicadas en 2009, en pacientes con HBsAg negativo con antiHBc positivo y DNA VHB sérico indetectable es realizar controles periódicos de GPT y DNA VHB e iniciar tratamiento con un análogo de nucleósido o nucleótido sólo si se detecta una reactivación^{4,5}.

En nuestro caso se trata de un paciente con una infección por VHB resuelta con HBsAg negativo, antiHBc positivo y antiHBs negativo con un alto riesgo para desarrollar una RHB. La tasa de RHB en pacientes con linfoma e infección VHB resuelta, que reciben un régimen de quimioterapia que incluye rituximab es significativa, oscilando entre 8-24%. En la mayoría de las publicaciones el comienzo de un tratamiento rápido con lamivudina no consiguió bloquear el deterioro de la función hepática.

Podemos inferir que aunque no existe un consenso, en pacientes HBsAg negativo y antiHBc positivo con un alto riesgo de reactivación, como en nuestro caso, la mejor opción, dado la alta tasa de morbi-mortalidad, puede ser realizar profilaxis con antiviral. Esta decisión plantea varias controversias, en primer lugar sería expandir la profilaxis a un número considerable de pacientes y la demora que supone la determinación de DNA VHB y en segundo lugar nos encontramos con el problemas de las resistencias a la lamivudina. Se necesitan más estudios con un mayor número de paciente para alcanzar un consenso.

Bibliografía

1. Lau GK, Yiu HH, Fong DY, et al. Early is superior to deferred preemptive lamivudine therapy for hepatitis B patients undergoing chemotherapy. *Gastroenterology*. 2003; 125: 1742-9.
2. Loomba R, Rowley A, Wesley R et al. Systematic review: the effect of preventive lamivudine on hepatitis B reactivation during chemotherapy. *Ann Intern Med*, 2008; 148: 519-28.
3. Keeffe E, Dieterich DT, Han SB, Jacobson IM et al. A treatment algorithm for the management of chronic hepatitis B infection in the United States: an update. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006; 4: 936-62.
4. EASL Clinical Practise Guidelines: Management of chronic hepatitis B. *J Hepatol*. 2009; 50: 227-42.
5. Lok, AS, McMahon, BJ. Chronic hepatitis B. Update 2009. *Hepatology* 2009; 50: 661.

IV concurso +mir

de casos clínicos para residentes
de Oncología Médica **2011**

IV concurso
+mir

de casos clínicos para residentes
de Oncología Médica **2011**

Estimada/o compañero/a:

El Grupo de Trabajo "+MIR" se creó dentro de la SEOM en febrero de 2006 con el fin de aumentar el vínculo de los residentes de Oncología Médica con la Sociedad de manera bidireccional.

Una de las actividades puestas en marcha fue la convocatoria del "Concurso +MIR de casos clínicos para residentes de Oncología Médica", del que convocamos la cuarta edición.

El concurso tiene como finalidad recopilar casos clínicos de interés tanto para los residentes de Oncología Médica como para cualquier miembro de nuestra Sociedad, facilitando un instrumento que permita a los especialistas españoles comunicar los resultados de sus trabajos y compartir experiencias clínicas y educativas con otros compañeros de la especialidad.

Con estos objetivos nos permitimos solicitar de nuevo la colaboración tanto de los futuros especialistas como de los tutores para animar a sus residentes de Oncología Médica a participar en esta interesante iniciativa.

Con el fin de motivar y premiar a los participantes, se entregarán tres premios a los mejores casos y se elegirán otros tres finalistas. Los trabajos premiados se darán a conocer en el XIII Congreso Nacional SEOM, que se celebrará en octubre de 2011 y se publicarán además en el Boletín de la Sociedad. Todos los casos recibidos serán publicados en una obra científica final que se distribuirá a todos los socios de la SEOM.

Este proyecto cuenta con el patrocinio de los laboratorios Roche, a quienes agradecemos sinceramente su apoyo.

A la espera de que sea de tu interés, recibe un cordial saludo.

El Grupo de Trabajo "+MIR" se creó dentro de la SEOM en febrero de 2006 con el fin de aumentar el vínculo de los residentes de Oncología Médica con la Sociedad de manera bidireccional.

Una de las actividades puestas en marcha fue la convocatoria del "Concurso +MIR de casos clínicos para residentes de Oncología Médica", del que convocamos la cuarta edición.

El concurso tiene como finalidad recopilar casos clínicos de interés tanto para los residentes de Oncología Médica como para cualquier miembro de la SEOM, facilitando un instrumento que permita a los especialistas españoles comunicar los resultados de sus trabajos y compartir experiencias clínicas y educativas con otros compañeros de especialidad.

Con estos objetivos nos permitimos solicitar la colaboración tanto de los futuros especialistas como de los tutores para animar a sus residentes de Oncología Médica a participar en este interesante proyecto.

Agradecemos sinceramente el apoyo de Roche a esta iniciativa del Grupo +MIR de la SEOM.

El Comité Científico

Bases de participación

La presentación de un caso clínico al concurso implica necesariamente la aceptación íntegra e incondicional de las presentes bases por parte del participante.

1) Quién puede participar

- En la elaboración del caso sólo podrán participar médicos residentes.
- El primer firmante o autor principal deberá ser residente de Oncología Médica y socio de la SEOM, a edificar con el envío del caso la solicitud para serlo.
- Los colaboradores serán un máximo de cuatro residentes de Oncología Médica u otras especialidades.
- Cada autor principal sólo podrá presentar un caso clínico.
- El caso debe ser inédito. No pueden enviarse casos clínicos publicados anteriormente o presentados a otros concursos.
- Todo trabajo ha de ser supervisado por el responsable de formación de los residentes, que será el encargado de garantizar la calidad del caso. Sólo se admite un supervisor por caso.
- Del total de las firmas del caso (incluido el supervisor) al menos la mitad de los mismos debe pertenecer a la SEOM.

2) Formato de casos

Para redactar el caso clínico se seguirán las normas de entrega de originales que se indican.

Los trabajos se enviarán a:

LIZÁN S. S. A. de Ediciones
At. Gestión de Contenidos
Paseo de la Virgen de la Alegría, 14
28027 Madrid

La fecha límite para la recepción de casos es hasta el 6 de mayo de 2011

3) Selección y publicación

El Comité Científico se compone por las personas reseñadas en portada. Previa comprobación del cumplimiento de las normas de entrega de originales, el Comité procederá a analizar, calificar, seleccionar y votar los casos clínicos que deban ser objeto, por un lado, de los premios establecidos en la base 4) y, por otro, de su inclusión en la obra científica final. Asimismo, el Comité Científico se hará cargo de la revisión de esta obra y tendrá la facultad de incluir correcciones o modificaciones en los trabajos en aras de una mayor coherencia y unificación de la obra final.

Más información en:
www.seom.org

Diploma de Postgrado en Oncología Médica: Certificación SEOM e-oncología, una formación integrada ya disponible para el residente de oncología

La **Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)**, como sociedad científica, facilita a los residentes de oncología médica el acceso a una formación independiente y de calidad ajustada a las necesidades de los profesionales, que sometidos a una avalancha de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, deben contar con herramientas de formación y actualización. Con esta premisa certifica los **Cursos e-oncología** con el apoyo del Grupo de Trabajo SEOM de Residentes y Adjuntos Jóvenes +MIR.

Para alcanzar este objetivo se ha establecido un convenio de colaboración con la plataforma de formación virtual del **Institut Català d' Oncologia: e-oncología**.

El programa consiste en una serie de Módulos on-line que abarcan los aspectos más importantes para la formación integrada de un residente de oncología médica, desde la epidemiología e investigación, hasta el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los módulos son independientes y es el residente, con el asesoramiento de su tutor, quien se construye su propio itinerario de formación. El programa completo consiste en 330 horas de formación estructuradas en 18 cursos independientes. De cada uno de los cursos se realizará una edición al año, durante la cual los alumnos tendrán 6 meses para completarlo y tendrán acceso a un Tutor Experto para resolver sus dudas.

Los alumnos que realicen y aprueben un mínimo de 250 horas de formación tendrán derecho a un **Diploma Universitario de Postgrado** que la Universidad de Girona ha aprobado para residentes de SEOM. El reconocimiento podrá ser retroactivo para aquellos alumnos que ya han realizado alguno de los cursos siempre que completen la totalidad de horas necesarias. Todos los cursos están también **acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud**. Para obtener cualquiera de las acreditaciones será necesario aprobar una evaluación final.

El programa es gratuito para todos los Residentes de Oncología Médica SOCIOS DE SEOM.

Desde su inicio en Noviembre de 2009 se han impartido un total de 7 cursos, 100 horas de formación, en los que han participado un total de 611 profesionales.

Los Cursos actualmente abiertos son:

- Farmacología clínica oncológica. Abierto hasta el 15 de Abril de 2011
- Estadística para oncólogos. Abierto hasta el 10 de mayo de 2011
- Epidemiología y prevención. Abierto hasta el 10 de Junio de 2011
- Cuidados continuos: Tratamiento de soporte y cuidados paliativos. Abierto hasta el 10 de Junio de 2011

Los próximos cursos a impartir en esta modalidad, son:

- Urgencias oncológicas – segunda edición: A partir del 15 de Marzo de 2011.
- Tumores ginecológicos – A partir del 21 de Marzo de 2011.

Además están previstos que se impartan a lo largo de 2011:

- Biología Molecular
- Linfomas y mielomas
- Cáncer de mama
- Melanomas
- Cáncer Gastrointestinal
- Otros Tumores Genito-Urinaros
- Habilidades Comunicativas y Sociales
- Tumores de Cabeza y Cuello
- Cáncer de Próstata
- Tumores del SNC
- Cáncer de Pulmón
- Sarcomas.