

Oncogeriatría, cáncer hereditario, vacunas de COVID-19 y tumores infrecuentes protagonizan la plenaria

Se entregarán a 16 socios los premios a las mejores comunicaciones y PUBLIbeCAs

Los cuatro estudios que se presentarán hoy en la sesión plenaria demuestran la utilidad del trabajo en red, con estudios

multicéntricos de oncólogos españoles. Esta sesión abordará aspectos como la fragilidad y la sarcopenia, la recombinación ho-

móloga en cáncer de mama y ovario, la tolerancia de las vacunas frente al COVID-19 y los factores pronósticos en carcinoma adre-

nocortical. Moderarán la plenaria los doctores **Miguel Martín** y **Ruth Vera**, presidentes de SEOM 2015-2017 y 2017-2019. **2**



De izquierda a derecha y de arriba a abajo, Dra. Boni, Dr. Maroto, Dra. Alcaide-García, Dr. Gómez, Dra. Garralda, Dra. Iglesias, Dra. Mulet, Dr. Moragón, Dr. Núñez, Dra. Martínez-Fernández, Dra. García-Fructuoso, Dr. Pérez, Dr. Gil Bazo, Dr. Sánchez, Dra. Martín y Dra. García-Torralba.

Cambios inminentes en la práctica clínica en mama precoz



Dra. Noelia Martínez Jañez.

La Dra. Noelia Martínez Jañez, que modera la sesión formativa de cáncer de mama en estadios tempranos, junto con el Dr. Antonio Antón, adelanta que las novedades en cáncer de mama precoz van a cambiar la práctica clínica habitual. **14**

Se afianzan las terapias en cáncer de pulmón no microcítico avanzado



Dr. Javier de Castro.

La sesión formativa en cáncer de pulmón III se centrará en el cáncer de pulmón no microcítico avanzado y será moderada por los doctores Reyes Bernabé y Javier de Castro, quién anuncia que se revisarán los avances en inmunoterapia, sola o en combinación, para luego discutir nuevas opciones en las terapias dirigidas. **8**

El reto en próstata pasa por acercarse a la medicina de precisión



Dra. Aránzazu González del Alba.

La sesión formativa sobre tumores genitourinarios III se centrará en el cáncer de próstata. Moderada por los doctores Javier Cassinello y Aránzazu González del Alba, en esta sesión se revisarán los aspectos más relevantes en el manejo de esta enfermedad y cuáles son las principales líneas de investigación. **11**

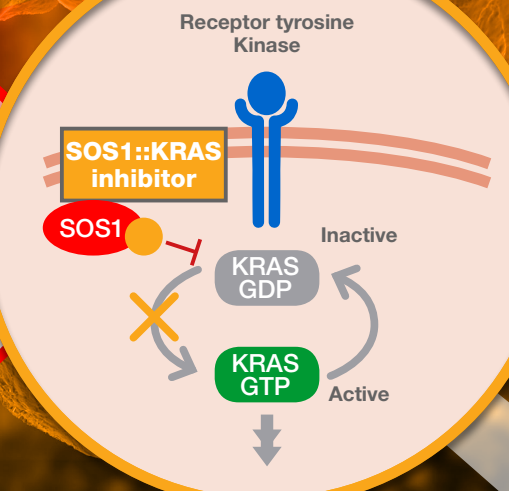
La selección de pacientes es clave en colorrectal

La sesión formativa en cáncer colorrectal, que se celebra hoy, se centrará en las estrategias de abordaje de este tipo de tumores. **10**

Taking cancer on

Collaborating with the oncology community and guided by science and unmet needs, we are dedicated to deliver breakthrough treatments to patients

BI 1701963
es inhibidor pan-KRAS
que evita la interacción
entre SOS1 y KRAS



Más información:



SESIÓN PLENARIA

Oncogeriatría, cáncer hereditario, vacunas y tumores infrecuentes protagonizan los highlights

Se entregarán a 16 socios los premios a las mejores comunicaciones y PUBLIbeCAs



Redacción SEOM

La sesión plenaria será moderada por el **Dr. Miguel Martín**, presidente de SEOM 2015-2017, y la **Dra. Ruth Vera**, presidenta de SEOM 2017-2019, y abordará aspectos como la fragilidad y la sarcopenia, la recombinación homóloga en cáncer de mama y ovario, la percepción a la tolerancia de las vacunas frente al COVID-19 y los factores pronósticos en cáncer adrenocortical. Se presentarán los cuatro abstracts que el Comité Científico ha elegido como más relevantes.

Es una sesión plenaria con temas muy transversales a la Oncología: oncogeriatría, cáncer hereditario, vacunas y un registro realizado en tumores infrecuentes. Además, son estudios liderados por oncólogos españoles donde se demuestra la utilidad del trabajo en red, con estudios multicéntricos.

En el primer estudio sobre oncogeriatría, la Dra. Vera subraya que han participado numerosos centros a nivel nacional y se ha puesto de manifiesto la importancia de la fragilidad y la sarcopenia en el paciente anciano.

El segundo estudio habla del cáncer hereditario centrándose en una alteración específica, como es la recombinación homóloga en cáncer de mama y ovario, resume la Dra. Vera.

En cuanto al estudio ONCOVID-VACUNAS, la Dra. Vera recalca "la gran implicación de todos los oncólogos a la hora de colaborar en la vacunación y de recoger información de los pacientes oncológicos".

Y por último, la Dra. Vera destaca "el esfuerzo colaborativo del Grupo ICARO, del Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETHI) y de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición SEEN (SEEN). Esta colaboración multidisciplinar ha permitido recoger información de un tumor infrecuente, como es el carcinoma adrenocortical,



Dra. Ruth Vera.

y cómo nos ayudará a la toma de decisiones de tratamiento".

ONCOSARCO

La primera ponencia, con la presentación de los resultados del estudio ONCOSARCO, correrá a cargo de la **Dra. María José Molina Garrido**, oncóloga médico del Hospital General Virgen de la Luz. La Dra. Molina nos adelanta que "la supervivencia del paciente es un factor a tener en cuenta en la toma de decisiones individualizada en el anciano oncológico. Así, el proyecto ONCOSARCO evalúa la influencia de la sarcopenia y de la fragilidad en la mortalidad asociada al tumor o por otras causas diferentes de estos pacientes".

"Este proyecto es el punto de partida de un largo camino, al final del cual, poder responder a la pregunta de si la fragilidad o la sarcopenia aumentan el riesgo de fallecimiento en ancianos oncológicos que van a ser tratados con quimioterapia. Los datos son positivos a favor de la sarcopenia medida mediante los criterios del grupo europeo de sarcopenia, pero es preciso realizar un estudio multicéntrico, con más pacientes, que nos dará más datos acerca de la aplicabilidad de nuestros hallazgos", explica la Dra. Molina.



Dr. Miguel Martín.

En el estudio, que se está redactando de forma más detallada, se reclutaron en la Consulta de Cáncer en el Anciano de la Sección de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca a 111 pacientes de más de 70 años con cualquier tipo de tumor sólido y cualquier tipo de estadio tumoral y que iban a comenzar la quimioterapia.

"La idea de hacer este estudio surge de la preocupación que tenemos todos los especialistas que atendemos a pacientes ancianos con cáncer en la consulta: el miedo de hacerle daño con nuestros tratamientos o el miedo de infratratarnos por evitar causarle un daño. Ante la incertidumbre de qué herramientas utilizar en estos pacientes y al plantearnos si podemos encontrar herramientas más eficaces y más perfectas de las que tenemos, surgió este proyecto. Y quisimos ver hasta qué punto la fragilidad o la sarcopenia pueden ayudarnos en la toma de decisiones y en evaluar el pronóstico del paciente, si interesa o no ponerle tratamiento de ese tratamiento va a causarle o no una toxicidad", enumera la Dra. Molina Garrido.

En su opinión, debe seguirse investigando y "dar un paso más y

diseñar nuevos proyectos, basados en estos hallazgos, y de índole multicéntrica, que incluyan una validación externa de los resultados. De momento, a partir de este resultado, podemos crear nuevas hipótesis y tener claro que la sarcopenia, utilizando unos criterios específicos de medida, juega un papel importante en el anciano oncológico que va a ser tratado con quimioterapia".

RECOMBINACIÓN HOMÓLOGA

La segunda ponencia la presentará **Sara Torres Esquius**, coordinadora de ensayos clínicos del Hospital Universitario Vall D'Hebron. Se trata de un análisis de la recombinación homóloga en cáncer de mama y ovario con mutación germinal en *RAD51C/D* del Registro de la Sección de Cáncer Hereditario de SEOM.

"Hemos analizado tumores primarios de mama y ovario de pacientes que tienen una variante patogénica germinal en uno de estos genes, que se han asociado a predisposición al cáncer de ovario y, más recientemente, también se han vinculado con el cáncer de mama triple negativo", describe.

La prevalencia de estos genes es muy baja, por lo que es muy

difícil encontrar a personas con una alteración en ellos. Como recuerda Sara Torres, "cada unidad de consejo genético recoge pocas pacientes con variantes patogénicas en estos genes. Por eso recalco que este trabajo es fruto de un consorcio realizado por la Sección de Cáncer Hereditario y es el repositorio más grande de datos y muestras de pacientes con alteraciones en estos genes".

RAD51C/D actúan en la vía de la recombinación homóloga, una vía de reparación de roturas del ADN. "Se ha visto que otros genes de esta misma vía, como *BRCA1* y *BRCA2*, cuando están mutados, impiden que esta vía funcione, por lo que podemos utilizar terapias dirigidas. Un estudio reciente (ARIEL2) ha demostrado que cuando *RAD51C/D* no funcionan correctamente, las pacientes pueden beneficiarse de estas terapias dirigidas", subraya.

En el trabajo, se ha analizado la vía de la recombinación homóloga mediante el análisis de los focos de *RAD51* (biomarcador de la recombinación homóloga) en muestras de mama y ovario de las pacientes para saber si es o no funcional y saber si podrían beneficiarse de un tratamiento dirigido.

"El análisis ha sido a través de un biomarcador, los focos nucleares de *RAD51*: teñimos los tumores y observamos si esta proteína está presente o no por inmunofluorescencia. Si está, quiere decir que la vía está funcionando, mientras que si no está no lo hace, por lo que podríamos utilizar terapias dirigidas", detalla.

Posteriormente, se han correlacionado los resultados de los focos nucleares de *RAD51* con las características y tipo del tumor o de la edad de la paciente. Además, se observó la concordancia con otros tests de análisis de la vía de recombinación homóloga.

"Hemos analizado 34 muestras y observamos que la vía falla en, aproximadamente, un 40% de las muestras, una cifra menor a ▶



A global genomic diagnostics company

nCounter[®] Dx Analysis System

Prosigna[®]
BREAST CANCER ASSAY

Envisia[®]
GENOMIC CLASSIFIER



MORE PRODUCTS

Click on the logos to know more:

Prosigna[†]
BREAST CANCER ASSAY

Envisia[‡]
GENOMIC CLASSIFIER

Percepta[‡]
GENOMIC SEQUENCING CLASSIFIER

Afirma[‡]
GENOMIC SEQUENCING CLASSIFIER

Decipher[‡]
BLADDER GENOMIC CLASSIFIER

Decipher[‡]
PROSTATE BIOPSY GENOMIC CLASSIFIER

A global diagnostics company that improves patient care by helping inform diagnosis and treatment decisions throughout the patient journey in cancer and other diseases. **Veracyte[®]** develops and commercialises both in-vitro diagnostic (IVD) and CLIA-regulated laboratory developed tests (LDTs).

Headquarters in South San Francisco, California (CLIA labs in SSF and San Diego).

Exclusive license to develop and commercialise diagnostic tests on the **nCounter[®] Dx Analysis System** through which we plan to make our genomic tests available to physicians and their patients in global markets.

- **Prosigna[®] Breast Cancer Prognostic Gene Signature Assay** is currently available on the nCounter[®] Dx Analysis System. **Prosigna[®]** is a 2nd generation genomic test that provides more comprehensive information combining tumor gene expression, clinico-pathological factors and intrinsic subtypes[§] to better inform treatment decisions.
- We plan to introduce our **Envisia[®] Genomic Sequencing Classifier**, for improved confidence in interstitial lung disease diagnosis, on the nCounter[®] Dx Analysis System.

Presence in 7 of the 10 most common cancers in the U.S. with our current and in-development tests.



www.veracyte.com

support@veracyte.com



[†]Envisia nCounter[®] is under development. [‡]Prosigna Breast Cancer Prognostic Gene Signature Assay for use on the nCounter[®] Dx Analysis System is 510(k) cleared and CE-marked for in vitro diagnostic use in the United States and EU, respectively. See Package Insert for details. [§]Laboratory developed tests provided by Veracyte's company CLIA-regulated clinical laboratories in South San Francisco or San Diego, USA. [¶]Identification of the intrinsic subtypes is not available in the USA.

► la observada en otros genes de esta vía de recombinación, como *BRCA1/2* o *PALB2*. Sin embargo, en las muestras que hemos correlacionado con otros métodos de recombinación homóloga, la correlación es total. Por lo tanto, queda abierta la pregunta sobre qué sucede con los tumores que tienen una funcionalidad de la vía a pesar de tener una alteración germinal en *RAD51C/D*. Es preciso seguir profundizando a nivel tumoral si hay otras mutaciones o si hay inactivación bialélica de estos genes”, concluye Torres Esquius.

mínimo 2 de los 4 cuestionarios, con más mujeres que hombres (61% vs 39%).

“Así, –señala el Dr. Pericay– se cuantificará cuántos han sido vacunados con las diferentes vacunas disponibles, los tumores más frecuentes y los tratamientos más administrados. También se detallará qué primera vacuna administrada produjo mayores y menores efectos adversos y qué segunda vacuna administrada produjo mayor y menor toxicidad y si los pacientes en tratamiento con inmunoterapia presentan mayor o menor número e intensidad de efectos secundarios”.

El Dr. Pericay concluye que “se detallarán los datos de calidad de vida y expectativas de mejora con la vacunación, así como la reducción/desaparición de la ansiedad por el temor a infectarse y mejora del estado de ánimo”.

CARCINOMA ADRENOCORTICAL

En el último estudio, se presentarán los datos del registro de carcinoma adrenocortical ICARO-GETHI/SEEN sobre factores pronósticos en estadio III, con datos de 230 pacientes. La **Dra. Inmaculada Ballester**, oncóloga médica del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, enfatiza el gran número de casos registra-

dos en un tumor tan infrecuente, “es mayor, comparado con muchas series internacionales”, y es fruto de un trabajo multidisciplinar continuado y comprometido. “Hemos recogido casos de 34 hospitales españoles de casi 40 años, desde 1983 hasta la actualidad, incluidos por oncólogos y endocrinólogos y en la actualidad se han unido también cirujanos”.

Conviene destacar que la experiencia con mitotano en adyuvancia proviene de una serie italo-germana publicada en NEJM en 2007 y que no hay ensayos clínicos en el carcinoma adrenocortical para tratamientos en enfermedad localizada. “Un registro tan amplio, con datos de tantos años, nos permite ver la tendencia, cómo se manejan estos tumores en España y qué puntos se pueden mejorar”.

El objetivo, ahora, es lograr datos de más pacientes de otros hospitales, especialmente en el contexto adyuvante, porque es donde más desconocimiento existe. “Queremos obtener resultados más precisos y consistentes, porque hemos sido muy ambiciosos al incluir muchas variables en el análisis y una serie temporalmente muy amplia, por lo que hay distintos sesgos que tenemos que resolver. Ha sido especialmente complicado reu-

nir variables de los casos más antiguos, que tenían las historias clínicas en papel”, recalca la Dra. Ballester.

Los factores pronósticos más destacados son la edad, el estadio -que coincide con otras series-, los márgenes afectos al operar el tumor (también común en otras series), los ganglios afectos y que la cirugía haya incluido o no linfadenectomía.

“Nuestra idea, más adelante, es analizar los tipos de cirugía: si es un factor pronóstico el tipo de cirugía, abierta o laparotomía. Y queremos llegar a los 200 pacientes con tumor operado no metastásico, porque ahí es donde más dudas hay sobre si merece la pena o no administrar un tratamiento adyuvante. Hago una invitación a todos los centros y oncólogos que tengan casos, por pocos que sean, a sumarse y así, reducir los sesgos e incrementar el poder y precisión de los análisis. Finalmente, agradezco al grupo GETHI su apoyo al estudio y a SEOM la oportunidad de presentar en plenaria los primeros datos en el contexto de la enfermedad localizada.”, concluye la Dra. Ballester.

En la plenaria, SEOM dará a conocer también los premiados a las mejores comunicaciones

científicas (ver infografía): cinco premios a las mejores comunicaciones orales (1.500 euros cada uno), dos premios a los dos mejores pósteres (1.000 euros cada uno) y cinco premios a las mejores comunicaciones presentadas por un residente (1.000 euros cada uno), gracias a la colaboración de Roche.

En total, han sido 541 las comunicaciones científicas presentadas en SEOM2021. Todas han sido evaluadas por un comité integrado por 56 socios de SEOM. De las 541 comunicaciones, además de las cuatro presentadas en la plenaria, 73 han sido elegidas para comunicaciones orales y las demás han sido distribuidas en póster destacado (83), póster digital (306) y en libro (75). La **Dra. Margarita Maje**, coordinadora científica de SEOM2021, ha puesto de manifiesto el alto nivel científico de los trabajos presentados.

Por último, también se entregarán las PUBLbeCAs SEOM a las cuatro comunicaciones de mayor interés y se proporcionará a sus autores el soporte necesario, a nivel asesoría y consultoría personalizada y práctica, para ayudarles a transformarla en una publicación de cara a enriquecer su CV, gracias a la colaboración de Kyowa Kirin. ■

ONCOVIDVACUNAS

El tercer trabajo que se presentará es el Estudio ONCOVIDVACUNAS, que analiza la percepción de la tolerancia a las vacunas frente al COVID 19 de los pacientes oncológicos, coordinado por el **Dr. Carles Pericay**, oncólogo médico de la Corporació Sanitària Parc Taulí. “La idea es llegar a recabar información de 10.000 pacientes y ver qué efectos secundarios han tenido las vacunas en nuestra población e, incluso, si ha tenido influencias en su estilo de vida”, comenta el Dr. Pericay.

El estudio sigue en marcha en la actualidad, reclutando pacientes. Los resultados presentados corresponden a 1.819 pacientes que habían contestado como

PREMIOS MEJORES COMUNICACIONES SEOM2021

Gracias a la colaboración de:



ORALES

	Dra. Valentina Boni. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid	Eficacia y seguridad de larotrectinib en pacientes adultos y pediátricos con tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) positivo para fusión del receptor de la tropomiosina cinasa (TRK)
	Dr. José Pablo Maroto Rey. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Tratamiento adyuvante en pacientes con seminoma testicular estadio I. Resultados con seguimiento, carboplatino x 1 ciclo y carboplatino (CBDCA) x 2 ciclos
	Dra. Julia Alcaide-García. UGC intercentros Oncología Médica Hospital Universitario Regional y Virgen Victoria. IBIMA. Málaga	Caracterización molecular mediante biopsia líquida del cáncer colorrectal de inicio precoz (IP) e inicio tardío (IT)
	Dr. David Gómez Sánchez. Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo	Impacto de variables sociodemográficas y clínicas en la presencia de ansiedad, depresión y en la calidad de vida de pacientes con tumores digestivos estadio II-III resecados: datos del estudio NEOCOPING-SEOM
	Dra. Elena Garralda Cabanas. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona	Eficacia y seguridad de selpercatinib en pacientes con cáncer de tiroides con alteración en RET: actualización de un estudio clínico



Hola SEOM

Durante más de 30 años, hemos perseguido lo imposible. Hoy también en Oncología donde investigamos en la próxima generación de medicamentos con el potencial de transformar la vida de los pacientes con cáncer.

¿Hablamos?



PÓSTER

	Dra. Clara Iglesias Gómez. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo	Resultados del tratamiento sistémico en cáncer adrenocortical avanzado: datos de 152 pacientes del registro ICARO-GETHI/SEEN
	Dra. Nuria Mulet Margalef. Vall d'Hebron Institute of Oncology / Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat	Factores predictivos de respuesta a inmunoterapia en cáncer colorrectal avanzado con inestabilidad de microsatélites

MIR

	Dr. Santiago Moragón Terencio. Hospital Clínico de València. Instituto de investigación INCLIVA	Pronóstico de las pacientes con cáncer de mama oligometastásico: papel del estadio NED en la enfermedad avanzada
	Dr. Martín Núñez Abad. Hospital General Universitario de Valencia	Generación y caracterización de líneas de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) mutado en KRAS resistentes a inhibidores de la vía RAS/MAPK
	Dra. Sara Martínez-Fernández. Hospital Universitario La Paz. Madrid	Efectividad de la segunda y tercera línea de tratamiento en los sarcomas de partes blandas diseminados: experiencia de vida real de un hospital terciario
	Dra. Isabel García-Fruytoso. Institut Català d'Oncologia, H. Josep Trueta, Girona	Tumores neuroendocrinos y BRCA2: ¿Existe una asociación?
	Dr. Ignacio Pérez Criado. Althaia Xarxa Assistencial i Universitaria de Manresa	Modelo pronóstico de supervivencia cáncer específica (SCE) en los pacientes (P) afectos de cáncer de vejiga músculo-invasivo (CVMI) tratados con quimioterapia neoadyuvante (QNA)

PUBLIBECAS SEOM2021

Gracias a la colaboración de: 

PUBLIBECAS

	Dr. Ignacio Gil Bazo. Clínica Universidad de Navarra	El empleo del nuevo radiotrazador, 89ZR-Anti-PD-1, mejora la evaluación de respuesta a inmunoterapia en cáncer de pulmón (Inmuno-PET)
	Dr. Domingo Antonio Sánchez Martínez. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	Termómetro laboral de la Oncología Médica en España: situación laboral de los oncólogos jóvenes
	Dra. Carla M. Martín Abreu. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias	Farmacocinética del trastuzumab en el tratamiento del cáncer gástrico HER2+
	Dra. Esmeralda García-Torralba. Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia	Desarrollo de modelos pronósticos basados en factores clínicos, biológicos y genéticos en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante

CURSO
SEOM

PARA RESIDENTES

CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIA DE SOPORTE

Valencia
20 y 21 / enero / 2022
Hotel Meliá Valencia

@_seom

#mirSEOM22

Jueves 20 / 1 / 2022

10:00-11:00 h	CAFÉ DE BIENVENIDA
11:00-11:10 h	INAUGURACIÓN OFICIAL
11:10-12:25 h	SESIÓN-COLOQUIO 1: SER ONCÓLOGO, UN CAMINO LARGO Y NADA FÁCIL
12:25-14:30 h	SESIÓN FORMATIVA 2: MANEJO DE LAS URGENCIAS ONCOLÓGICAS <ul style="list-style-type: none"> El paciente crítico oncológico Urgencias respiratorias y cardiológicas frecuentes en la urgencia Urgencias digestivas en oncología Otras urgencias: neurológicas, hidroelectrolíticas, vasculares DEBATE
14:30-15:35 h	ALMUERZO
15:40-17:00 h	SESIÓN FORMATIVA 3: APRENDER A CONTROLAR EL DOLOR ONCOLÓGICO <ul style="list-style-type: none"> El dolor habitual en el paciente oncológico: crónico e irruptivo El dolor neuropático y su manejo en oncología Opciones ante un dolor oncológico difícil / Unidades del dolor DEBATE
17:00-17:25 h	PAUSA CAFÉ
17:30-18:45 h	SESIÓN FORMATIVA 4: ASPECTOS ÉTICOS EN ONCOLOGÍA <ul style="list-style-type: none"> Agresividad, sobretratamiento y obstinación terapéutica Decisiones compartidas vs conspiración del silencio Sedación, suicidio asistido y eutanasia DEBATE
18:45-19:45 h	SESIÓN-CONFERENCIA 5: SOY ONCÓLOGO SOY PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> Exposición Preguntas
21.30 h Cena	SESIÓN FORMATIVA 6: Documental de Pau Donés: "ESO QUE TÚ ME DAS"

Viernes 21 / 1 / 2022

09:00-11:00 h	SESIÓN FORMATIVA 7: TOXICIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS <ul style="list-style-type: none"> Cosas a valorar antes de decidir y empezar un tratamiento antineoplásico. Escalas de toxicidad Toxicidad más frecuente de la quimioterapia: prevención y tratamiento Toxicidad habitual de las terapias dirigidas: prevención y tratamiento Efectos inmunomediados de los inhibidos del punto de control inmunológico: tratamiento DEBATE
11:00-11:25h	PAUSA CAFÉ
11:25-12:30 h	SESIÓN FORMATIVA 8: MAS ALLÁ DEL DOLOR: OTROS SÍNTOMAS FRECUENTES DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO <ul style="list-style-type: none"> Manejo de la desnutrición el síndrome de anorexia-caquexia Manejo de la astenia/anemia tumoral Síntomas emocionales y afrontamiento de los pacientes oncológicos DEBATE
12:30-14:00 h	SESIÓN FORMATIVA 9: TALLERES PRÁCTICOS <ul style="list-style-type: none"> Aprendiendo a decir lo difícil: conectar y comunicar Recursos formativos e informativos útiles para el residente de oncología
14:00-15:10 h	ALMUERZO
15:15-16:20 h	SESIÓN FORMATIVA 10: SITUACIONES ESPECIALES Y COMPLEJAS <ul style="list-style-type: none"> El paciente anciano con cáncer Tratamiento antitumoral en pacientes con insuficiencia orgánica y/o criterios de fragilidad Actitud ante las terapias alternativas/pseudociencias y ante diferencias culturales y/o religiosas DEBATE
16:20-17:50 h	PRESENTACIÓN DE LOS 3 MEJORES CASOS CLÍNICOS DEL 14º CONCURSO +MIR DE CASOS CLÍNICOS PARA RESIDENTES EN ONCOLOGÍA MÉDICA Con la colaboración sin restricciones de ROCHE
17:50-18:00h	DEBATE
	DESPEDIDA Y CIERRE

PULMÓN

Se afianzan las terapias en cáncer de pulmón no microcítico avanzado

Avances en inmunoterapia sola o en combinación y nuevas terapias dirigidas

Redacción SEOM

La sesión formativa en cáncer de pulmón III se centrará en el cáncer de pulmón no microcítico avanzado y será moderada por la **Dra. Reyes Bernabé**, oncóloga médica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, y el **Dr. Javier de Castro**, oncólogo médico del Hospital Universitario La Paz. El Dr. De Castro destaca que la mesa "está diseñada con la idea de actualizar el estado del arte del tratamiento estándar de última generación de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico avanzado tanto en los que no tienen mutación como en los que son portadores de mutaciones tratables. Básicamente, en una primera parte se revisarán los avances de la inmunoterapia sola o en combinación para luego discutir nuevas opciones en las terapias dirigidas".

"La inmunoterapia sola o en combinación con quimioterapia se ha situado como la mejor opción de tratamiento para los pacientes con cáncer de pulmón



Dr. Javier de Castro.

avanzado sin mutaciones tratables. Haber alcanzado un tercio de supervivientes más allá de los cinco años es un hito, pero actualmente se está centrando el esfuerzo en una mejor definición de los perfiles de pacientes candidatos a las distintas alternativas, evitar o reducir los efectos inmunorrelacionados asociados, buscar cómo incre-

mentar el beneficio o qué hacer en aquellos que progresan", resume el Dr. De Castro.

Además, –prosigue el Dr. De Castro– "se abordará cómo mejorar los resultados en los pacientes identificados con mutaciones driver consideradas "clásicas" en primera línea como EGFR, ALK y ROS1. Se

“

La inmunoterapia sola o en combinación con quimioterapia se ha situado como la mejor opción de tratamiento para los pacientes con cáncer de pulmón avanzado sin mutaciones tratables

ha alcanzado un techo de eficacia muy alto y ahora se persigue seguir incrementando la supervivencia ya de por sí prolongada de estos pacientes, o buscar la mejor calidad de vida con los agentes que produzcan menos efectos secundarios".

"La siguiente ponencia tratará sobre nuevas mutaciones, como KRAS y RET, otras dianas que están llegando con resultados terapéuticos muy prometedores. Por último, se repasará la estrategia de tratamiento en

pacientes en segunda línea y líneas sucesivas, donde el reto es buscar nuevas opciones de tratamiento para los pacientes que han progresado a la inmunoterapia previa", anuncia el Dr. De Castro.

En resumen, "hablaremos de una primera línea de tratamiento convencional sin mutaciones –donde abordaremos sobre todo la inmunoterapia–, una primera línea de tratamiento convencional con mutaciones 'clásicas', otras mutaciones en marcha y la segunda línea como tal", resume el Dr. Javier de Castro.

En su opinión, en este ámbito en este año no se han registrado "grandes novedades, hablamos más de un afianzamiento de por dónde van a ir los tratamientos y el reto que puedan utilizarse en todos los hospitales. En segundas líneas, el gran reto es qué hacer en mutados y buscar otras opciones. Y, en el caso de los tratados con inmunoterapia y sin mutaciones, qué hacer más allá de cuando progresan a las combinaciones de inmunoterapia en primera línea". ■

AGENDA DEL DÍA

◀ SALA 1

15:30-17:00h **SESIÓN DE COMUNICACIONES: CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO**

17:00-18:30h **SESIÓN FORMATIVA: CÁNCER DE PULMÓN III. CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO**

MSD
INVENTING FOR LIFE

MSD le invita a participar en el simposio:

Supervivencia como valor diferencial en 1L en CPNMm sin mutaciones driver

Miércoles 20/Octubre

Foro debate

📍 Sala 1 ⌚ 14:30h - 15:30h

Moderador:

Dr. Luis Paz-Ares,
Hospital 12 de Octubre,
Madrid.

Ponentes:

Dra. Dolores Isla, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.
Dr. David Vicente, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

SEOM2021VIRTUAL

18 AL 22 / OCT / 2021



Ahora y siempre,
por y para los pacientes

LIBRO DE COMUNICACIONES

DESCÁRGUELO AQUÍ

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES DE:



COLORRECTAL

La selección de pacientes, clave en cáncer colorrectal

La duración óptima en la adyuvancia, a debate

Redacción SEOM

La sesión formativa en cáncer colorrectal se centrará en las estrategias de abordaje de este tipo de tumores, con ponencias sobre neoadyuvancia en el cáncer de recto localizado, duración óptima de la adyuvancia en cáncer de colon localizado, estrategia en cáncer colorrectal metastásico potencialmente resecable y terapias dirigidas en cáncer de colon refractario.

Estará moderada por el **Dr. Enrique Aranda**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. “En primer lugar, abordaremos si en el cáncer de recto se puede hacer el tratamiento neoadyuvante, en qué pacientes puede hacerse de manera total antes de la cirugía. Porque, habitualmente, puede hacerse antes o después de la cirugía y después continuar posteriormente. La clave es determinar si se puede seleccionar un grupo de pacientes candidatos para evitar que, tras la cirugía, haya cualquier tipo de tratamiento. Es un tema candente que será tratado por una experta como la **Dra. María José Sanfont**, oncóloga médica del Consorcio Hos-



Dr. Enrique Aranda.

“

La clave es determinar si se puede seleccionar un grupo de pacientes candidatos para evitar que, tras la cirugía, haya cualquier tipo de tratamiento

pital General Universitario de Valencia”, detalla.

La segunda ponencia, a cargo del **Dr. Ramón Salazar**, jefe del

Servicio de Oncología Médica del Hospital Duran i Reynals de Barcelona, se centrará en el cáncer de colon localizado. Como recuerda el Dr. Aranda, “hay una polémica abierta sobre la duración óptima en la adyuvancia. Tras diversos estudios, hay quien propugna que, en los tumores de bajo riesgo, serían suficientes tres meses de tratamiento versus los seis meses que se hacen habitualmente”.

También se abordará el papel del ADN circulante. “Sabemos que, después de operar el cáncer de colon, si se mantienen niveles altos de ctDNA medidos por biopsia líquida, la mayoría de pacientes van a recaer. Y analizare-

mos si la biopsia líquida nos proporciona datos moleculares que nos puedan ayudar a la toma de decisiones sobre qué pacientes se van o no a beneficiar del tratamiento. Probablemente muchos pacientes de bajo riesgo están curados con cirugía solo, pero no podemos identificarlos todavía”, comenta el Dr. Aranda.

La **Dra. Pilar García Alfonso**, jefa de Sección del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por su parte, tratará un tema no exento de polémica: en pacientes con cáncer colorrectal con metástasis hepáticas, cuál sería la estrategia más adecuada cuando la enfermedad sea potencialmente resecable.

“Durante un periodo de tiempo se habló mucho de intentar diferenciar aquellos pacientes con enfermedad potencialmente resecable que tuvieran factores pronósticos positivos o negativos de manera que, en función de los que tuvieran, íbamos a cirugía directamente o a quimioterapia y después, probablemente, a una cirugía. Este aspecto no está del todo resuelto y se nos actualizará

en la ponencia”, anuncia el Dr. Aranda.

Por último, el **Dr. Fernando Rivera**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, pormenorizará el papel de las terapias dirigidas en los tumores refractarios en cáncer de colon avanzado. El Dr. Aranda señala que “muchas veces, nos encontramos con una serie de pacientes que tienen tumores que no responden a los tratamientos estándar. Y, sin embargo, se mantienen con un estado general muy bueno y los pacientes siguen demandando tratamiento, como es lógico. Se abordará el rol de las terapias dirigidas en estos tumores que son refractarios a lo que habitualmente hacemos con ellos”.

En su opinión, es un aspecto interesante “porque, nos vamos encontrando cada vez con más pacientes que han hecho varias líneas de tratamiento y que han progresado a estas, por lo que son refractarios a dichos tratamientos, pero que mantienen un estado general muy bueno y a los que hay que ofrecerles la posibilidad de poder ayudarles con algunas terapias dirigidas”.

AGENDA DEL DÍA

◀ SALA 4

15:30-17:00h **SESIÓN DE COMUNICACIONES: CÁNCER COLORRECTAL**

17:00-18:30h **SESIÓN FORMATIVA: CÁNCER COLORRECTAL. NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL ABORDAJE DE TUMORES COLORRECTALES**

GENITOURINARIO

Acercarse a la medicina de precisión en cáncer de próstata, reto

Se avanza en biomarcadores predictores de respuesta y de resistencia a los tratamientos

Redacción SEOM

La sesión formativa sobre tumores genitourinarios III se centrará en el cáncer de próstata. Será moderada por el **Dr. Javier Cassinello**, jefe de Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario de Guadalajara, y la **Dra. Aránzazu González del Alba**, oncóloga médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, y en esta sesión se revisarán los aspectos más relevantes en el manejo de esta enfermedad y cuáles son las principales líneas de investigación.

“En la jornada de hoy comenzaremos con la sesión de comunicaciones más relevantes de tumores genitourinarios. A continuación, celebraremos la sesión educativa de cáncer de próstata en la que hablaremos en primer lugar de la enfermedad localizada de alto riesgo y las novedades terapéuticas en desarrollo. A continuación, realizaremos una actualización terapéutica de la enfermedad me-

tastásica sensible al tratamiento de privación de andrógenos y en la enfermedad resistente a la castración, así como nuevos avances en biomarcadores en el cáncer de próstata”, resume la Dra. González del Alba.

En su opinión –prosigue la Dra. González del Alba–, los retos en este ámbito pasan “por acercarse a una medicina de precisión. Hay importantes avances como resultado de estudios con fármacos dirigidos frente a alteraciones moleculares en la vía reparadora del DNA, como son los agentes inhibidores de la enzima PARP y los datos obtenidos en términos de eficacia clínica que han condicionado la aprobación de estos fármacos por las autoridades reguladoras para pacientes que presentan mutaciones en genes BRCA1/2 y han sido expuestos previamente al menos a un agente hormonal de nueva generación. Por otra parte, se están explorando biomarcadores que permitan seleccionar el tratamiento adecuado en un escenario terapéutico concreto y en el

momento preciso. En este sentido, existe una investigación en marcha en la búsqueda de biomarcadores predictores de respuesta y de resistencia a los tratamientos habituales”.

Una de las cuestiones que se plantean es hasta qué punto es posible personalizar los tratamientos. “Hasta ahora, la única medicina de precisión validada en clínica en cáncer de próstata son los inhibidores de PARP. Otra aproximación son los agentes inhibidores de la vía PTEN-AKT que han demostrado retrasar la progresión de la enfermedad en pacientes que presentan alteraciones moleculares en esta vía. Pero también podría considerarse medicina de precisión la llegada del lutecio-PSMA, un radio-fármaco asociado con una molécula dirigida al PSMA, que es una proteína de membrana que expresan las células tumorales prostáticas y que va dirigido frente a las metástasis de cáncer de próstata que previamente han sido detectadas mediante PET-PSMA-Galio. En un ensayo fase III recientemente

Dra. Aránzazu González del Alba.

publicado este fármaco ha demostrado eficacia clínica en pacientes muy pre-tratados. El reto ahora está en demostrar la eficacia en escenarios más precoces de la enfermedad, en diferentes ensayos clínicos que están en marcha”, anuncia.

En cuanto al manejo multidisciplinar, considera que sigue siendo “un reto en nuestro país el verdadero abordaje multidisciplinar del cáncer de próstata desde etapas iniciales de la en-

fermedad: en el que deben participar, desde el primer momento del diagnóstico y la primera indicación terapéutica, todos los especialistas implicados, tanto urólogos como oncólogos radioterápicos, oncólogos médicos, patólogos, médicos nucleares y radiólogos. Sin embargo, en nuestro país, todavía es un reto el verdadero manejo multidisciplinar desde etapas iniciales de la enfermedad en cáncer de próstata”, concluye la Dra. González del Alba.

AGENDA DEL DÍA

◀ SALA 3

15:30-17:00h **SESIÓN DE COMUNICACIONES: TUMORES GENITOURINARIOS**

17:00-18:30h **SESIÓN FORMATIVA: TUMORES GENITOURINARIOS III. CÁNCER DE PRÓSTATA**



Dra. Aránzazu González del Alba.

SEOM2021VIRTUAL

18 AL 22 / OCT / 2021



Ahora y siempre, por y para los pacientes

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

Fundación SEOM

CERTIFICADOS

DESCARGUE SUS CERTIFICADOS DE ASISTENCIA, PONENCIA, PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES, POSTERS, ETC. EN LA WEB DE SEOM WWW.SEOM.ORG A PARTIR DEL MIÉRCOLES 27 DE OCTUBRE A LAS 12:00h

www.seom.org

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES DE:



KERN
PHARMA

Biologics

STRANTAS[®] EFG
Fulvestrant
250mg solución para inyección en jeringa precargada



La confianza de fulve**STRANT** con la comodidad de **STRANTas**[®]

STRANTAS[®] (fulvestrant) contiene la dosis recomendada mensual en un solo envase¹, con la misma eficacia y seguridad que el producto de referencia²

2 jeringas, 1 prescripción

Fácil y práctico para usted y para su paciente



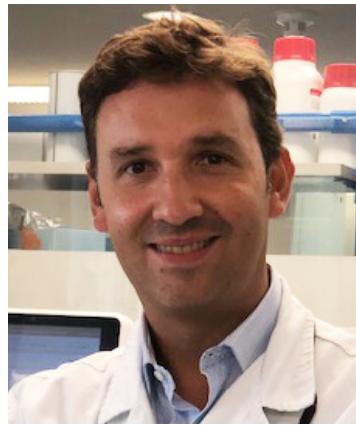
Para más información sobre **STRANTAS**[®]

1. Ficha técnica de Strantas[®]
2. Di Leo A, Jerusalem G, Petruzelka L et al. Results of the CONFIRM Phase III Trial Comparing Fulvestrant 250 mg With Fulvestrant 500 mg in Postmenopausal Women With Estrogen Receptor-Positive Advanced Breast Cancer. J Clin Oncol. 2010 Oct 20;28(30):4594-600. doi: 10.1200/JCO.2010.28.8415. Epub 2010 Sep 20.

PUBLIRREPORTAJE ASTELLAS

Enzalutamida (XTANDI™): primer y único fármaco con cuatro indicaciones aprobadas en todo el espectro del cáncer de próstata avanzado

Dr. Javier Puente, servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Carlos



Recientemente, el Ministerio de Sanidad ha aprobado la financiación de estas dos nuevas indicaciones para enzalutamida (CPHSm y CPRCnm de alto riesgo). En su opinión, ¿qué relevancia tiene esto para los oncólogos médicos y para los pacientes con cáncer de próstata avanzado?

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente entre los varones españoles, con cerca de 35.000 casos al año. Tradicionalmente, el curso evolutivo de muchos de ellos es satisfactorio, pero el debut metastásico de la enfermedad (CPHSm) y la resistencia a la castración, comprometen la supervivencia de otros muchos. El concepto de CPHS incluirá a todas las presentaciones metastásicas de novo cuando la enfermedad debute con metástasis o CPHSm recurrente o pretratado, cuando los pacientes progresen tras haber recibido una terapia local, y en ambos casos, el uso exclusivo de terapias de deprivación androgénica es considerado ya una opción con escaso rendimiento terapéutico con menor tiempo a la progresión y supervivencia. Aunque la incidencia del cáncer de próstata metastásico presenta grandes variaciones,

en los países industrializados oscila aproximadamente entre el 3,8 % y el 18 % de todos los casos de cáncer de próstata de nuevo diagnóstico. Por otro lado, el CPRCnm ha sido considerado una entidad huérfana de terapias activas y en las que las nuevas incorporaciones terapéuticas pueden retrasar la aparición de metástasis y prolongar la vida de nuestros pacientes.

¿Cuáles son los principales estudios que han modificado el tratamiento del CPRCnm?

Gracias a la difusión de los programas de cribado con PSA, ha aumentado el número de diagnósticos en estadios tempranos, lo que permite el tratamiento local con cirugía o radioterapia. Sin embargo, tras 10 años de seguimiento, entre el 20 y el 50% de los pacientes presentan recidivas bioquímicas. La terapia de deprivación de andrógenos (TDA) ha sido el tratamiento estándar para la enfermedad recurrente después del tratamiento local durante mucho tiempo, tanto si se trata sólo de una recaída bioquímica como si hay evidencia de enfermedad metastásica. Alrededor del 10-20% de los cánceres de próstata adquieren resistencia a la TDA y se convierten en cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC) en los 5 años de seguimiento. Para la enfermedad resistente a la castración sin metástasis, 3 ensayos clínicos prospectivos (PROSPER, SPARTAN y ARAMIS) han cambiado el panorama terapéutico, siendo positivos para una población de especial mal pronóstico definida por un tiempo de duplicación de PSA corto, y

cuya mediana de aparición de metástasis suele ser de 12-14 meses. Los 3 estudios han sido capaces no solo de retrasar la aparición de metástasis sino de prolongar la supervivencia.

En su opinión, ¿cuál sería la conclusión más importante que se puede extraer de los resultados del estudio PROSPER?

El ensayo PROSPER es un estudio fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que incluyó a más de 1.400 pacientes con CPRCm0 (definido por la ausencia de metástasis mediante gammagrafía ósea y TAC de cabeza, tórax, abdomen y pelvis) con un PSA-DT ≤ 10 meses y un nivel de PSA ≥ 2 ng/ml. Los resultados iniciales, con una mediana de seguimiento de 21,9 meses, arrojaron un beneficio para enzalutamida, con una mediana de aparición de metástasis de 36,6 meses frente a 14,7 meses en el grupo de placebo, lo que significa una reducción del 71% en el riesgo de progresión. Con estos datos, se permitió que los pacientes del grupo de placebo recibieran enzalutamida y tanto la FDA como la EMA aprobaron enzalutamida para el tratamiento del CRPC M0 de alto riesgo en 2018. A pesar de ese crossover, con un mayor seguimiento, el análisis final mostró un beneficio estadísticamente significativo en la SG, con una reducción del riesgo de muerte del 27%, logrando una mediana de SG de 67 meses en el grupo de enzalutamida en comparación con 56,3 meses en el grupo de placebo.

Centrándonos ya en el CPHSm, en el congreso de ESMO que

tuvo lugar a mediados de septiembre, el Prof. Armstrong presentó los resultados finales de supervivencia global del estudio Arches. ¿Podría comentar qué aspectos le parecen más destacables?

EL panorama terapéutico de los pacientes con CPHSm han cambiado drásticamente en los últimos 5 años. Antes del año 2016, ningún fármaco añadido a la clásica deprivación androgénica había demostrado un beneficio y, como resultado, no hubo una mejora apreciable en la supervivencia de estos pacientes. Sin embargo, desde entonces, varios ensayos fase III han demostrado un beneficio de supervivencia para el uso de docetaxel (CHAARTED y STAMPEDE), acetato de abiraterona (LATITUDE, STAMPEDE y PEACE-1), *enzalutamida (ENZAMET y ARCHES) y apalutamida (TITAN).

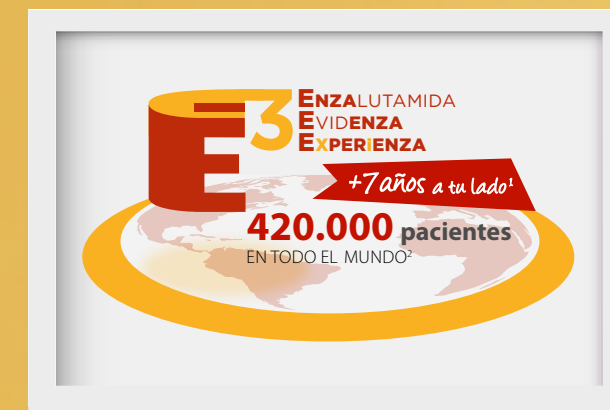
El ensayo ARCHES se presentó inicialmente en el simposio ASCO GU del año 2019, demostrando que el uso concomitante de enzalutamida y ADT mejora significativamente la supervivencia libre de progresión, así como muchos otros endpoints secundarios (reducción de PSA, tiempo a la resistencia a la castración, etc.). Recientemente, el Prof. Armstrong presentó los datos del impacto en supervivencia global durante el congreso ESMO 2021. Los datos muestran un impacto positivo para el uso de enzalutamida con una reducción del riesgo de muerte del 34%, a pesar de que se produjo un importante crossover desde la rama de placebo (31%) a la rama experimental tras conocerse los resultados del año 2019.

¿Considera que enzalutamida sería una opción preferible para el tratamiento de primera línea en pacientes con CPHSm para todas las subpoblaciones?

Creo que los ensayos clínicos ARCHES y ENZAMET avalan la eficacia y seguridad de enzalutamida en el tratamiento de pacientes con CPHSm. Enzalutamida ha demostrado ser eficaz en todos los subgrupos de pacientes con independencia del volumen de la enfermedad, ya sean metastásicos de debut o recurrentes y del uso previo de docetaxel. Además, el estudio ENZAMET* sería el único en este escenario de la enfermedad que se compara frente a un tratamiento activo, antiandrogénico no esteroideo (NSAA) convencionales, alcanzando beneficio clínico.

Enzalutamida se lanzó en España en 2014 para la indicación de CPRCm post-quimioterapia, y en 2015 para la indicación de CPRCm pre-quimioterapia. ¿Qué valor ha aportado durante todos estos años al manejo terapéutico del CPRCm? ¿En su opinión, enzalutamida sería la opción preferible de tratamiento de primera línea para pacientes con CPRCm?

Enzalutamida, con indicación para el tratamiento de pacientes con CPHSm, CPRCm y CPRCnm, sería la única molécula con autorización de comercialización en los tres estadios de la enfermedad. Este aspecto me parece muy importante ya que su seguridad está demostrada tras 7 años de experiencia post-comercialización, colocando al fármaco en una situación de ventaja frente a otras alternativas. ■



Xtandi™
enzalutamida

COMPRESOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA*



Primer y único fármaco con 4 indicaciones aprobadas en todo el espectro del cáncer de próstata avanzado¹

Xtandi™
multiplica sus indicaciones

YA DISPONIBLE

CPHSm

de novo y recurrente alto y bajo volumen¹



ARCHES³
ENZAMET^{4,5}

CPRCnm

de alto riesgo¹



PROSPER^{6,7}

CPRCm

pre-quimioterapia¹



PREVAIL⁸
STRIVE⁹
TERRAIN¹⁰

CPRCm

post-quimioterapia¹



AFFIRM¹¹

Xtandi™
enzalutamida

+ ADT

1. SEOM 2021. Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2021. Disponible en: <https://www.seom.org/>. Último acceso: 15/ABR/2021

2. Cozar JM, Minana B, Gomez-Veiga F, Rodriguez-Antolin A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, et al. Prostate cancer incidence and newly diagnosed patient profile in Spain in 2010. BJU Int. 2012 Dec;110(1 Pt B):E701-6.

3. Sternberg CN, Fizazi K, Saad F, et al. Enzalutamide and Survival in Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. N Engl J Med. 2020;382(23):2197-2206.

4. Smith MR, et al. Apalutamide Treatment and Metastasis-free Survival in Prostate Cancer. N Engl J Med. 2018;378(15):1409-18.

5. Fizazi K, et al. Darolutamide in Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. N Engl J Med. 2019; 380:1235-1246.

6. Hussain M, Fizazi K, Saad F, et al. Enzalutamide in men with nonmetastatic, castration-resistant prostate cancer. N Engl J Med. 2018;378:2465-74.

7. Sweeney CJ, Chen YH, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M, et al. Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 2015 Aug 20; 373(8):737-46. doi: 10.1056/NEJMoa1503747. Epub 2015 Aug 5. CHAARTED.

8. James ND, et al. Abiraterone for prostate cancer not previously treated with hormone therapy. N Engl J Med. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1702900> (2017). STAMPEDE

9. Fizazi K, et al. Abiraterone plus prednisone in metastatic, castration-sensitive prostate cancer. N Engl J Med. <https://www.n engl j med.com/doi/10.1056/NEJMoa1704174> (2017). LATITUDE

10. A Prospective Randomised Phase III Study Of Androgen Deprivation Therapy With Or Without Local Radiotherapy With Or Without Abiraterone Acetate And Prednisone In Patients With Metastatic Hormone-Naive Prostate Cancer (PEACE1)

11. XTANDI EPAR assessment report, September 2018. European Medicines Agency. Available online at https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/xtandi-h-c-2639-ii-0047-g-epar-assessment-report-variation_en.pdf. Último acceso: julio 2021

12. Davis ID, et al. Enzalutamide with Standard First-Line Therapy in Metastatic Prostate Cancer. N Engl J Med. 2019;381(2):121-31.

13. Armstrong AJ, et al. ARCHES: A Randomized, Phase III Study of Androgen Deprivation Therapy With Enzalutamide or Placebo in Men With Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. J Clin Oncol. 2019;37(32):2974-2986.

14. Chi KN. Apalutamide for Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 2019 Jul 4;381(1):13-24. doi: 10.1056/NEJMoa1903307. Epub 2019 May 31.

15. <https://oncologypro.seom.org/meeting-resources/seom-congress-2021/final-overall-survival-analysis-from-arches-a-phase-iii-randomized-double-blind-placebo-pbo-controlled-study-of-enzalutamide-enza-an>

16. Ficha técnica de Xtandi™ disponible en https://cima.aemps.es/cima/pdf/113846002/FT_113846002.pdf. Último acceso: 10/2021.

astellas

FICHA TÉCNICA

XTD_2021_0689_ES

Fecha de elaboración: octubre 2021

*El cáncer de próstata avanzado comprende los estadios de CPHSm, CPRCnm y CPRCm.

CPHSm: Cáncer de Próstata Hormonosensible metastásico; CPRCm: Cáncer de Próstata Resistente a la Castración metastásico; CPRCnm: Cáncer de Próstata Resistente a la Castración no metastásico.

1. Ficha técnica de Xtandi™. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdf/113846002/FT_113846002.pdf. Último acceso: 05/2021. 2. <https://www.pmedwire.com/news-releases/xtandi-enzalutamide-approved-by-us-fda-for-treatment-of-metastatic-castration-sensitive-prostate-cancer-300975657.html>. Último acceso: 07/2021. 3. Armstrong AJ, et al. J Clin Oncol. 2019;37(32):2974-2986. 4. XTANDI EPAR assessment report, September 2018. European Medicines Agency. Available online at https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/xtandi-h-c-2639-ii-0047-g-epar-assessment-report-variation_en.pdf. Último acceso: julio 2021. 5. Davis ID, et al. N Engl J Med. 2019;381(2):121-31. 6. Hussain M, et al. N Engl J Med. 2018;378(26):2465-74. 7. Sternberg CN, et al. N Engl J Med. 2020;382(23):2197-2206. 8. Beer TM, et al. N Engl J Med. 2014;371(5):424-33. 9. Penson DF, et al. J Clin Oncol. 2016;34(18):2089-106. 10. Shore ND, et al. Lancet Oncol. 2016;17(2):153-63. 11. Scher HI, et al. N Engl J Med. 2012;367(13):1187-97.

XTD_2021_0484_ES. Julio 2021.

FICHA TÉCNICA DE XTANDI™

MAMA PRECOZ

Cambios inminentes en la práctica clínica

Los nuevos fármacos permiten la personalización de los tratamientos

Redacción SEOM

“Las novedades en el cáncer de mama precoz nos van a hacer cambiar nuestra práctica clínica habitual”, destaca la **Dra. Noelia Martínez Jañez**, oncóloga médica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, y que moderará la sesión junto al **Dr. Antonio Antón**, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la primera ponencia se revisará el algoritmo de tratamiento sistémico en cáncer de mama HER-2 positivo. “Vamos a contemplar las dos opciones de tratamientos: tanto la desescalada con tratamientos menos agresivos y con elevadas tasas de curación. Y, al contrario, para tumores más agresivos, más grandes y con ganglios positivos, la aparición de nuevos fármacos, como la terapia extendida con neratinib, nos ayuda a mejorar la supervivencia en nuestros pacientes”, apunta la Dra. Martínez Jañez.

También en el cáncer de mama precoz triple negativo se esperan nuevas moléculas: la inmunoterapia en neoadyuvancia y adyuvancia mejora las tasas de re-

puesta patológica completa. De hecho, en el último congreso de ESMO se observó que, incluso, mejora la supervivencia global.

“Por tanto, en cuanto las autoridades reguladoras nos lo permitan, cambiaremos el estándar de tratamiento en este subgrupo de pacientes tan desfavorecido y que tanto necesita de nuevas terapias”, anuncia la moderadora de la sesión.

Los subtipos luminales suponen el 80% de los casos de cáncer mama que se ven de forma habitual en las consultas. En su opinión, “en este campo quizá también tengamos que cambiar la práctica clínica habitual, con el uso de plataformas y el uso de biopsias a las dos semanas si hacemos neoadyuvancia con hormona. Tendremos que individualizar mucho el tratamiento de cada paciente y hacer una hoja de ruta especial para ella, para dar así los mejores resultados terapéuticos y mejorar la supervivencia”.

Así, la **Dra. Isabel Álvarez**, oncóloga médica del Hospital de Donostia, responderá a la pregunta sobre cómo afectan los resultados de RXPonder al dise-

ño terapéutico multidisciplinar en cáncer de mama precoz. Los algoritmos en cáncer de mama precoz Her-2 positivo y triple negativo serán revisados, respectivamente, por el **Dr. Fernando Henao**, oncólogo médico del



Dra. Noelia Martínez Jañez.

Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena y la **Dra. Sara López-Tarruella**, oncóloga médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Por su parte, el **Dr. Joaquín Gavilá**, oncólogo médico de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología, abordará la posibilidad de personalizar la hormonoterapia en el cáncer de mama precoz.

“Van a ser cuatro mesas muy interesantes, en las que podremos conocer todas las novedades actuales”, resume la Dra. Martínez Jañez. Por ejemplo, “antes utilizábamos las plataformas, básicamente, en ganglios negativos. Pero el estudio fase III con ganglios positivos que revisaremos, va a cambiar el estándar con el uso de Oncotype, para minimizar la quimioterapia en las pacientes que realmente no la necesitan, que son muchas. Es un estudio muy alentador, con muy buenos resultados y que nos va a permitir desescalar los tratamientos en pacientes incluso con ganglios positivos, que antes recibían quimioterapia en la práctica totalidad de casos”.

Las novedades en la desescalada en los tumores Her-2 positivo de pequeño tamaño y de buen pronóstico permitirá no tener que utilizar toda la batería terapéutica disponible en la actualidad. Por otra parte, se producirá la ampliación de terapia extendida con neratinib en las pacientes que tienen subgrupos de cáncer de mama Her-2 positivo con tumores grandes o ganglios positivos: añadir una adyuvancia extendida mejora incluso los datos de supervivencia libre de

progresión y supervivencia global en aquellas pacientes que no hacen respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.

En el caso de la personalización de la hormonoterapia, el uso de las plataformas “y de las biopsias, –prosigue la Dra. Martínez Jañez– si utilizamos hormonoterapia en neoadyuvancia, nos tiene que ayudar a organizar e individualizar los tratamientos en este subgrupo de pacientes. También tenemos pendientes datos de los inhibidores de ciclinas en adyuvancia, que todavía no podemos utilizar pero que parecen ser muy alentadores”.

PACIENTES CADA VEZ MÁS EMPODERADAS

“Las pacientes tienen mucha más información y decisión. Tenemos que tener un alto conocimiento de la patología, porque están informadas, preguntan y, además tomamos decisiones conjuntas. Pero es verdad que, en muchas ocasiones, cuando se les proporcionan opciones de tratamiento, suelen asumir la opción que les recomendamos. Hay que recalcar que, en los últimos años, el empoderamiento de las pacientes influye en la toma de decisiones”, concluye la Dra. Martínez Jañez. ■

AGENDA DEL DÍA

◀ SALA 2

15:30-17:00h SESIÓN DE COMUNICACIONES: CÁNCER DE MAMA PRECOZ

17:00-18:30h SESIÓN FORMATIVA: CÁNCER DE MAMA PRECOZ I. FORMACIÓN EN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS TEMPRANOS

El próximo gran avance en salud de la mujer



Organon, una **nueva compañía de salud** para las mujeres con un compromiso: escuchar a todas las mujeres y en todas partes, para que podamos responder mejor a sus necesidades de salud

Porque la salud comienza cuando escuchamos

Más en www.HereForHerHealth.com

Síguenos en:

Twitter @OrganonEspana

Linkedin Organon España

Y en nuestras webs: www.organon.com y www.organonconnect.es (para profesionales sanitarios)

Copyright © 2021 Organon Salud S.L. Todos los derechos reservados

SEOM2021VIRTUAL

18 AL 22 / OCT / 2021



Ahora y siempre,
por y para los pacientes

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Fundación
SEOM

GRACIAS A LA COLABORACIÓN SIN RESTRICCIONES DE:





MENSAJES PARA LLEVAR

PLENARIA

- ▶ Los estudios presentados en la plenaria demuestran la utilidad del trabajo en red, con estudios multicéntricos de oncólogos españoles.

PULMÓN

- ▶ El reto es que los nuevos tratamientos puedan utilizarse en todos los hospitales.

GENITOURINARIOS

- ▶ El verdadero abordaje multidisciplinar del cáncer de próstata desde etapas iniciales de la enfermedad sigue siendo un reto.

MAMA PRECOZ

- ▶ Los nuevos fármacos permiten la personalización de los tratamientos y cambiar la práctica clínica habitual.

COLORRECTAL

- ▶ Es necesario seguir profundizando en el conocimiento del cáncer para individualizar el tratamiento de manera que ofrezcamos la mayor eficacia con la menor toxicidad posible para el paciente.



TAMBIÉN HOY...

EXPOSICIÓN DE POSTERS

Podrá **acceder a la biblioteca de posters**, y allí visualizar, descargar y contactar con los autores de los posters. **Como novedad, los posters destacados incluyen una breve presentación** (audio y/o vídeo) del primer autor.

Gracias a la colaboración sin restricciones de Bristol Myers Squibb

SIMPOSIOS SATÉLITES

14:30-15:30h ◀ **SALA 1**

SUPERVIVENCIA COMO VALOR DIFERENCIAL EN 1L EN CPNM^{im} SIN MUTACIONES DRIVER



14:30-15:30h ◀ **SALA 2**

NUEVO PARADIGMA DE TRATAMIENTO EN EL CPNM ALK+



14:30-15:30h ◀ **SALA 3**

NUEVOS RETOS EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO: LA IMPORTANCIA DE LA INDIVIDUALIZACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES



14:30-15:30h ◀ **SALA 4**

AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL CON MUTUACIÓN BRAF+



14:30-15:30h ◀ **SALA 5**

EL VALOR DE ENZALUTAMIDA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO



SEOM© Todos los Derechos Reservados.



Advanced
Accelerator
Applications

A Novartis Company

Lutathera®

Lutecio (¹⁷⁷Lu) oxodotretida

Lutathera 370 MBq/ml solución para perfusión

NOSOTROS TAMPOCO
PODIAMOS CREÉRNOSLO.

CONOZCA EL ANÁLISIS FINAL
DE NUESTRO ENSAYO DE
FASE III NETTER-1.¹

LUTHATHERA® está indicado para el tratamiento de los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) irsecables o metastásicos, progresivos, bien diferenciados (G1 y G2) y con receptores de somatostatina positivos en adultos.²

▼ Este medicamento está sujeto a monitorización adicional. Esto permitirá una identificación rápida de información nueva sobre seguridad. Se solicita a los profesionales sanitarios que informen de cualquier sospecha de reacción adversa.

1. Strosberg J, Caplin M, Kunz P *et al.* Final overall survival in the phase 3 NETTER-1 study of ¹⁷⁷Lu-DOTATATE in patients with midgut neuroendocrine tumors. Poster 4112. ASCO; Junio 4-8, 2021.
2. LUTATHERA® Resumen de las características del producto. Enero de 2021.
Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/lutathera>. Acceso: junio de 2021.