

L I B R O
D E C O M U N I C A C I O N E S



XII CONGRESO
NACIONAL
DE ONCOLOGÍA MÉDICA
BARCELONA

21, 22 Y 23 DE OCTUBRE DE 2009

PALAU DE CONGRESSOS
DE CATALUNYA

PALACIO DE CONGRESSOS DE CATALUÑA
BARCELONA

Declarado de interes sanitario por:



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica



XII Congreso Nacional SEOM

Madrid, 21, 22 y 23 de Octubre de 2009

Índice

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN PLENARIA.....	3
COMUNICACIONES ORALES 1	6
COMUNICACIONES ORALES 2	10
COMUNICACIONES ORALES 3	13
COMUNICACIONES ORALES 4	16
COMUNICACIONES ORALES 5	21
COMUNICACIONES ORALES 6	24
COMUNICACIONES ORALES 7	28
COMUNICACIONES ORALES 8	31
COMUNICACIONES ORALES 9	35
COMUNICACIONES ORALES 10	39
COMUNICACIONES PÓSTERS	42
COMUNICACIONES A LIBRO	224
ÍNDICE DE AUTORES	261

Viernes, 23 de Octubre
Sala F
12:00

Sesión Plenaria

Moderadores:

Dr. Ramon Colomer, Prof. Emilio Alba Conejo

Cáncer genitourinario

Discusor: Dr. Joaquim Bellmunt Molins

PLEN-1

TRATAMIENTO ADAPTADO AL RIESGO EN PACIENTES CON SEMINOMA EN ESTADÍO CLÍNICO I. RESULTADOS PRELIMINARES DEL TERCER ESTUDIO DEL GRUPO GERMINAL (GG 04/2X2)

Jorge Aparicio Urtasun (1), José Pablo Maroto Rey (2), Xavier García del Muro Solans (3), Josep Gumà Padró (4), Emilio Alba Conejo (5), Mireia Margelí Vila (6), Montserrat Domenech Santasusana (7), Miguel Sánchez Parra (8), Antonio Fernández Aramburo (9), José Ramón Germà Lluch (3).

(1) Hospital Universitario La Fe, Valencia; (2) Hospital de Sant Pau, Barcelona; (3) Institut Català d'Oncologia, Barcelona; (4) Hospital Universitari Sant Joan, Reus; (5) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; (6) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; (7) Hospital Althaia, Manresa; (8) Hospital de Donostia; (9) Hospital General, Albacete; en representación del GRUPO GERMINAL.

Introducción y Objetivos: El seminoma en estadio I es la situación clínica más frecuente entre los tumores germinales. Realizamos un estudio multicéntrico nacional para evaluar la eficacia de una política de tratamiento adaptado al riesgo.

Materiales: Entre 2004 y 2008 se incluyeron de forma prospectiva 227 pacientes tras la orquiectomía. De ellos, 37% no presentaban criterios de riesgo, 19% tenían tumores mayores de 4 cm, 11% presentaban invasión de la rete

testis y 33% mostraban ambos factores de riesgo; sólo este último grupo recibió dos ciclos de quimioterapia adyuvante con carboplatino, mientras que el resto se sometió a seguimiento clínico estrecho.

Resultados: La mediana de edad fue 33 años (extremos 21-59), la BHCG preorquiectomía estaba elevada en un 15%, la mediana del diámetro tumoral era 41 mm (3-120) y había invasión vascular en 25%. Estadíos T1 (71%), T2 (26%) y T3 (3%). No hubo toxicidad significativa por la quimioterapia. Tras una mediana de seguimiento de 23 meses (extremos 2-53), se han detectado 13 recidivas (5.7%) (Tabla 1). Todas ocurrieron en el retroperitoneo, excepto un caso en la pelvis. Se detectaron mediante TAC (69%) o elevación de BHCG (31%). La mediana del tamaño tumoral fue de 25 mm (extremos 10-90) y la mediana del tiempo hasta la recidiva de 14 meses (extremos 3-31). Todos los pacientes pudieron rescatarse con quimioterapia (etopósido y cisplatino). La supervivencia global es de 100%.

CRITERIO DE RIESGO	TRATAMIENTO	RECIDIVAS (%)
Ninguno	Seguimiento	4/84 (4.8)
Tamaño > 4 cm	Seguimiento	4/44 (9.1)
Invasión rete testis	Seguimiento	5/25 (20)
Ambos criterios	Quimioterapia	0/74 (0)
TOTAL		13/227 (5.7)

Conclusiones: Aunque es seguimiento es aún limitado, confirmamos que la monoterapia adyuvante con carboplatino es eficaz para prevenir el riesgo de recidiva en pacientes con seminoma en estadio I con 2 criterios de riesgo. El porcentaje de recaídas en pacientes con invasión de la rete testis como único criterio justifica también su tratamiento complementario.

Cáncer de mama

Discutor: Dr. Antonio Llombart Cussac

PLEN-2

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE BEVACIZUMAB JUNTO A QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA AVANZADO: ANÁLISIS DEL ESTUDIO ATHENA MO19391 EN PACIENTES TRATADOS EN ESPAÑA

Eva María Ciruelos Gil (1), Guillermo López-Vivanco (2), Ignacio Peláez (3), Julio Rifa (4), Ana Santaballa (5), Sonia González (6), Miguel A. Seguí (7), Carlos Jara (8), Isabel Álvares (9), Hernán Cortés-Funes (10).

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) Hospital de Cruces, Baracaldo Vizcaya; (3) Hospital de Cabueñes, Gijón-Asturias; (4) Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca; (5) Hospital Univ. la Fe, Valencia; (6) Mutua de Terrasa, Barcelona; (7) C.S. Parc Taulí, Sabadell- Barcelona; (8) F. Hospital de Alcorcón, Madrid; (9) Hospital de Donosti, San Sebastián.

Introducción y Objetivos: El presente trabajo recoge la información de seguridad y eficacia actualizada de los pacientes tratados en el estudio ATHENA MO19391 en nuestro país.

Materiales: ATHENA MO19391 es un estudio internacional, abierto, no randomizado de la administración de Bevacizumab (BVZ) en régimen de 10mg/ kg/ 2 semanas, o 15mg/kg/3 semanas, junto a quimioterapia (QT) de primera línea (no basada en antraciclinas) en cáncer de mama (CM) avanzado.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes en 20 centros españoles (muestra total 2.027p), mediana de edad 51 años (27-79); estado postmenopáusico 83p(69,7%); R.Estrogénico positivo 64p(66,7%); HER2 negativo/ positivo/ desconocido en 92p(95,8%), 2p(2,1%) y 2p(2,1%) respectivamente; tratamiento adyuvante previo en 92p(95,8%), con antraciclinas 63p(72,4%) y con taxanos en 38p(43,6%). La mayoría de pacientes (68,57,1%) que recibieron tratamiento adyuvante tuvieron una SLE>24meses. Los esquemas de tratamiento con BVZ: paclitaxel (48p,40,3%), docetaxel (41p,34,5%), paclitaxel+gemcitabina(6p,5%), capecitabina (3p,2,5%). Mediana de ciclos 8(1-27). Con una mediana de seguimiento de 10,9meses (0,9-24,9), un 46% de pacientes presentaron progresión. Mediana de SLP 11,5 meses(10-13,6), y mediana de SG 22,5 meses (19,2-na). De 110 pacientes evaluados, 14p(12,7%)RC, y 60p(54,5%)RP. La RG fue del 67,2%, 27p(24,5%)SD, y 9(8,2%) progresaron. Beneficio clínico 91,7%. 31p(26,1%) presentaron al

menos un AE de grado>3, siendo los más relevantes: neutropenia febril 5p(4,2%), hipertensión g1-2:41p(34,4%), hipertensión g3-4:8p(6,7%), epistaxis g1-2:60p(50,4%), TVP g3:1p(0,8%), proteinuria g1-3:32p(26,9%), síndrome nefrótico g4:2p(1,7%), perforación intestinal g3:1p(0,8%), y retraso de la cicatrización g1-2:4p(3,4%). 32p(26,9%) fallecieron en el momento del análisis, en la mayoría de los casos (31p) por causa del CM.

Conclusiones: La administración de QT+BVZ en el tratamiento de primera línea de CM avanzado muestra una elevada actividad clínica, en términos de respuestas objetivas/beneficio clínico y de tiempo a la progresión. El perfil de toxicidad es favorable, siendo el característico de cada uno de los fármacos por separado. Se debe considerar la administración de BVZ junto a QT de primera línea en el tratamiento del CM metastático.

Cáncer de pulmón

Discutor: Dra. M^a Pilar Garrido López

PLEN-3

FASE III ALEATORIZADO DE CIRUGÍA (C) SOLA, O QUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA CON PACLITAXEL/CARBOPLATINO (PC) SEGUIDA DE C, O C SEGUIDA DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE CON PC EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) (NATCH)

José Miguel Sánchez Torres (1), Vicente Alberola (2), Pedro Ballesteros (3), Amelia Insa (4), Ferran Losa (5), Juana Oramas (6), Pilar Garrido (7), Ana Jiménez (8), Enriqueta Felip (9), Rafael Rosell (10).

(1) S. Oncología Médica, H. Universitario 12 de Octubre, Madrid; (2) S. Oncología Médica, H. Arnau de Vilanova, Valencia; (3) S. Oncología Médica, H. Virgen de las Nieves, Granada; (4) S. Oncología Médica, H. Clínico Universitario, Valencia; (5) S. Oncología Médica, H. Cruz Roja, Barcelona; (6) S. Oncología Médica, H. Universitario Canarias, Tenerife; (7) S. Oncología Médica, H. Ramón y Cajal, Madrid; (8) S. Oncología Médica, F.H. Alcorcón; (9) S. Oncología Médica, H. Vall d'Hebron, Barcelona; (10) S. Oncología Médica, H. Germans Trias i Pujol, Badalona - Grupo Español de Cáncer de Pulmón.

Introducción y Objetivos: Una elevada proporción de pacientes (pts) con estadios precoces de CPNM recidivan a pesar de una resección quirúrgica completa. El tratamiento sistémico pre o postoperatorio podría reducir el riesgo de recaída comparado con C sola.

Materiales: Ptes con estadio I (> 2 cm), II y T3N1 se aleatorizaron a C sola, o a 3 ciclos de PC preoperatorio

(P 200 mg/m²/C AUC 6 cada 3 semanas) seguido por C, o C seguido por 3 ciclos de PC adyuvante. El estudio se diseñó para determinar si PC preoperatoria o adyuvante resulta en un aumento absoluto del 15% en la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 5 años, con un poder estadístico del 80%. La mediana de seguimiento es 51 meses (m).

Resultados: Se reclutaron 624 pts, 212 en la rama de C, 201 en la preoperatoria, y 211 en la adyuvante. Edad mediana 64 años, 88% hombres, 51% epidermoides, 32% adenocarcinoma, 10.5% carcinoma de célula grande. Estadío clínico: I, 75.1%; II, 23.3%; T3N1, 1.5%. En la rama adyuvante solo el 61% recibió 3 ciclos; en la preoperatoria el 90% recibió 3 ciclos, con una tasa de respuestas de 53% (10% pRC). Lobectomía o bilobectomía en 69%; neumonectomía en 25%, y toracotomía exploradora en 5%. La SLE mediana y a 5 años es 25 m y 34% en la rama C, 31.5 m y 38.3% en la preoperatoria (p=.17), y 26 m y 36.6% en la adyuvante (p=.73).

Conclusiones: Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, la rama preoperatoria comparada con C muestra una tendencia a mejor SLE, con un incremento absoluto de 4.2% a los 5 años, que es máximo en estadío II y T3N1 (11.6%, HR 0.81, p=0.07) y mínimo en I (2%). El cumplimiento del tratamiento quimioterápico fue superior en la rama preoperatoria que en la adyuvante.

Cáncer de colon

Discutor: Dr. Pedro Pastor Gaitán

PLEN-4

IDENTIFICACIÓN DE SUBTIPOS MOLECULARES EN CÁNCER DE COLON. CORRELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICO-BIOLÓGICOS Y VALIDACIÓN CON UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EXTERNA

Beatriz Pérez-Villamil Salgado, Alejandro Romera López, *Susana Hernández Prieto, ** Guillermo López-Campos, Antonio Calles, Javier Sastre Varela, José* López Asenjo, Trinidad Caldés Llopis, Fernando** Martín Sánchez, Eduardo Díaz-Rubio).

Laboratorio de Oncología Molecular, Servicio de Oncología Médica, () Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (**) Área de Bioinformática y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III Majadahonda, Madrid.*

Introducción y Objetivos: Obtener grupos homogéneos de tumores de colon, estudiar su correlación con parámetros clínico-biológicos y analizar diferencias en supervivencia.

Materiales: Se analizó la expresión génica (microarrays Agilent genoma completo) en 88 tumores de colon (24A; 26B; 19C y 19D). Se seleccionaron los genes cuya expresión variaba más de 2.5 veces con respecto a la mediana de ese gen resultando un total de 1722 genes que se utilizaron para el análisis no-supervisado (BRB-Array Tools software). Como pacientes independientes se utilizaron los datos de Eschrich et al. (JCO 23(15):3526-3535 (2005)) y los resultados se combinaron utilizando el método de Hu et al. (BMC Genomics 7:96 (2006)); resultando un total de 159 pacientes y 5319 genes. Se clasificaron las muestras de Eschrich por el método de predicción Nearest Centroid.

Resultados: Mediante agrupación jerárquica los tumores se clasifican en cuatro grupos robustos: cluster-1 con 36 tumores, cluster-2 con 12, cluster-3 con 22 y cluster-4 con 14; y una robustez de: 0.91, 0.75, 0.88 y 0.90 respectivamente. El cluster-1 contiene tumores con menos estroma (p<0.001) y el cluster-3 tiene los tumores con más estroma. Los tumores mucinosos (p<0.001) y los inestables (p=0.039) convergen en el cluster-4. No existe correlación con los estadíos de Dukes (p=0.646). Los subtipos de tumores se validaron en un conjunto independiente de pacientes y se encontraron diferencias en el tiempo de supervivencia siendo los pacientes en el cluster-1 los que tienen mejor pronóstico (Low-stroma vs high-stroma HR=5.17; Low-stroma vs Mucinous-MSHR=5.66)

Conclusiones: 1.-Mediante clustering jerárquico se han identificado 4 subtipos de tumores con características clínico-biológicas diferenciales. 2.-El componente estromal, los tumores mucinosos y los inestables se asocian a esta clasificación, pero es independiente a los estadíos de Dukes. 3.-Los subtipos de tumores se han validado en un conjunto externo de pacientes, presentando distintos tiempos de supervivencia. Los pacientes con tumores bajos en estroma tienen mejor pronóstico.

Miércoles, 21 de Octubre
Sala F
12:00

Comunicaciones Orales 1: Cáncer colorrectal

Moderadores:

Dr. Antonio Antón Torres, Dr. Manuel Benavides Orgaz

Discursores:

Dra. Ana Ruiz Casado
Dr. Javier Gallego Plazas

O-1

CETUXIMAB EN COMBINACIÓN CON CAPECITABINA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. RESULTADOS DE EFICACIA SEGÚN EL MARCADOR K-RAS. GRUPO DE TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DIGESTIVOS (TTD)

Javier Sastre, Josep Taberner, Alfredo Carrato, Auxiliadora Gómez España, M^a Eugenia Vega, José Luis Manzano, Silvia Gil, Margarita Reboredo, Eduardo Díaz-Rubio, Enrique Aranda.

(1) H. Clínico San Carlos, Oncología Médica. Madrid. (2) H.U. Vall de Hebrón, Oncología Médica. Barcelona. (3) H. Ramón y Cajal, Oncología Médica. Madrid. (4) H. Reina Sofía, Oncología Médica. Córdoba. (5) H.U. Marqués, Oncología Médica Valdecilla. Santander. (6) ICO-H. Germanos Trias i Pujol, Oncología Médica. Baldañona. (7) H. R. Universitario Carlos Haya, Oncología Médica. Málaga. (8) C.H. Universitario La Coruña, Oncología Médica. La Coruña. (9) H. Clínico San Carlos, Oncología Médica. Madrid. (10) H. Reina Sofía, Oncología Médica. Córdoba.

Introducción y Objetivos: Datos recientes han establecido clara relación entre el marcador KRAS y eficacia de cetuximab. El presente análisis pretende evaluar la eficacia en función del marcador KRAS y la tolerabilidad de cetuximab en combinación con capecitabina en pacientes ancianos con CCRm.

Materiales: Estudio multicéntrico fase II en pacientes > 70 años con CCRm histológicamente confirmado y al menos una lesión medible, KPS > 80%, con función hepática, renal

y hematológica adecuada. Esquema terapéutico: Cetuximab (400 mg/m² dosis inicial y 250 mg/m² semanal) + capecitabina (1000 mg/m² /12h).

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes. La tasa de respuestas objetivas para el total de los pacientes fue 33,3% (IC95% 22,2-46,0%). La mutación de KRAS se determinó en 58 (88%) pacientes. La tasa de respuestas según el estado KRAS fue: 48,3% (IC95% 29,4-67,5%) en pacientes con KRAS no mutado y 24,1% (IC95% 10,3-43,5%) para KRAS mutado. Con una mediana de seguimiento de 14,7 meses, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) para el total de pacientes fueron 7,2 y 16,5 meses, respectivamente. La SLP según KRAS fue 6 meses para KRAS mutado y 8,6 meses para KRAS no mutado (log-rank p=0,02); y la SG fue 13,4 y 19,0 meses, respectivamente (log-rank p=0,04). Los AA de grado 3 o 4 más frecuentes fueron eritrodisestesia palmar-plantar (19,7%), diarrea (15,2%), rash cutáneo acneiforme (16,7%) y embolismo pulmonar (4,5%). Se comunicó una muerte tóxica relacionada con capecitabina por infarto agudo de miocardio.

TASA DE RESPUESTA	KRAS wild-type (N=29)	KRAS mutado (N=29)
RO	48.3%	24.1%
EE	44.8%	58.6%
CE (RO + EE)	93.1%	82.8%

Conclusiones: La determinación de la mutación de K-RAS es clave para la selección de pacientes susceptibles de tratamiento con cetuximab, duplicándose la tasa de respuestas con respecto a los mutados y a los controles históricos tratados con capecitabina en monoterapia.

O-2

QUIMIO - RADIOTERAPIA PREOPERATORIA (QRTP) Y ESCISIÓN DEL MESORRECTO (EM) POR LAPAROSCOPIA (LPS) EN CÁNCER RECTAL (CR). RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO

Estela Pineda Losada, Xabier García-Albéniz, Salvadora Delgado*, Carles Conill**, Angels Gines***, Juan Ramón Ayuso****, Rosa Gallego, Miriam Cuatrecasas*****, Antonio Lacy*, Joan Maurel. *Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínic de Barcelona, * Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Clínic de Barcelona, ** Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínic de Barcelona, *** Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, **** Servicio de Radiología, Hospital Clínic de Barcelona, ***** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona.*

Introducción y Objetivos: La QRTP y posterior resección quirúrgica con EM es el tratamiento estándar en pacientes con CR estadios II-III. La cirugía laparoscópica en CR no es un tratamiento estándar. Presentamos los resultados oncológicos a largo plazo obtenidos en pacientes con CR tratados con QRTP y EM por LPS.

Materiales: Se han incluido pacientes con CR tratados con QRTP y EM por LPS en el Hospital Clínic de Barcelona entre noviembre del 2000 y noviembre del 2008. La estadificación se realizó con ecoendoscopia, TC abdominal helicoidal y radiografía de tórax. La neoadyuvancia consistió en 45 Gy en fracciones de 1,8 cGy/día (5 días/semana) concomitante con 5-fluoracilo 225 mg/m²/d en infusión continua de 120 horas, durante 5 semanas. Los pacientes con remisión completa patológica (RCp) no realizaron adyuvancia. El resto recibió adyuvancia a criterio del investigador con leucovorin 200mg/m² y 5FU 3g/m² en infusión continua de 48 horas cada 2 semanas por 6 ciclos.

Resultados: De 423 pacientes evaluados para LPS, 164 recibieron QRTP consiguiéndose una cirugía radical en 156. 17% de los pacientes obtuvieron una RCp. Mediana de seguimiento de 42,8 meses. El subgrupo de pacientes con buena

respuesta patológica (n=70, pT0-2 N0) presentó mayor tasa de preservación de esfínter (85,7% vs 76.7%) y menor tasa de conversión (7% vs 14%). Este subgrupo presentó mejores resultados a 5 años que los pacientes con escasa respuesta patológica (n=86, pT3-4Nx, pTxN1-2) tanto en recurrencia local (0% vs 10.4% p=0.004), supervivencia libre de recidiva (92% vs 53% p<0.001) y supervivencia global (92.2% vs 66.5% p=0.001), a pesar de que la adyuvancia se administró menos frecuentemente 14.3% vs 52.3% (p<0.001).

Conclusiones: Los pacientes con CR tratados con QRTP y EM por LPS presentan resultados oncológicos a largo plazo comparables a la cirugía abierta. Los pacientes con CR pT0-2N0 presentan un pronóstico excelente a pesar de no recibir tratamiento adyuvante.

O-3

ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO DEL GRADO DE REGRESIÓN TUMORAL EN CÁNCER DE RECTO TRATADO CON QUIMIORRADIOTERAPIA PREOPERATORIA

Víctor Moreno García*, Paloma Cejas*, Jaime Feliu*, Javier De Castro*, Cristóbal Belda*, Jorge Barriuso*, Javier Larrauri**, José Javier Sánchez***, Manuel González-Baron*, Enrique Casado****.

** Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. *** Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Madrid. **** Servicio de Oncología Médica, Hospital Infanta Sofía, Madrid.*

Introducción y Objetivos: El grado de regresión tumoral (TRG) definido por Rodel, parece ser un factor pronóstico independiente en pacientes con cáncer de recto tratado con quimiorradioterapia (QRT) preoperatoria. Sin embargo la distinción entre TRG 3 y 2 es semicuantitativa, definida como más o menos del 50% de regresión respectivamente, por lo que su distinción no se correlaciona con el pronóstico. El objetivo de este estudio es encontrar un patrón inmunohistoquímico que sea capaz de estratificar este grupo de respuesta intermedia en buen y mal pronóstico en términos de supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG).

Materiales: Se realizó inmunohistoquímica de EGFR, VEGF, CD133, p53 y Ki67 en microarrays de tejido proveniente de las piezas quirúrgicas de 88 pacientes. El tratamiento preoperatorio consistió en radioterapia pélvica (50 Gy) con quimioterapia (UFT-leucovorin: 30% o basada en oxaliplatino: 70%) seguido de cirugía con excisión total del mesorrecto. Se evaluó el TRG en los 4 grupos definidos por Rodel. Para el análisis multivariante se utilizó el método de

Estadificación por eco-endoscopia	Estadificación patológica			Total
	pT0N0 pT1N0 pT2N0	pT3N0	pTxN1 pT4Nx	
uT2N0	3	0	0	3
uT3N0	30	25	10	65
uTxN1 uT4Nx	31	18	24	73
NR	7	5	6	18
Total	71	48	40	159

Kaplan-Meier y la comparación log-rank. El análisis multivariante se realizó con el modelo de Cox.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 39 meses el TRG era factor predictor de SLE ($p < 0,05$) y SG ($p < 0,001$) pero no existían diferencias entre TRG 2 y 3 (SLE ($p = 0,74$) y SG ($p = 0,41$)). Analizando solo los pacientes con TRG 2 y 3 encontramos un perfil de mal pronóstico caracterizado por la doble negatividad (DN) de EGFR y CD133 (definida como $< 5\%$ de inmunorreactividad de membrana para ambos anticuerpos). La SLE y SG a los 3 años para estos pacientes (DN vs. No-DN) fue del 33% vs. 65% ($p = 0,05$) [HR=2,4 (IC95%, 0,9-6,1) ($p = 0,06$)] y 77% vs. 95% ($p = 0,06$) [HR=4,1 (IC95%, 0,7-21,5) ($p = 0,09$)] respectivamente.

Conclusiones: El perfil EGFR/CD133 doble negativo en tumores de recto con respuesta intermedia tras QRT parece definir un subgrupo de mal pronóstico.

O-4

ESTUDIO FARMACOGÉNOMICO EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO: FACTORES PREDICTIVOS DE TOXICIDAD A 5FU/CAPECITABINA

Pilar García Alfonso*, Eva González-Haba**, María Sanjurjo**, Sonsoles Álvarez Suárez*, Andrés Muñoz Martín*, Ricardo Pérez Fernández*, Ricardo González del Val*, Luis Cabezón Gutiérrez*, Alicia Soria Lobelle*, Luis López Fernández***.

* Servicio de Oncología Médica del HGUGregorio Marañón;
** Servicio de Farmacia del HGUGregorio Marañón; Laboratorio de Farmacogenética de Farmacia del HGUGregorio Marañón.

Introducción y Objetivos: El 5FU constituye la base terapéutica del tratamiento del CCR tanto en monoterapia como en combinación con oxaliplatino e irinotecan. La capecitabina es una prodroga oral del 5FU con perfil de toxicidad y actividad similar al 5FU con la comodidad de la vía oral. Se han observado pacientes con susceptibilidades individuales de toxicidad a FU o capecitabina. Se han determinado de forma prospectiva los genotipos de los genes relacionados con el 5FU/capecitabina (Timidilato sintetasa, TYMS; Metiltetrahidrofolato reductasa, MTHFR) y además las 3 mutaciones del gen ABCB1 (gen de resistencia a multidroga 1) la 1236, 2667 y 3435, y genes habitualmente implicados en el tratamiento del CCR.

Materiales: Hemos analizado en 102 pacientes con cáncer colorrectal METASTÁSICO tratados con quimioterapia en combinación con 5FU o con capecitabina, de forma prospectiva los genotipos de los genes inicialmente relacionados con el 5FU/capecitabina (Timidilato sintetasa, TYMS; Metiltetrahidrofolato reductasa, MTHFR) y además las 3 mutaciones del gen ABCB1 (gen de resistencia a multidroga 1) la 1236, 2667 y 3435. (Tabla nº1). La mutación en los dos alelos del polimorfismo ABCB1 1236C/T protege de la neutropenia moderada-severa (II-IV) a los pacientes que tienen un tratamiento con capecitabina, pero no a los de 5-FU. De 14 pacientes con ese genotipo, ninguno presenta neutropenia cuando reciben capecitabina, sin embargo, de 9 que toman 5-FU 4 tienen neutropenia grados II-IV.

Gen	SNP	5-Fluorouracilo (n=46)		Capecitabina (n=56)	
		Diarrea (pvalue)	Neutropenia (pvalue)	Diarrea (pvalue)	Neutropenia (pvalue)
XRCC1	Arg399Gln	0,444	0,788	0,36	0,674
ERCC2	Lys751Gln	0,327	0,512	0,634	0,708
ERCC1	Asp118Asn	0,57	0,374	0,105	0,595
GSTP1	Ile105Val	0,771	0,583	0,699	0,207
MTHFR	C677T	0,118	0,579	0,215	0,369
MTHFR	A1298C	0,888	0,825	0,546	0,872
DPYD	*2A	NA	NA	NA	NA
UGT1A1	*28	0,12	0,175	0,553	0,350
UGT1A1	G3156A	0,518	0,82	0,643	0,458
TYMS	6del	0,151	0,76	0,516	0,365
TYMS	VNTR	1	0,512	0,914	0,5
EGFR	16-23 Repeats	1	0,763	0,077*	1
ABCB1	C1236T	0,217	0,456	0,364	0,014**
ABCB1	G2677TA	0,223	0,101	0,18	0,088*

Conclusiones:

1. La mutación en los dos alelos del polimorfismo ABCB1 1236C/T protege de la neutropenia moderada-severa (II-IV) a los pacientes que tienen un tratamiento con capecitabina, pero no a los de 5-FU.
2. Si se confirman los resultados puede convertirse en un marcador predictivo de toxicidad.
3. Respecto a los otros dos genes, TYMS y MTHFR hace falta incrementar el número de pacientes para conseguir resultados estadísticamente significativos.

O-5
ESTUDIOS FARMACOGENÉTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO TRATADOS CON QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE

1) David Páez López Bravo, (2) Analia Azaro, (3) Laia Paré, (4) Albert Altés, (5) F.Josep Sancho, (6) Lourdes Petriz, (3) Juliana Salazar, (1) Agustí Barnadas, (1) Eugenio Marcuello, (3) Montserrat Baiget.

Servicios de (1) Oncología Médica (2) Farmacología Clínica (3) Genética (5) Anatomía Patológica (6) Radioterapia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (4) Servicio Hematología. Fundación Althaia. Manresa.

Introducción y Objetivos: Los esquemas de quimioterapia que incluyen 5-Fluorouracilo (5-FU) han demostrado ser eficaces en el tratamiento del cáncer de recto. Recientemente el oxaliplatinato (OXA) se ha incorporado en la terapia neoadyuvante de los tumores localmente avanzados. Se propone el estudio de marcadores farmacogenéticos para identificar aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse de dichos tratamientos preoperatorios. Se analizan diferentes polimorfismos en los genes *Timidi-*

lato Sintetasa, GSTP1 y reparadores de DNA (*XRCC1, ERCC1, XPD*) de 115 pacientes tratados con quimio-radioterapia neoadyuvante.

Materiales: Se obtuvieron 115 muestras de sangre periférica de pacientes tratados con: 5-FU (n= 44), capecitabina (n=7), 5-FU + OXA (n=48), capecitabina + OXA (n= 16). Todos recibieron radioterapia concomitante y completaron el tratamiento quirúrgico a las 4-6 semanas. Los polimorfismos genéticos estudiados mediante Real-Time PCR fueron: TS (VNTR/5'UTR, 3R G>C SNP, 1494del6), ERCC1 (Asn118Asn, 8092C>A, 19716G>C), GSTP1 (Ile105val), XRCC1 (Arg194Trp, Arg280His, Arg399Gln) y XPD (Lys751Gln). Se relacionó cada uno de los polimorfismos con la regresión patológica, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG).

Resultados: Los pacientes con genotipo TS *3/*3 presentaron mayor regresión patológica (59%) frente a individuos *2/*2 y *2/*3 (34%; p=0.017). Este genotipo *3/*3 se asoció a un aumento estadísticamente significativo de la SG (p=0.009). Los pacientes con genotipo Gln399Gln del gen XRCC1 presentaron mayor probabilidad de recaída (69%) que aquellos Arg/Arg o Arg/Gln (31%; p=0.001). En el análisis multivariado TS y XRCC1 se mantienen como factores pronósticos independientes para una mayor SG (p=0.057) y SLP (p=0.032) respectivamente.

Conclusiones:

- El genotipo de la región promotora del gen de la TS es de utilidad en la identificación de los pacientes con cáncer de recto con mejor pronóstico y de aquellos que podrían beneficiarse de un tratamiento de quimioterapia pre y postquirúrgica.
- El polimorfismo Arg399Gln del gen XRCC1 puede considerarse como un marcador de riesgo de recaída en los pacientes estudiados.

Miércoles, 21 de Octubre
Sala H1
12:00

Comunicaciones Orales 2: Cáncer hereditario

Moderadores:

Dr. Joan Brunet i Vidal, Dr. Luis Robles Díaz

Discursores:

Dr. Enrique Lastra Aras
Dr. Pedro Pérez Segura

O-6

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIMERAS MUTACIONES FUNDADORAS EN EL GEN MLH1 EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Marta Pineda Riu*, Ester Borràs*, Ignacio Blanco**, Alex Teulé***, Joan Brunet****, Sara González*, Conxi Lázaro*, Gabriel Capellá*, Grupo Español de Estudio de Mutaciones Fundadoras en MLH1*****.

(*) Programa de Diagnóstico Molecular de Cáncer Hereditario (PDMCH), Instituto Catalán de Oncología, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat; Programa de Consejo Genético en Cáncer, Instituto Catalán de Oncología, (**) Hospital Germans Trias i Pujol, (***) Hospital Durán i Reynals-IDIBELL, (****) Hospital Universitari Josep Trueta –IDIBGI; (*****). T. Caldés, Hospital Clínico Sant Carlos, Madrid; M. Urioste, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Madrid; C. Martínez-Bouzas, Hospital de Cruces, Bizkaia; J. Balmaña, Hospital Vall d'Hebron; A. Torres, Hospital Sant Joan de Reus; T. Ramón y Cajal, Hospital Sant Pau; J. Sanz, Institut d'Oncologia Corachan; L. Pérez-Carbonero, Instituto de Oncología y Genética Molecular, Valladolid; S. Castellví-Bel, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción y Objetivos: El síndrome de Lynch presenta herencia autosómica dominante y está causado por mutaciones germinales en los genes reparadores *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* o *PMS2*. En algunas poblaciones, las mutaciones fundadoras (origen genético común) son responsables de una proporción importante de casos de síndrome de Lynch. **Objetivo:** Evaluar la patogenicidad y el efecto fundador de las mutaciones españolas recurrentes c.306+5G>A y c.1865T>A (p.Leu622His) del gen *MLH1*.

Materiales: Se han recogido las historias clínicas de las 29 familias incluidas en el estudio. La evaluación de la patogenicidad de las variantes identificadas se ha realizado mediante análisis de RT-PCR y expresión en células transfectadas. Para el análisis del efecto fundador se ha realizado estudio de haplotipos mediante marcadores microsatélites y SNPs.

Resultados: Hemos identificado dos sustituciones germinales frecuentes en el gen *MLH1* en familias españolas: c.306+5G>A y c.1865T>A (p.Leu622His). Ambas variantes cosegregan con la enfermedad. Los tumores en individuos portadores presentan inestabilidad de microsatélites y pérdida de expresión de la proteína MLH1. La variante c.306+5G>A afecta el correcto procesamiento del mRNA y ha sido identificada en 17 familias no relacionadas originarias del noreste de España. La variante c.1865T>A disminuye la expresión de la proteína y ha sido identificada en 12 familias procedentes de Jaén. El haplotipo común detectado ha demostrado que se trata de mutaciones fundadoras en nuestra población. Éstas representan el 25% de las mutaciones de MLH1 en la cohorte estudiada en el PDMCH del ICO en Cataluña. Estamos evaluando la prevalencia de dichas mutaciones en la población española. **Conclusiones:** Hemos demostrado la patogenicidad de las variantes c.306+5G>A y c.1865T>A (p.Leu622His) del gen *MLH1*, que representan las primeras mutaciones fundadoras de este gen identificadas en España. Estos resultados deberían considerarse en el diseño de las estrategias de diagnóstico molecular en las familias españolas con sospecha de síndrome de Lynch.

O-7

ANÁLISIS DEL ESPECTRO DE MUTACIONES EN 90 FAMILIAS CON SÍNDROME DE LYNCH ATENDIDAS EN EL INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA

Alexandre Teulé*, Marta Pineda**, Sara González**, Conxi Lázaro**, Joan Brunet***, Esther Darder***, Matilde Navarro*, Gabriel Capella**, Ignacio Blanco****.

Programa de Consejo Genético en Cáncer, Instituto Catalán de Oncología, (*) Hospital Durán y Reynals-IDIBELL, (***) Hospital Josep Trueta de Girona-IDIBGI, (****) Hospital Germans Trias i Pujol. (**) Programa de Diagnóstico Molecular en Cáncer Hereditario del Instituto Catalán de Oncología, Hospital Durán y Reynals-IDIBELL.

Introducción y Objetivos: El síndrome de Lynch (SL) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante debida

a mutaciones germinales en los genes de la vía de reparación del emparejamiento del ADN. La identificación de la mutación responsable de la enfermedad permite realizar el diagnóstico genético predictivo en los familiares y personalizar las estrategias preventivas. **Objetivos:** Descripción de las mutaciones deletéreas identificadas en las familias con SL estudiadas en nuestra institución.

Materiales: Desde su inicio en 1998, en el Programa de Consejo Genético en Cáncer del ICO se han atendido 1849 familias con sospecha de Cáncer Colorrectal Hereditario. De éstas, 913 cumplían criterios clínicos de estudio molecular y en 176 familias (19%) se detectó inestabilidad de microsátelites (IMS). En estas últimas se ha realizado estudio en línea germinal mediante técnicas de secuenciación y análisis de grandes reordenamientos.

Resultados: De las 176 familias estudiadas con IMS se ha podido identificar una mutación responsable en 90 casos (51%): 47 *MLH1* (52%), 34 *MSH2* (38%) y 9 *MSH6* (10%). *MLH1*: 3 grandes deleciones, 8 nonsense, 18 missense, 7 frameshift i 11 intrónicas. *MSH2*: 3 grandes deleciones, 7 nonsense, 11 frameshift, 12 mutaciones intrónicas y una missense. *MSH6*: 4 nonsense, 5 frameshift. Se han identificado mutaciones recurrentes en familias independientes tanto en *MLH1* (c.731G>A en 4 familias, c.1865T>A en 6 familias y c.306+5G>A en 7 familias) como en *MSH2* (c.942+3A>T en 4 familias).

Conclusiones: La frecuencia y tipo de mutaciones identificadas para cada uno los genes reparadores es similar a los resultados publicados en la base de datos del InSiGHT. Sin embargo, el análisis de una serie homogénea ha permitido identificar mutaciones recurrentes en los genes *MLH1* y *MSH2* que podrían ser útiles para optimizar la estrategia de diagnóstico molecular en pacientes con sospecha de SL. Será importante validar estos resultados en otras series españolas.

O-8

MUTACIONES EN EL GEN MUTYH EN PACIENTES CON POLIPOSIS SIN MUTACIÓN EN EL GEN APC

Ana Isabel Ferrer Pérez*, Mark Strunk**, Ángel Ferrández***, Ángel Alonso****, Marta Fernández****, Carlos San Román****, Laura Asín*, Raquel Andrés*, José Ignacio Mayordomo*, Javier Godino*.

*Servicio Oncología Médica, Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. **Instituto I+CS, Zaragoza. ***Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. ****Servicio de Oncología Médica, Hospital Virgen del Camino de Pamplona. *****Unidad de Genética, Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Introducción y Objetivos: Recientemente Altassan describió mutaciones germinales en el gen *MUTYH* en pacientes afectos de poliposis colónica sin mutaciones en el gen *APC*. Desde entonces se han descrito la frecuencia y naturaleza de estas mutaciones en diversas poblaciones como coreanos, suecos, portugueses y pakistanís. Nuestro objetivo es describir el tipo de mutaciones y estimar su prevalencia en individuos españoles afectos de poliposis colónica sin mutación en *APC* conocida.

Materiales: Se reclutaron 50 pacientes afectos de poliposis colónica de Madrid, Pamplona y Zaragoza con estudio de las mutaciones más frecuentes del gen *APC* negativo. Se realizó análisis de mutaciones en el gen *MUTYH* mediante DHPLC (Denaturing High Performance Liquid Chromatography), secuenciación y pirosecuenciación. Se analizaron también 80 controles sanos.

Resultados:

- Se encontraron mutaciones bialélicas en 6 pacientes (12%): 3 de ellos (6%) eran homocigotos para la mutación G396D; 2 (4%) eran homocigotos para la mutación Y179C; uno de ellos era portador de la mutación patogénica Q338X y de G396D.
- Un paciente (2%) resultó portador monoalélico de la mutación Y179C.
- Se encontraron 4 pacientes (8%) portadores monoalélicos de variantes sin clasificar por el momento. Estas variantes son: R115G, R426C y P334A.
- En la muestra control, 1 individuo (1,25%) resultó portador monoalélico de la mutación G396D.

Conclusiones: La prevalencia estimada de portadores bialélicos de mutación en *MUTYH* en pacientes con poliposis colónica es de 12%. El 50% de estas mutaciones corresponde a la variante G396D y el 43% a la variante Y179C. La tasa de portadores monoalélicos entre los afectos de poliposis es del 2%, mientras que la de la población sana es del 1,25%.

O-9

ANÁLISIS DE MUTACIONES EN LÍNEA GERMINAL EN ATM EN FAMILIAS AFECTAS DEL SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO (CMH) SIN MUTACIONES IDENTIFICADAS EN BRCA1 Y BRCA2

Begoña Graña-Suárez*, Esther Darder*, Teresa Ramón y Cajal**, Adriana Lasa**, Ignacio Blanco***, Conxi Lázaro****, Asunción Torres****, Judith Balmaña****, Sara Gutiérrez-Enríquez****, Joan Brunet*.

*Unitat d'Avaluació del Risc de Càncer i Consell Genètic, Institut Català d'Oncologia, Hospital Universitari Josep Trueta, Girona. **Servei d'Oncologia Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ***Unitat de Consell

Genètic, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospital Durán i Reynals, Hospitalet de Llobregat.****Laboratori de Recerca Translacional, Institut Català d'Oncologia, IDIBELL, Hospitalet de Llobregat.*****Unitat de Consell Genètic, Hospital Universitari Sant Joan, Reus.*****Consulta d'alt Risc i Prevenció del Càncer, Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.*****Vall d'Hebron Institut d'Oncologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción y Objetivos: Mutaciones en el gen *ATM* podría explicar un porcentaje de los casos de cáncer de mama hereditario (CMH) *BRCA1/2* negativos. Existe un único estudio realizado en España¹ que analiza el papel de *ATM* en el cáncer de mama a edades jóvenes. Se desconoce la prevalencia de las mutaciones en *ATM* en población española con criterios diagnósticos de CMH. Estudio multicéntrico para conocer la prevalencia de mutaciones en *ATM* en familias de alto riesgo para cáncer de mama *BRCA1/BRCA2* negativas.

Materiales: La población de estudio incluyó muestras de 233 mujeres afectas de cáncer de mama *BRCA1* y *BRCA2* negativas cuyas familias cumplían criterios de alto riesgo para CMH. Se estudiaron 33 mutaciones en *ATM* previamente descritas en población hispana afecta de Ataxia-Telangiectasia, así como las mutaciones y variantes previamente identificadas en mujeres jóvenes *BRCA1/BRCA2* negativas¹. El genotipado fue realizado utilizando la plataforma de alto rendimiento Sequenom Mass ArrayTM del centro nacional de genotipado (CeGen) basada en espectrometría de masas MALDI-TOF con la química de Iplex-Gold.

Resultados: El total de 233 casos tenían al menos otros dos casos de cáncer de mama en familiares de 1er/2º grado, no había mujeres afectas de cáncer de ovario ni varones con cáncer de mama en las familias seleccionadas siendo un 18% casos bilaterales. No se ha encontrado ninguna mutación de las previamente seleccionadas en *ATM* en este grupo de mujeres de alto riesgo para cáncer de mama hereditario.

Conclusiones: Las posibilidades de encontrar mutaciones deletéreas en *ATM* en línea germinal son bajas utilizando tecnología Sequenom al no existir mutaciones recurrentes ni hotspots en el gen. Se precisa mejorar la estrategia de análisis para conocer la prevalencia de mutaciones en *ATM* en familias *BRCA1/BRCA2* negativas.

¹Brunet et al. Clin Genet 2008; 73: 465–473

O-10

REGISTRO SOBRE CIRUGÍAS PROFILÁCTICAS EN MUJERES *BRCA+* DE LA SECCIÓN DE CÁNCER HEREDITARIO (SCH) DE LA SEOM: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Pedro Pérez Segura*, Ignacio Blanco**, Judith Balmaña***, Isabel Chirivella****, Enrique Lastra*****, Raquel Andrés*****, Ángel Alonso*****, en representación de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM.

*Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Unidad de Prevención y Riesgo de Cáncer. ICO. Badalona.

***Oncología Médica. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

****Oncología Médica. Hospital Clínico. Valencia.

*****Oncología Médica. Hospital General Yagüe. Burgos.

*****Oncología Médica. Hospital Lozano Blesa. Zaragoza.

*****So de Genética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: Una de las opciones de manejo en mujeres *BRCA+* es la cirugía profiláctica maMaría/ovárica. Sin embargo, los datos obtenidos hasta la fecha son muy heterogéneos en distintas poblaciones.

Objetivos: Crear una base de datos nacional a partir de la información generada por las distintas unidades que forman la SCH de la SEOM que permita generar conocimiento específico sobre este tema en población española.

Materiales: Se han recogido desde mayo 1999 hasta abril 2009 168 cirugías (158 pacientes) de cada uno de los centros y mediante la revisión de los historiales médicos.

Resultados: La edad media es de 52,9 años. Distribución por genes: 77 *BRCA1*, 73 *BRCA2*, 1 *BRCA1+BRCA2*, 7 no mutación. La distribución sanas/enfermas es 49/109. Tipo de cirugías/paciente: 53 mastectomías, 94 salpingo-óforectomías y 11 cirugías de ambas. Tipos de cirugías y hallazgos histológicos se recogen en las tablas adjuntas.

Tipo de cirugía	Pacientes (N)
MT bilateral	21
MT bilateral SC	13
MT simple	24
MT simple SC	6
SOOB	85
SOOB+HT	15
SOU	3
SOU+HT	2

Cirugía	Hallazgos histológicos
Mama	Benignos (49)
	Atípicas (4)
	Carcinoma (8)
	Desconocido (3)
Ginecológicas	Benignos (101)
	Atípicas (2)
	Carcinomas (2)

Conclusiones: Hasta donde conocemos, se trata del primer trabajo de ámbito nacional que analiza aspectos de las cirugías profilácticas en mujeres de alto riesgo para cáncer de mama y ovario hereditario. Los datos aquí recogidos permitirán establecer el papel que estas medidas de reducción de riesgo tienen en nuestro entorno así como la comparación con otros países.

Miércoles, 21 de Octubre
Sala F
16:00

Comunicaciones Orales 3: Cáncer pulmón I

Moderadores:

Dr. Manuel Dómine Gómez, Dra. Nuria Viñolas Segarra

Moderadores:

Dra. Reyes Bernabé Caro
Dr. Manuel Ángel Cobo Dols

O-11

ESTUDIO PROSPECTIVO DE MUTACIONES DEL GEN EGFR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) EN POBLACIÓN ESPAÑOLA. DESCRIPCIÓN DE 350 PACIENTES Y VALORACIÓN DE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DE ERLOTINIB

Enric Carcereny Costa (1), Manuel Cobo Dols (2), Cinta Pallarés Curto (3), José Miguel Sánchez Torres (4), Pilar Diz Tain (5), Rafael Ibeas Rollán (6), Ulpiano Jiménez Berlanda (7), Mari Ángeles Sala González (8), María Pérez Cano (1), Rafael Rosell Costa (1).

(1) Instituto Catalán de Oncología, Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Oncología Médica, Badalona, Barcelona; (2) Hospital Carlos Haya, Servicio de Oncología Médica, Málaga; (3) Hospital de Sant Pau, Servicio de Oncología Médica, Barcelona; (4) Hospital 12 de Octubre, Servicio de Oncología Médica, Madrid; (5) Hospital de León, Servicio de Oncología Médica, León; (6) Hospital Municipal de Badalona, Servicio de Oncología Médica, Badalona, Barcelona; (7) Hospital de la Princesa, Servicio de Oncología Médica, Madrid; (8) Hospital de Basurto, Servicio de Oncología Médica, Bilbao.

Introducción y Objetivos: 90% mutaciones de EGFR en CPNM se localizan en los exones 19 y 21. Sensibilizan a inhibidores de la tirosin-quinasa del EGFR. No disponemos de estudios amplios de la incidencia en poblaciones caucásicas. Factibilidad del análisis mutacional de EGFR en contexto multicéntrico, incidencia y características clínicas asociadas en España. Evaluar prospectivamente la eficacia de Erlotinib. **Materiales:** Determinación delección exón 19 y/o mutación L858R en muestras de tumor y DNA sérico en CPNM IIIB (con derrame pleural) o IV. Evaluación eficacia y seguridad de Erlotinib (150 mg/d). RECIST para respuesta y CTC v3 para efectos secundarios. Análisis multivariante Cox para

tiempo a la progresión (TP) y mediana de supervivencia (S). **Resultados:** Abril-05 y Noviembre-08 analizamos 2105 p de 129 centros. Mediana de tiempo para resultado 7 d (5-9). Mutaciones en 350 p (16.6%); 62% del19 y 38% L858R. Más frecuentes en mujeres (30%), edad > 69 a (11.1%), no fumadores (37.7%) e histología BAC (23.1%). 217 p tratados con Erlotinib (112 – 62% en 1ª línea y 104 – 48% en 2ª línea. Respuesta (197 p evaluables): RC 12.2%; RP 58.4% (RG 70.6% 63.8-76.5); EE 19.5; PE 10.2%. Para los tratados TP 14 meses y S 27 meses. El análisis multivariante para TP muestra significación estadística favorable para mujer, del19 y mutación no evidenciada en suero. Factores pronósticos favorables para supervivencia: mujer, del19, PS 0 y ausencia de metástasis cerebrales. **Conclusiones:** El análisis centralizado de mutaciones para EGFR es factible. La frecuencia de mutaciones de EGFR en España alcanza el 16.6 % en CPNM-no escamosa. El tratamiento individualizado con Erlotinib tiene eficacia elevada con tasa de respuesta 70%, TP 14 meses y S 27 meses. Factores pronósticos desfavorables: varón, PS 1-2, L858R y metástasis cerebrales. El GECP ha iniciado un EC de Erlotinib vs quimioterapia con platino en 1ª línea de CPNM y mutación EGFR (EURTAC).

O-12

CÁNCER DE PULMÓN EN MUJERES: ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS WORLD 07

María José Lecumberri Biurrún (1), Marga Majem (2), Nuria Viñolas (3), M^a Jesús Blanco (4), Sara Serrano (5), Irene Braña (6), Mariano Provencio (7), Catalina Vadell (8), M^a Luz Amador (9), Rafael Rosell (10).

Servicios de Oncología Médica de HU. Miguel Servet (Zaragoza)(1), H. Sant Pau (Barcelona) (2), H. Clinic (Barcelona) (3), H. Ramón y Cajal (Madrid) (4), H Lozano Blesa (Zaragoza) (5), H. Vall d'Hebron (Barcelona) (6), H Puerta de Hierro (Madrid) (7), H. Manacor (8), Dpto. Médico Roche (9), H. Germans Trias i Pujol (Badalona) (10).

Introducción y Objetivos: En algunos países el cáncer de pulmón (CP) es la primera causa de muerte en mujeres y

se han publicado diferencias entre sexos fundamentalmente por datos retrospectivos.

Materiales: WORLD07 es una base de datos epidemiológica, prospectiva y multicéntrica de mujeres con CP desarrollada por el Grupo Español de Cáncer de Pulmón. Recoge datos demográficos, antecedentes, hábitos y diagnósticos.

Resultados: Entre Octubre/07 y Febrero/09 se han incluido 409 mujeres recién diagnosticadas de CP en 22 hospitales. Características de las pacientes (p): edad mediana 61,7 años (intervalo 36-87); caucásicas 98,2%; estado civil(%): casadas 67,7, solteras 11,2, divorciadas 7,1, viudas 14. Nivel educativo(%): elemental 57,4, secundario 29,1, universitario 13,5. Mediana edad menarquia 12,7 años. Hijos: 79,4% (mediana: 2); Mediana edad al primero 27 años. Uso anticonceptivos orales: 30,6%. Relación con la menopausia: pre- 15,4%, post- 84,6%, mediana de la edad 46,7a. Tratamiento hormonal sustitutivo: 5,3%, duración mediana 4,4a. Obesidad 11,3%. Hábito tabáquico(%): nunca (fumadora pasiva + sin exposición)/ exfumadora/ fumadora activa: 42 (18 + 24)/19 /39. Mediana de paquetes-año: 72,4. Exfumadoras desde 1-5/ 5-10/ 10-15/ >15 años(%): 51/ 11,8/ 7,8/ 29,4. Exposición laboral 3,5%. Antecedentes oncológicos: familiares 45,5% (CP 29,7%); personales 13,8% (mama 33,3%). Histología(%): adenocarcinoma/ BAC/ escamoso/ cll grande/ NOS: 70,4/ 5,7/ 10,4/ 7,9/ 5,7. Microcítico 11,8%. Estadío I/ II/ III/ IV(%): 16/ 3,9/ 28,7/ 51,4. Tratamiento quirúrgico 24,7% (lobectomía/ neumonectomía/ exploradora: 85,5/ 9,2/ 5,3%). Datos disponibles de 122p con CNMP estadío IV: 74,6% han recibido QT (92,3% con 2 fármacos y 68,9% basada en platino (59% cisplatino). Análisis mutación EGFR 7,9%.

Conclusiones: En esta serie, el 42% de mujeres con CP no han fumado y la histología predominante es adenocarcinoma. Se presentarán datos de otros tratamientos recibidos y de supervivencia.

O-13

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES (P) CON CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) PORTADORES DE LA MUTACIÓN DEL GEN EGFR (MUTEGFR) EN PROGRESIÓN (PROG) TRAS RESPUESTA INICIAL A ERLOTINIB (E)

Teresa Moran Bueno, Manuel Dómine, Ramón Palmero, Adelaida García-Velasco, Guillermo Alonso, Pilar Lianes, Montserrat Doménech, Andrés F Cardona, Mónica Boitia, Rafael Rosell.

(1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. (2) Hospital de la Princesa, Madrid. (3) Hospital Durán i Reynalds, Barcelona. (4) Hospital Dr Trueta, Gerona. (5) Hospital Juan Canalejo, La Coruña. (6) Hospital Althaia, Manresa.

(7) Laboratorio de Biología Molecular, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción y Objetivos: La mayoría de los p con CPNM portadores de la mutEGFR responden a E; sin embargo es previsible la aparición de resistencia a este tratamiento. La mutT790M se ha identificado en el 50% de los p con prog. Este estudio analiza las características y la evolución clínica de 55 pacientes portadores de mutEGFR tratados tras prog a E.

Materiales: Se han recogido los datos de tratamientos sucesivos tras fallo a E en 55 p de la base de datos nacional llamada SLABD portadores de mutEGFR y tratados con E.

Resultados: Mediana de edad 59±12.5 años; 65% mujeres; 94% nunca fumadores; 54 adenocarcinoma; 35 p (63%) PS<2; principales localizaciones metastásicas: pulmón (39/71%), hueso (21/38%) e hígado (10/18%). 22 y 25 p recibieron E de primera y segunda línea respectivamente. Las mutEGFR en tejido fueron del E19 65% y L858R 35%; las mutEGFR en suero fueron del E19 31% y L858R 20%. Para la cohorte global la TR con E fue del 78% y el TTP de 11.2 m (4-29 m). Tras la prog a E, 8 p fueron rebiopsiados: 2 fueron portadores del mutT790M. El 49% recibió tratamiento de quimioterapia (QT) con platino, 14.5% E con otro agente (bavacizumab, fulvestran, vorinostat) 25.5% QT sin platino, 11% inhibidor irreversible de TK (HKI-272). La TR tras la primera línea 33% (1RC/9 RP), mediana de TTP 8 m (4.1- 11.8 m). No se observaron diferencias en TTP según el sexo (p=0.10), tipo de mutación (p=0.63) o grado de toxicidad cutánea (p=0.16) 11 p recibieron tratamientos sucesivos tras fallo a esta segunda línea de tratamiento con una TR de 40%. La MS fue de 27 m (22.9-31.1 m).

Conclusiones: Los pacientes con mutEGFR tiene una enfermedad biológicamente diferente que sigue siendo sensible a diversos tratamientos tras prog a E.

O-14

ESTRATEGIA DE SELECCIÓN FARMACOGÉNOMICA EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM). ESTUDIO PILOTO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO (QT) SEGÚN NIVELES DE EXPRESIÓN DE BRCA1. DOCETAXEL COMO AGENTE ÚNICO O COMBINACIONES CON CISPLATINO

M. Cobo, B. Massuti, N. Reguart, A. Carrato, G. López Vivanco, JM. Sánchez, I. Maestu, C. Camps, J. Oranes, Rafael Rosell.

Hospital Carlos Haya, Málaga; Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; ICO Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona; Hospital de Elche, Elche; Hospital de Cruces, Bilbao;

Fundación hospital Alcorcon, Madrid; Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy; Hospital General de Valencia, Valencia; Hospital Univ. Canarias "La Laguna", Canarias; ICO Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia adyuvante es estándar en pacientes (p) con CPNM con resección quirúrgica completa R0 y afectación ganglionar (estadios II-IIIa) la individualización de la terapia basada en expresión de BRCA1 podría mejorar los resultados.

Materiales: Se incluyeron pacientes N1 ó N2. fueron administrados 4 ciclos de QT adyuvante según niveles de expresión BRCA1. Los p con niveles bajos, Cisplatino-Gemcitabina (Cis-G), niveles intermedios con Cisplatino-Docetaxel (Cis-D) y niveles altos con Docetaxel (D). Se evaluaron factores pronósticos clínicos, histología, tipo de cirugía, perfil de toxicidad y utilización de RT postoperatorio. Se determinan tiempo a la recaída y tiempo de supervivencia. Análisis multivariante para supervivencia. Análisis de correlación ABRAXAS y RAP89 con BRCA1 y resultados terapéuticos.

Resultados: N=83. Mediana seguimiento 23 meses. Mediana edad 63 a. H/M: 69/14. 95% con tabaquismo. 98% con PS 0-1. Mediana nivel de expresión BRCA1 5.94 (rango 0.65-40.81). Histología: 42 p Adenocarcinoma (ADC), 35 p Carcinoma Escamoso, 6 Carcinoma célula grande. Resección quirúrgica: 23% neumonectomía, 67% lobectomía, 10% bilobectomía. Status ganglionar: pN1 45 (54%), pN2 38 (46%). Tratamiento asignado: Cis-G 44 p (53%), Cis-D 28 p (34%), D 11 p (13%). Análisis comparativo entre grupos muestra diferencias para subtipo histológico con ADC 71% en grupo niveles bajos BRCA1 vs 11% en grupo niveles altos BRCA1. Eficacia: Mediana global SLP 20.7 m; Cis-G 19.64 m, no alcanzada en Cis-D y D (p=0.36). Mediana SG no alcanzada. Análisis multivariante para supervivencia: HR 3.57 si T> 4 cm. Los valores incrementados de RAP80 se correlacionan con niveles de BRCA1. Se presentarán resultados actualizados con mediana de seguimiento de 36 meses.

Conclusiones: BRCA1 puede tener valor pronóstico y predictivo. Se observaron diferencias en niveles de expresión de BRCA1 en función del tipo histológico y del estadio. La monoterapia con docetaxel en p con niveles altos de BRCA1 no compromete supervivencia. El tratamiento adyuvante individualizado puede mejorar el índice terapéutico.

O-15

ERLOTINIB COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP) QUE NO HAN PROGRESADO TRAS QUIMOTERAPIA EN 1ª LINEA: ESTUDIO FASE II.

Manuel Cobo Dols, Joaquina Martínez Galán, Gema Durán Ogalla, Vanesa Gutiérrez Calderón, Inmaculada Alés Díaz, Ester Villar Chamorro, Julia Alcaide, Francisco Caranantes Ocón, Manuel Benavides Orgaz.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia y toxicidad de Erlotinib como mantenimiento en pacientes con cáncer de pulmón avanzado no células pequeñas (CPNCP) que no han progresado tras 1ª línea de quimioterapia (QT) con esquema basado en platino.

Materiales: Criterios de inclusión: CPNCP, ECOG:0-1, adecuada función renal, hepática y médula ósea, no progresión a QT en 1ª línea con régimen basado en platino. Tratamiento: Erlotinib 150mg/día empezando 3-4 semanas después del último ciclo de QT hasta progresión/toxicidad inaceptable.

Resultados: Se incluyeron 47 pts; 42 (89%) estadio IV y 5 (11%) estadio IIIB. La edad media fue de 62 años (39-77) con 39 (83%) hombres y 8 (17%) mujeres. Histología: Adenocarcinoma 29 pts (61.7%), bronquioloalveolar 3pts (6.4%), células grandes 3pts (6.4%), y escamosos 12pts (25.5%). Completaron 6 ciclos de tratamiento 38pts (81.9%). Respuestas: completas (RC); 1pt (2.1%), parcial (RP) 24pts (51.1%) y estabilización (EE) 22pts (46%). Erlotinib consiguió una mejoría en respuestas en 6pts (12.8%), prolongación de respuesta en 23pts (48.9%) y progresaron (PE) 18pts (38.3%). Tiempo hasta progresión (TTP) y supervivencia global (SG), 9.4 meses (95% IC: 4.96-13.84) y 19.23m (95% IC: 8.82-29.64). Respuesta a Erlotinib fue significativa; RP: 31.5m (95% IC: 15.37-47.63), EE: 12.8m (95% IC: 10.58-15.03), PE: 6.3m (95% IC: 5.36-7.3) p<0.001; según el estado fumador: nunca fumador: 21.67m (95% IC: 5.39-37.94), exfumador >5 años: 14.03m (95% IC: 10.77-17.30), exfumador >1-<5 años: 7.77m (95% IC: 7.62-7.91), fumador habitual: 5.9m (95% IC: 5.12-6.34) p<0.001. El estado fumador (p<0.001), y la respuesta a Erlotinib (p=0.002) fueron asociados con una diferencia significativa en TTP. Resultados similares se encontraron en SG. Toxicidad: cutánea grado (G) 1 en 11pts (23.4%), G2 en 16pts (34%) y G3 en 3pts (6.4%). Sólo 1pts presentó diarrea G3 y ningún otro efectos secundario se observó de forma significativa. Hubo un beneficio significativo en pacientes con toxicidad cutánea G2-3 respecto a aquellos con G0-1, en TTP (p=0.0003) y SG (p=0.0014).

Conclusiones: Erlotinib administrado como tratamiento de mantenimiento tras QT basada en platino obtuvo resultados prometedores. Los pts con mayor beneficio fueron aquellos que respondieron a Erlotinib, nunca o no fumaban desde >5 años, y aquellos que desarrollaron toxicidad cutánea G2-3. Los resultados del estudio prospectivo randomizado fase III SATURN obtendremos datos más concluyentes.

Jueves, 22 de Octubre
Sala H1
10:00

Comunicaciones Orales 4: Cáncer pulmón II

Moderadores:

Dra. M^a Pilar Lianes Barragán, Dr. Isidoro C. Barneto Aranda

Discursores:

Dr. Felipe Cardenal Alemany

Dr. Óscar J. Juan Vidal

O-16

POLIMORFISMOS (SNP) DE LOS RECEPTORES NICOTÍNICOS CHRNA3 (NACHRS) Y RESULTADO DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES (P) CON CARCINOMA PULMONAR NO MICROCÍTICO (CPNM)

Vanesa Quiroga García, Isabel Pajares, Juan Luis Martí, Ernest Nadal, Manuel Cobo, Nuria González, Patricia Gómez, Antonio Sánchez, José Luis Ramírez, Rafael Rosell. (1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. (2) Hospital Lozano Blesa, Zaragoza. (3) Hospital General de Alicante. (4) Hospital Durán i Reynals, Barcelona. (5) Hospital Carlos Haya, Málaga. (6) Hospital Municipal, Badalona. (7) Hospital Puerta de Hierro, Madrid. (8) Laboratorio de Biología Molecular, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción y Objetivos: Los SNP de nAChRs se asocian a resistencia a tratamiento con gemcitabina (gem), cisplatino (cis) y paclitaxel (pac) en líneas celulares de CPNM. Tres SNP de estos receptores se han asociado a un mayor riesgo de cáncer de pulmón: CHRNA3, CHRNA5 y LOC123688. Este estudio trata de analizar la potencial influencia de estos SNP en el resultado del tratamiento de p con CPNM avanzado que recibieron quimioterapia de primera línea dentro del estudio GILT (Cobo et al, JCO 2007; 27; 2747-54).

Materiales: p con CPNM estadio IV recibieron tratamiento de quimioterapia (QT) individualizada basada en niveles de expresión de ERCC1: p en la rama control con cis/ docetaxel (doc); p en rama genotípica con niveles bajos de ERCC1 (BN) cis/ doc y p con niveles altos (AN) doc/ gem. El DNA se extrajo de linfocitos de sangre periférica y el estudio de SNP [CHRNA3 (rs1051730), CHRNA5 (rs16969968) y LOC123688 (rs8034191)] se realizó por técnica de discriminación alélica (Taqman).

Resultados: Se encontró una interacción significativa entre CHRNA3 y PS (P = 0.02) En p con PS0 el grupo CHRNA3 CT presentó una mejor respuesta (P = 0.01) y TTP (P = 0.02) que CHRNA3 CC y el grupo BN presentó una mejor respuesta (p=0.01) La inclusión del genotipo CHRNA3 en el análisis multivariante para TTP se asoció a mejor resultado en el grupo BN con PS0 (p= 0.02) El grupo BN con PS0 y SNP CHRNA3 CT presentó una tasa de respuesta de 84%, un TTP de 12.1 m y una MS de 19 m (tabla CHRNA3 SNP).

CHRNA3	p con PS 0 y BN			
	CC	CT	TT	p
RR	7 (50%)	21 (84%)	3 (50%)	0.05
TTP	6.74	12.13	7.77	0.05
SM	12.6	18.98	10.68	0.41

Conclusiones: El análisis de los SNP de CHRNA3 puede mejorar la individualización del tratamiento basado en la expresión de ERCC1 en CNMP avanzado con PS0.

O-17

ANÁLISIS MEDIANTE ANÁLISIS SERIADO DE EXPRESIÓN GÉNICA (SAGE) DEL TRANSCRIPTOMA IMPLICADO EN LA RESPUESTA A CISPLATINO EN EL CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP)

Paloma Cejas Guerrero (1), Cristóbal Belda Iniesta (1), Rosario Machado Pinilla (2), Verónica Rodríguez Fanjul (2), Inmaculada Ibañez de Cáceres (2), Jaime Feliu Batlle (1), Manuel Nistal (3), Rosario Perona (2), Javier de Castro Carpeño (1).

(1) Unidad de Oncología Translacional CSIC/UAM. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. (2) Unidad de Oncología Translacional CSIC/UAM. Instituto de Investigaciones Biomédicas "Alberto Sols". Madrid. (3) Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y Objetivos: El cisplatino es la base del tratamiento del CPNM en todos sus estadios. Sin embargo la tasa de respuesta raramente supera el 40% y su toxicidad es elevada. Por ello es crítico seleccionar con antelación a aquellos pacientes con mayores posibilidades de beneficio. La técnica SAGE permite el estudio del transcriptoma celular y está basada en la secuenciación masiva de miles de transcritos de cadena corta conocidos como "Tags". Nuestro objetivo es utilizar este método para encontrar genes implicados en la respuesta al tratamiento con cisplatino en CNMP.

Materiales: Testamos la sensibilidad a cisplatino mediante cultivo primario de pacientes operados de CPNM, eligiendo tres tumores sensibles y tres resistentes, analizando la expresión génica mediante SAGE. Posteriormente enfrentamos los datos de expresión diferencial a la sensibilidad/resistencia a cisplatino mediante el software SAGE 2000 que utiliza la simulación de Montecarlo como método estadístico. Por último, los transcritos con expresión diferencial se corroboraron en una serie confirmatoria en todos los estadios a través de tarjetas de PCR cuantitativa comerciales.

Resultados: Obtuvimos librerías con 60000 tags cuyo análisis reveló alrededor de 100 genes con expresión diferencial entre tumores sensibles y resistentes. La mayoría de éstos implicaban al sistema de reconocimiento celular, genes antioxidantes celulares así como otros implicados en metabolismo y en crecimiento celular. También detectamos genes previamente no asociados a respuesta a quimioterapia tales como genes con dominios "zinc finger" así como secuencias codificantes para proteínas ribosomales. Los hallazgos se confirmaron en tarjetas de PCR cuantitativa comerciales.

Conclusiones: La combinación de la tecnología SAGE con el análisis de sensibilidad mediante cultivo primario nos ha permitido identificar un grupo de genes potencialmente implicados en la respuesta a cisplatino.

O-18

ESTUDIO DE EXPRESIÓN DE MARCADORES ANGIOGÉNICOS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM)

Andrea Cabrera, Eloísa Jantus Lewintre, Rafael Sirera, Antonio Honguero, Ana Blasco, Mireia Gil, Elena Sanmartín, Nieves del Pozo, Ricardo Guijarro, Carlos Camps.
Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: La activación de la angiogénesis es una condición necesaria para el desarrollo tumoral. La familia de ligandos y receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) juega un papel fundamental en la regulación de la angiogénesis. Nuestro objetivo es ana-

lizar los niveles de expresión de varios genes angiogénicos (VEGFA, PIGF, VEGFR1 y VEGFR2) en muestras de tejido tumoral y pulmonar sano de pacientes con diagnóstico de CPNM en estadios reseccables y correlacionarlos con características clinico-patológicas.

Materiales: Se estudiaron 135 pacientes, un 90% eran hombres, edad mediana de 64 años. El 46,7% de los tumores eran de histología epidermoide. La mediana de seguimiento fue de 15,8 meses. Se extrajo mRNA de tejido tumoral y sano, fue retrotranscrito y sometido a amplificación por RTqPCR. Los resultados de expresión fueron expresados de manera relativa (tumor vs tejido sano) y normalizados frente a un gen control endógeno.

Resultados: En nuestra cohorte hemos encontrado una sobreexpresión del PIGF en tejido tumoral comparado con tejido pulmonar normal. Asimismo, los niveles de PIGF eran significativamente mayores en tumores de tipo epidermoide en relación con los adenocarcinomas y existía una mayor expresión relativa en tumores de menor tamaño. En los estudios de supervivencia, aquellos pacientes que co-expresaban niveles elevados de VEGF y VEGFR1 tenían un peor pronóstico en relación con otros grupos niveles bajos de ambos o de alguno de los dos genes (mediana supervivencia 24.27 vs 38.03 meses, respectivamente).

Conclusiones: Existen mayores niveles de mRNA de PIGF en muestras tumorales de NSCLC respecto a tejido sano. La expresión de PIGF es mayor en tumores epidermoides. Los tumores de mayor tamaño tienen una menor expresión génica relativa de PIGF. La expresión elevada de VEGF y VEGFR1 en nuestra cohorte, podría permitir seleccionar un subgrupo de pacientes con menor supervivencia global.

O-19

LA METILACIÓN ABERRANTE DEL PROMOTOR DE IGFBP3 SE RELACIONA CON LA RESISTENCIA A CISPLATINO EN CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP)

Cristóbal Belda Iniesta (1), Inmaculada Ibáñez de Cáceres (1), María Cortes Sempere (2), Vanesa Rodríguez-Fanjul (2), Cristina Manguán (2), Fernando López-Ríos (3), Luis Paz-Ares (4), Nistal Manuel (5), Javier de Castro Carpeño (1), Rosario Perona (2).

(1) *Unidad de Oncología Traslacional CSIC/UAM. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Madrid* (2) *Unidad de Oncología Traslacional CSIC/UAM. Instituto de Investigaciones Biomédicas. Madrid* (3) *Laboratorio de Dianas Terapéuticas. CIOCC. Madrid* (4) *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla* (5) *Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz.*

Introducción y Objetivos: Nuestro objetivo fue identificar en líneas de CNMP a aquellos genes regulados mediante mecanismos epigenéticos e implicados en resistencia y sensibilidad a cisplatino. Posteriormente, hemos analizado su impacto clínico en términos de supervivencia y de respuesta a cisplatino en muestras clínicas.

Materiales: Hemos tratado una línea celular de CNMP resistente a cisplatino y otra sensible con un agente demetilante y sobre ambas se ha estudiado el perfil global de expresión génica y sus modificaciones en presencia del citado agente. Los transcritos con expresión diferencial, el estatus de metilación de sus promotores y la respuesta a cisplatino

se volvieron a estudiar en 3 líneas pareadas sensibles y resistentes a cisplatino así como en 23 líneas adicionales y 36 CNMP primarios. En estos últimos se enfrentaron datos clínicos e histológicos a la información procedente de los perfiles para evaluar el impacto clínico de esos hallazgos.

Resultados: El análisis de metilación demostró una hipermetilación específica en el promotor de IGFBP3 en las líneas resistentes a cisplatino (tabla 1). El tratamiento demetilante restauró su expresión, confirmando su regulación epigenética. Posteriormente, la interferencia de IGFBP3 mediante siRNA indujo resistencia a cisplatino en líneas inicialmente sensibles (IC50 1.67; $p < 0.001$). Además, IGFBP3 estaba

Figura A. Correlación con resistencia e impacto.

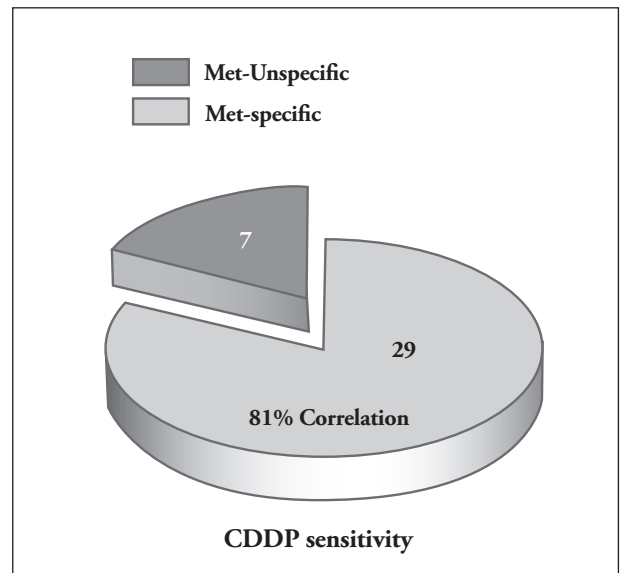
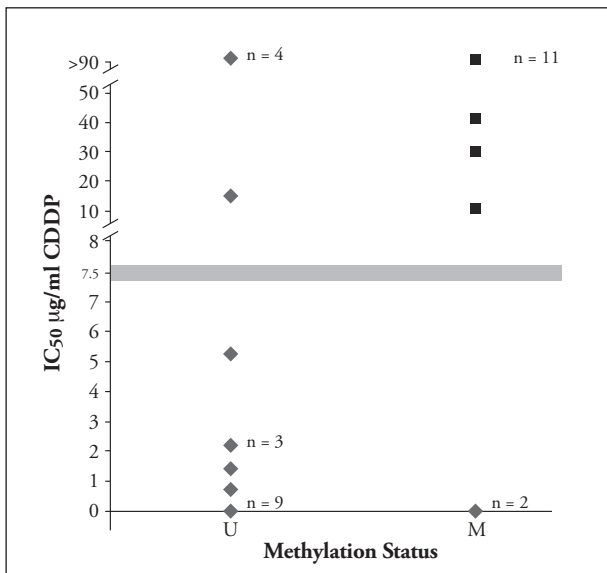


Figura B.

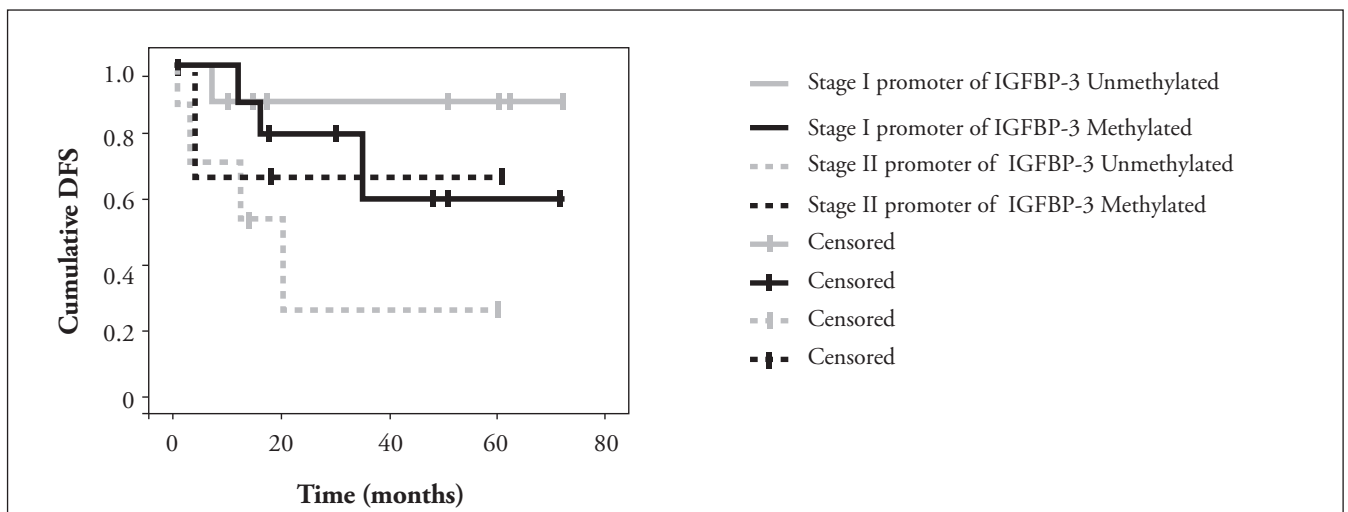


Tabla 1. Correlación con datos de muestras humanas.

Gene ID	Gene Name	Gene Symbol	Cell Lines	Chromosome Location	CpG Island	ALUs	Methylation
NM_183376	Arrestin domain containing 4	ARRDC4	H23/H460	15q26.3	Y	N	U
NM_012242	Dickkopf homolog 1 (Xenopus laevis)	DKK1	H23/H460	10q11.2	Y	N	U
NM_004419	Dual specificity phosphatase 5	DUSP5	H23/H460	10q25	Y	N	U
NM_001657	Amphiregulin preproprotein	AREG	H23	4q13.3	Y	N	U
NM_004864	Growth differentiation factor 15	GDF15	H23	19p13.11	Y	N	U
NM_000598	Insulin-like growth factor binding protein 3	IGFBP-3	H23	7p13	Y	N	U
NM_181689	Neuronatin, transcript variant 2	NNAT	H460	20q11.23	Y	N	U
NM_007350	Apoptosis-associated nuclear protein PHLDA1 mRNA	PHLDA1	H460	12q21.2	Y	N	U
NM_005978	S100 calcium binding protein A2	S100A2	H460	1q21.3	N	-	-

Tabla 2. Expresión diferencial y análisis en difer.

Samples	Histo. Type	TNM	Stage	Age	Gender	CDDP	IC ₅₀ (ug/ml)	MSP	DFS	Relapse	GS	Exitus
1	SCCA	T1N0	1A	48	M	R	>100	U	15	Yes	15	Yes
2	Adeno	T1N0	1A	71	M	R	>100	M	30	No	30	No
3	Large cell	T2N1	2B	59	M	R	100	M	4	Yes	6	Yes
4	SCCA	T2N0	1B	59	M	R	>100	M	1	No	1	Yes
5	Adeno	T2N0M0	1B	67	M	R	>100	M	48	No	48	No
6	SCCA	T2N1	2B	58	M	R	>100	M	61	No	61	No
7	SCCA	T3N0M0	2B	65	M	R	>100	U	14	No	14	No
8	SCCA	T2N0M0	1B	79	M	R	>100	M	17	No	17	No
9	Adeno	T1N0M0	1A	79	M	R	>100	U	17	No	17	No
10	SCCA	T1N0M0	1A	65	M	R	>100	U	51	No	51	No
11	SCCA	T1N0	1A	63	M	R	>100	M	16	Yes	18	Yes
12	Large cell	T1N0M0	1A	78	M	R	>100	M	12	Yes	18	Yes
13	SCCA	T2N0	1B	77	M	R	>100	M	1	No	1	No
14	Large cell	T1N0M0	1A	71	M	R	>100	M	51	No	51	No
15	Adeno	T2N0M0	1B	69	M	R	90	M	17	No	17	No
16	Adeno	T1N0M0	1B	70	M	R	40	M	17	No	17	No
17	SCCA	T1N1M0	2A	75	M	R	30	M	18	No	18	No
18	SCCA	T2N0M0	1B	78	M	R	14	U	7	Yes	17	Yes
19	SCCA	T2N0	1B	65	M	R	10	M	35	Yes	35	Yes
20	Adeno	T2N0	1B	68	M	S	5	U	10	No	10	No
21	SCCA	T2N0M0	1B	58	M	S	2	U	17	No	17	No
22	Adeno	T2N0M0	1B	60	M	S	2	U	1	No	1	Yes
23	Adeno	T3N0	2B	73	M	S	2	U	20	Yes	22	Yes
24	SCCA	T2N1	2B	61	M	S	1	U	1	No	1	Yes
25	SCCA	T2N0	1B	61	M	S	0.5	U	62	No	62	No
26	SCCA	T3N0	2B	58	M	S	0.09	U	1	No	1	No
27	SCCA	T2N0	1B	69	M	S	0.01	U	72	No	72	No
28	SCCA	T2N0	1B	74	M	S	0.01	M	72	No	72	No
29	SCCA	Unknown	Unknown	75	M	S	0.01	U	1	No	1	No
30	SCCA	T3N0	2A	64	M	S	0.008	M	1	No	1	Yes
31	SCCA	T2N1	2B	54	M	S	0.008	U	1	No	1	No
32	SCCA	T2N1	2B	58	F	S	0.007	U	1	Yes	2	Yes
33	Adeno	T2N1	2B	49	F	S	0.006	U	12	Yes	64	No
34	Large cell	T2N0	1B	74	M	S	0.005	U	60	No	60	No
35	SCCA	T2N1	2B	60	M	S	0.005	U	60	No	60	No
36	Adeno	T2N1	2B	58	M	S	0.005	U	3	Yes	5	Yes

Human Cáncer Cell Line	Source and tumor type	IC50 (ug/ml)	Methylation
PC-3	Prostate, adenocarcinoma	8	U
BT474	Breast, ductal carcinoma	25	U
HT-29	Colon, colorectal adenocarcinoma	25	M
H727	lung, bronchus carcinoid	9	M
H1299	Lung, carcinoma	6	M
OVCAR1	Ovary, adenocarcinoma	5	U
HeLa	Cervix, adenocarcinoma	3	M
TCCSUP	Bladder, transitional cell carcinoma	7	U
A-431	Skin, epidermoid carcinoma	2.5	M
RWP1	Pancreas, adenocarcinoma	5	M
PANC-1	Pancreas, epithelioid carcinoma	4	M
IMIM-PC-2	Pancreas, adenocarcinoma	3	M
SW 780	Bladder, transitional cell carcinoma	2.5	M
LNCaP	Prostate, carcinoma	2.5	M
SK-OV-3	Ovary, adenocarcinoma	3	M
OVCAR-3	Ovary, adenocarcinoma	3	M
LoVo	Colon, colorectal adenocarcinoma	2	M
A519	Lung, carcinoma	2	U
H23	Lung, adenocarcinoma	0.52	M
UM-UC-3	Bladder, transitional cell carcinoma	0.7	M
H 460	Lung, carcinoma	0.29	U
SK-BR-3	Breast, adenocarcinoma	0.7	U
A2780	Ovary, carcinoma	0.25	M

metilado en 14 de 19 (75%) pacientes considerados como muy resistentes a cisplatino, con una potente correlación entre sus estados de metilación y la respuesta a cisplatino ($p < 0.05$) (Figura 1A; Tabla 2). Además, aquellos pacientes en estadio I cuyos tumores poseían el promotor de IGFBP3 demetilado tenían una mayor supervivencia libre de enfermedad que el resto de pacientes (Figura 1B).

Conclusiones: Hemos empleado un modelo de análisis masivo de expresión génica regulado por eventos de metilación para la identificación de la pérdida de expresión de IGFBP3 por hipermetilación aberrante de su promotor. Este evento reduce la sensibilidad a cisplatino postulándose como un biomarcador para la predicción de respuesta.

O-20

VEGF: EXPRESION DE LIGANDOS Y RECEPTORES EN TEJIDO TUMORAL Y ESTROMA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Rafael Sirera, Elena Sanmartín, Eloísa Jantus Lewintre, Tom Donnem, María José Safont, Vega Iranzo, Alfonso Berrocal, Ana Blasco, Roy Bremnes, Carlos Camps.
Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: La angiogénesis tumoral es un proceso complejo en el cual intervienen células endoteliales, tumorales y estromales. Una de las vías de señalización más importantes en angiogénesis es la iniciada por unión de ligandos de la familia del VEGF a sus receptores. Este estudio analiza correlaciones entre la expresión de ligandos y receptores de VEGF en células tumorales y estroma en tumores resecables de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

Materiales: Se estudiaron retrospectivamente 44 muestras de tumores resecables de CPNM. Las áreas más representativas de células tumorales y de estroma fueron seleccionadas para construir bloques de "microarrays" titulares (TMA). Se extrajo RNA usando un protocolo estándar y se amplificaron genes de la familia de VEGF por RTqPCR usando primers/sondas TaqMan®. La Cuantificación relativa se calculó mediante fórmula de Pfaffl. Los resultados fueron normalizados contra un calibrador (cDNA de NCI-H23). Se correlacionaron los datos de expresión de ligandos y receptores de la familia VEGF en estroma y en tumor.

Resultados: Se encontraron correlaciones significativas entre la expresión de ligandos y receptores de la familia de VEGF tanto en tumor como en estroma. La expresión de PlGF en estroma y tumor fue mayor en tumores de tipo epidermoide en relación con otros tipos histológicos ($p = 0.004$ y $p = 0.025$, respectivamente). La expresión de VEGFR2 es mayor en los pacientes que presentan recidivas ($p = 0.034$,

Mann-Whitney test). El análisis de Kaplan-Meier reveló que los pacientes con baja expresión de VEGFR2 en tumor tienen una menor supervivencia global ($p=0.012$).

Conclusiones: Este es el primer estudio de expresión de genes de la familia de VEGF en muestras de TMA en cé-

lulas de tumor, comparándola con la expresión en estroma tumoral en CPNM. Nuestros resultados preliminares, evidencian la importancia de las determinaciones de marcadores angiogénicos como posibles marcadores pronóstico en CPNM resecable.

Jueves, 22 de Octubre
Sala F
10:00

Comunicaciones Orales 5: Cáncer digestivo no colorrectal

Moderadores:

Dra. M^a Isabel Sevilla García, Dra. Ruth Vera García

Discursores:

Dr. Ricardo Cubedo Cervera

Dr. Carlos Gómez Martín

O-21

EFICACIA DEL ESQUEMA PREOPERATORIO DE RADIOTERAPIA HIPERFRACCIONADA CONCOMITANTE CON CISPLATINO SEMANAL E INFUSIÓN CONTINUA DE 5- FLUOROURACILO (5-FU) EN PACIENTES (P) CON CARCINOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADO

Pamela Céliz Céliz (1), Mónica Caro (2), Marta Viciano (3), Jordi Remon (4), Jaume Boix (5), Laura Castro (6), Clara Joaquim (7), Eduardo Mesalles (8), Jaume Fernández-Llamazares (3), Albert Font (1).

(1) Institut Català d'Oncoplogia (ICO), Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Oncología Médica, Badalona, Barcelona; (2) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Radioterapia, Badalona, Barcelona; (3) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Cirugía, Badalona, Barcelona; (4) Hospital de Mataró, Servicio de Oncología Médica, Barcelona; (5) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Endoscopia, Badalona, Barcelona; (6) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Radiología, Badalona, Barcelona; (7) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Nutrición, Badalona, Barcelona; (8) Hospital Germans Trias i Pujol, Unidad de Cuidados Intensivos, Badalona, Barcelona; (9).

Introducción y Objetivos: El tratamiento preoperatorio de quimio-radioterapia se considera un tratamiento de referencia en p con cáncer de esófago localmente avanzado. Sin embargo la dosis, esquema (estándar vs hiperfraccionamiento) de radioterapia y el mejor régimen de quimio-

terapia no ha sido establecido. En este estudio se evalúa la eficacia de la radioterapia hiperfraccionada combinada con dosis bajas de cisplatino e infusión continua (ic) de 5-Fu en p con carcinoma escamoso de esófago.

Materiales: Pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de esófago estadíos II-III (por ecoendoscopia esofágica) con criterios de resecabilidad han sido tratados con cisplatino 30 mg/m²/semanal (días 1,8 y 15) y 5- Fu 300 mg/m²/día (días 1-21) con radioterapia hiperfraccionada (1.5 Gy, 2 sesiones/día) dosis total de 45 Gy (días 1-5, 8-12 y 15-19). A las 4-6 semanas se practicó esofagectomía radical.

Resultados: Entre octubre de 1996 y noviembre de 2008 han sido tratados 46 p. 19 p (41%) presentaban estadio II y 27 p (59%) estadio III. Se realizó esofagectomía en 39 p (85 %). La mortalidad postoperatoria fue del 10%. 12 p (30 %) presentaron respuesta completa patológica (RCp) y 7 p (17 %) respuesta patológica significativa (presencia de focos microscópicos tumorales). La supervivencia mediana fue de 29 meses y la supervivencia a 5 años del 38%. En los 19 p (47 %) con RCp o respuesta patológica significativa la supervivencia a 5 años fue del 72%, mientras que en el resto de p la supervivencia a 5 años fue del 0% ($p<0.0001$).

Conclusiones: En p con carcinoma escamoso de esófago, el régimen de radioterapia hiperfraccionada combinado con dosis bajas de cisplatino y 5-Fu (ic) demuestra una eficacia relevante con un elevado porcentaje de respuestas patológicas y una supervivencia a 5 años del 38% que compara favorablemente con otros regímenes de quimio-radioterapia utilizados.

O-22

ESTRATIFICACIÓN DE LOS TUMORES GIST SEGÚN RIESGO DE PROGRESIÓN. RESULTADOS ESTUDIO GRISK

Antonio López Pous*, Vicenç Artigas**, Álvaro Díaz de Liaño***, Juan Ángel Fernández****, José Luis Lucena*****, Luis Ortega*****, Miguel Bibiloni*****, Sebastián Rufián*****, Elena Martín*****, Miguel Calle*****.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Sant Pau, Barcelona; **Servicio de Cirugía, Hospital Sant Pau, Barcelona; ***Servicio de Cirugía, Hospital Virgen del Camino, Pamplona; ****Servicio de Cirugía, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia; *****Servicio de Cirugía, Hospital Puerta de Hierro, Madrid; *****Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; *****Servicio de Cirugía, Hospital Son Dureta, Mallorca; *****Servicio de Cirugía, Hospital Reina Sofía, Córdoba; *****Servicio de Cirugía, Hospital de La Princesa, Madrid; *****Servicio de Cirugía, Hospital de Cruces, Vizcaya.

Introducción y Objetivos: Los principales factores de riesgo de recurrencia de GIST son el tamaño tumoral e índice mitótico según los criterios NIH (Fletcher et al); se ha evaluado el papel de otros factores pronóstico como la localización del tumor primario según los criterios AFIP (Miettinen et al). Con este estudio se pretende incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo pronóstico.

Materiales: Estudio retrospectivo en pacientes con GIST primarios no metastáticos tras resección completa, operados entre Junio 2007 y Diciembre 2008 en 38 centros nacionales. Se analizaron datos demográficos, clínicos, diagnósticos, abordaje quirúrgico/farmacológico y factores pronóstico de riesgo.

Resultados: Se analizaron datos de 144 pacientes. La mediana de edad fue 64,7 años (22-85 años), sin diferencias respecto al sexo (55%V) y con elevada comorbilidad (72,9%). Un 22,9% (n=24) presentaban segundas neoplasias primarias. Las localizaciones del tumor primario más comunes fueron estómago (70,8%) e intestino delgado (22,9%). Se instauró tratamiento neoadyuvante con imatinib en 5 casos. La principal vía de abordaje quirúrgica fue abierta (78,5%). Se decidió tratamiento adyuvante con imatinib 400 mg en 26 casos (18,1%). La media del diámetro tumoral fue 6,7 cm (0,5-35 cm). El tipo de cirugía fue R0 (97,2%). Subtipo histológico: células fusiformes (76,9%), células epitelioides (8,3%), tipo mixto (14,9%).

Conclusiones: En este estudio la distribución de los tumores según la estratificación del riesgo de progresión difiere según se utilicen los criterios NIH (Fletcher et al) siendo riesgo intermedio-alto en un 58,3% o los criterios AFIP (Miettinen et al) siendo riesgo intermedio-alto un 35,4% (tabla 1 y 2).

Tabla 1.

CRITERIOS NIH (Fletcher et al)	N(%)
Riesgo muy bajo	21 (14,6)
Riesgo bajo	39 (27,1)
Riesgo intermedio	38 (26,4)
Riesgo alto	46 (31,9)

Tabla 2.

CRITERIOS AFIP (Miettinen et al)	N(%)
Sin riesgo	21 (14,6)
Riesgo muy bajo	25 (17,4)
Riesgo bajo	33 (22,9)
Riesgo intermedio	18 (12,5)
Riesgo alto	33 (22,9)
Inclasificable	14 (9,7)

O-23

ESTUDIO DE LA VÍA WNT/ β -CATENINA EN UNA MATRIZ TISULAR (TMA) DE TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS (TNE-GEP)

Marta Benavent Viñuales*, Lourdes Gómez Izquierdo, Yolanda Fernández Díez*, María Fontillón Alberdi, Elena Durán Izquierdo, Manuel Chaves Conde*, Iker López Calderero*, María Luisa Limón Mirón*, Luis Paz-Ares Rodríguez*, Rocío García-Carbonero*.

1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.* 2) Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y Objetivos: Evaluar el patrón de expresión de β -catenina en TNE-GEP y valorar su potencial asociación con distintas características clínico-patológicas de interés.

Materiales: Se seleccionaron pacientes con TNE-GEP y muestra histológica disponible para TMA. Se recogieron distintas variables clínico-patológicas relevantes y se determinó por IHQ la expresión de β -catenina (intensidad y localización de tinción). Análisis estadístico realizado con SPSS v16.0.

Resultados: La serie recogida fue de 70 pacientes (51% varones, edad mediana 54 años). Localización tumoral: 15,7% gástrica, 4,3% duodenal, 11,4% yeyuno-ileal, 25,7% apendicular, 11,4% colónica, 12,9% rectal y 12,9% pancreática. Clasificación OMS: 48,5% tumores endocrinos bien diferenciados, 31,4% carcinomas endocrinos bien diferenciados y 4,3% carcinomas endocrinos pobremente diferenciados. La supervivencia global estimada a los 5 años fue del 87,7%.

La expresión de β -catenina se observó en un 94,6% de los casos (expresión membranosa 89,1%, expresión nuclear 5,5%). La expresión nuclear y una mayor intensidad de tinción de β -catenina se asociaron con características clínico-patológicas de mayor agresividad biológica: angioinvasión, necrosis, mayor índice proliferativo (grado 3 ENETS) y patrón histológico pobremente diferenciado. Por el contrario, no se observó una asociación significativa con la funcionalidad ni con la localización anatómica del tumor primario.

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que la vía Wnt/ β -catenina podría jugar un papel relevante en el desarrollo y progresión de los TNE-GEP. Se realizará un análisis mutacional del gen en los casos con expresión de membrana así como en un grupo control para mejor caracterizar la relevancia de estos hallazgos.

O-24

EL RATIO GANGLIONAR (RG) Y NO LA EXTENSIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA, PREDICE LA RECIDIVA TRAS QT-RDT ADYUVANTE EN CÁNCER GÁSTRICO

Ariadna Tibau Martorell, Marta Martin-Richard, Nuria Sala, Josep María Mazarico, Ana Sebio, Lidia Robert, Agusti Barnadas.

Servicio de Oncología Médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: La extensión de la linfadenectomía (LN) junto con el estadio son los factores pronósticos más importantes en el adenocarcinoma gástrico resecao. EL estudio INT 0116 mostró un beneficio en supervivencia de la QT-RDT adyuvante por lo que su uso se ha estandarizado. Pero la mayoría de los pacientes tenían una LN escasa por lo que el valor pronóstico de la extensión de la LN en pacientes que realizan adyuvancia no se conoce. Recientemente se ha introducido el ratio ganglios afectos/ ganglios extirpados como un posible factor pronóstico.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos de recidiva en pacientes tratados con QT-RDT adyuvante tras resección >> R0 de adenocarcinomas gástricos.

Materiales: 56 pacientes fueron incluidos. Las características: edad media 63(34-82); sexo : H/M: 40/16; PS0/1/2: 6/38/12; TN (%): T1 (4) T2(23) T3(72) T4(1), N0(25) N1(39) N2(36%) N3, Estadío: Ib(7) II(36) III(52) IV(5). Localización: cardias (13) cuerpo(23) antro(64). Extensión LN <15: 34%, >15: 66%; LN media 17, RG media: 0,31.

Resultados: El 41% presentó una recidiva siendo la SLE-media: 46 meses. El estatus N, estadio y RG mostraron valor pronóstico de recidiva en el análisis univariado pero sólo RG y estadio en el multivariado.

Conclusiones: El RG y estadio, y no la extensión de la LN son valores pronósticos independientes de recidiva en pacientes tratados con QT-RDT adyuvante en adenocarcinoma gástrico.

O-25

CARACTERIZACIÓN DE VÍAS DE TRANSDUCCIÓN DE SEÑALES EN LÍNEAS CELULARES DE CÁNCER DE PÁNCREAS

María Guirado-Risueño, Víctor Manuel Barberá*, Miguel Salceda*, Natividad López Riquelme*, Ana Martínez-Cantó*, Adela Castillejo*, Natividad Martínez Banaclocha, Javier Gallego Plazas, Carla Guarinos*, Álvaro Rodríguez-Lescure. *Servicio de Oncología Médica del HGU de Elche. Unidad de Investigación del HGU Elche*.*

Introducción y Objetivos: El adenocarcinoma ductal pancreático representa una neoplasia maligna agresiva que se disemina rápidamente. Recientes avances en la biología molecular, han demostrado el importante papel de ciertas vías de transducción de señales en la progresión de la enfermedad.

Los objetivos del trabajo son la evaluación del efecto de la inhibición de rutas de transducción de señales en líneas celulares de cáncer de páncreas determinando la dosis del inhibidor necesaria, la capacidad antiproliferativa del mismo, así como el mecanismo por el que se produce la inhibición de la proliferación.

Materiales: Las líneas celulares de cáncer de páncreas empleadas fueron IMIM-PC-1, IMIM-PC-2, RWP-1, y PANC-1. Los inhibidores fueron: AG1478 inhibidor del EGFR, PPP que inhibe la activación del IGFR, y JNJ-10198409 inhibidor del PDGFR. Se realizaron ensayos con distintas dosis de los inhibidores en cultivo celular, analizando los efectos sobre la proliferación celular mediante el metabolismo de MTT. Asimismo, se evaluó el efecto citotóxico o citostático, mediante experimentos de citometría de flujo.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron que el comportamiento de cada una de las líneas celulares es distinto. Así en todas ellas AG1478, inhibidor EGFR, demostró un escaso efecto antiproliferativo. Otra de las vías analizadas fue la del PDGF, obteniendo en todas las líneas una sensibilidad que conllevó una inhibición en la proliferación celular. La sensibilidad fue de nuevo diferente para cada línea celular. Finalmente, se analizó la vía del IGF, obteniéndose resultados contradictorios en las dos líneas celulares analizadas. Mientras IMIM-PC-2 fue claramente sensible, IMIM-PC-1 fue resistente.

Conclusiones: AG1478, inhibidor EGFR, cuyo mecanismo de acción es similar a Erlotinib, tuvo una escasa actividad antiproliferativa contrastando con los resultados

disponibles de Erlotinib. Esto podría explicarse porque en nuestro experimento el agente fue utilizado en monoterapia, mientras que en los ensayos lo combinan con Gemcitabina.

La inhibición de las vías de PDGF e IGF proporciona un efecto antiproliferativo, configurándose como interesantes dianas terapéuticas.

Jueves, 22 de Octubre
Sala F
15:30

Comunicaciones Orales 6: Cáncer de mama I

Moderadores:

Dr. Jesús García Mata, Dr. Gumersindo Pérez Manga

Discursores:

Dra. Laura García Estévez

Dr. Francisco Javier Salvador Bofill

O-26

FARMACOGENÉTICA DEL TAMOXIFENO: EFECTO DEL GENOTIPO DE CYP2D6 EN EL METABOLISMO DEL TAMOXIFENO Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS POLIMORFISMOS DE CYP2D6 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

Eduardo Martínez de Dueñas (1), Enrique Ochoa Aranda (2), Teresa Ferrer Magdalena (2), Carlos Ferrer Albiach (3), Rafael Ferriols Lisart (4), Ángeles López Rodríguez (1), Javier Munárriz Ferrandis (1), Regina Romero Llorens (1).

(1) Servicio de Oncología Médica, Hospital Provincial de Castellón; (2) Laboratorio de Biología Molecular, Hospital Provincial de Castellón; (3) Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Provincial de Castellón; (4) Servicio de Farmacia, Hospital General de Castellón.

Introducción y Objetivos: El citocromo P4502D6 (CYP2D6) juega un importante papel en el metabolismo del tamoxifeno (Tam), transformándolo en su principal metabolito activo: endoxifeno. El gen CYP2D6 es altamente polimórfico, y sus variantes se han clasificado por su efecto en el estado metabolizador del fármaco: metabolizador lento - PM:poor metabolizer-, intermedio-IM-, normal-EM- y ultrametabolizador-UM-. Previamente se había demostrado que las pacientes con un metabolismo reducido de CYP2D6 (fenotipo PM) que recibían TAM adyuvante tenían una menor concentración plasmática de endoxifeno y un mayor riesgo de recaída.

Materiales: 115 pacientes con cáncer de mama en tratamiento adyuvante con Tam fueron incluidas en un estu-

dio clínico prospectivo que analiza la distribución de los diferentes polimorfismos de CYP2D6, la prevalencia del fenotipo PM y el efecto del genotipo de CYP2D6 en la concentración plasmática de endoxifeno. Se determinó el genotipo de CYP2D6 utilizando el AmpliChip CYP450 Test (Roche Diagnostics) que analiza 33 diferentes alelos de CYP2D6. Las concentraciones plasmáticas de Tam y endoxifeno fueron determinadas mediante HPLC.

Resultados: Se presentarán las frecuencias de los distintos genotipos de CYP2D6. El genotipo *1/*2 es el más frecuente en nuestra población (16%). Encontramos genotipos descritos muy raramente en la raza caucásica: *1/*15, *1/*17, y *4/*5. El fenotipo PM estaba presente en un 5.3% (n=6), siendo CYP2D6*4 el alelo nulo más frecuentemente encontrado. La concentración plasmática media (\pm SD) de endoxifeno en el grupo EM (N=25) era 21.0 ± 13.6 nmol/L, significativamente mayor que la del grupo PM (N=5), 7.7 ± 1.5 nmol/L (p=0.029).

Conclusiones: El fenotipo PM estaba presente en un 5.3% de nuestra población, y conduce a una significativa reducción de la concentración plasmática de endoxifeno en las pacientes que reciben Tam, lo que puede empeorar el pronóstico. Actualmente está en marcha un ensayo clínico en pacientes con fenotipo PM a las que se administra dosis más elevadas de Tam para intentar obtener concentraciones terapéuticas de endoxifeno para mejorar el beneficio clínico.

O-27

DISCORDANCIA EN LA EXPRESIÓN DE RECEPTORES HORMONALES Y HER2 ENTRE EL TUMOR PRIMARIO Y LA METÁSTASIS EN CÁNCER DE MAMA RECURRENTE

Juan Antonio Barrera*, José Alejandro Pérez-Fidalgo**, Jessica Furriol*, Ana Bosch*, Vanesa Pons*, Begoña Bermejo*, Octavi

Burgués***, Jaime Ferrer***, Pilar Eroles*, Ana Lluch*.

* Servicio de Oncología y Hematología Hospital Clínico Universitario de Valencia. ** Servicio de Oncología Hospital La Fe Valencia. *** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: Dado el valor predictivo de los receptores de estrógenos (RE), progesterona (RP) y HER2, su determinación está recomendada como parte del diagnóstico de rutina en cáncer de mama recurrente (CMR). Sin embargo no siempre es posible la obtención de tejido de metástasis. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el grado de concordancia de RE, RP y HER2 entre TP y metástasis en una serie de pacientes (ptes) con CMR.

Materiales: Se inició un estudio retrospectivo descriptivo incluyendo 80 pacientes (ptes) diagnosticadas de CMR entre Abril 91 y Julio 2007 en el Hospital Clínico de Valencia. Todos habían sido previamente diagnosticadas mediante biopsia de carcinoma de mama y todas fueron sometidas a una segunda histología de la recaída.

Resultados: La edad mediana fue 48 años (26-81). El estadio al diagnóstico I (23.6%), II (50%) y III (26.3%). A la recaída el número de localizaciones metastásicas fue 1 (78.9%), 2 ó más (21.1%), siendo la primera localización metastásica piel y tejidos blandos (32%), ganglionar (19.2%), pulmón (14.1%), hígado (12.8%), hueso (10.2%), pleura (8.9%) y peritoneo (2.5%).

El 72.5% de los TP (58 ptes) eran hormonosensibles (RE+/RP-, RE-/RP+, RE+/RP+). La discordancia en hormonosensibilidad fue de un 31.6%, con 19 ptes que se convierten a hormonorresistentes en la metástasis y 5 que se hacen hormonosensibles, siendo estas diferencias significativas ($p=0.007$). La expresión de HER2 en el TP fue + en 16 ptes (23.9%) y - en 51 (76.1%), mientras que en el tejido metastásico fue + en 31.2% y - en 68.8%. Sólo 7 ptes (10.7%) son discordantes para HER2 con 6 positivizaciones y 1 negativización ($p=0.125$).

Conclusiones: La discordancia en hormonosensibilidad y HER2 entre fue de 31.6% y 10.7% respectivamente. La metástasis tiende hacia la hormonorresistencia y a positivizar HER2. Los receptores se muestran discordantes mientras que HER2 se comporta de forma más concordante.

O-28

CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: IMPACTO CLÍNICO

María José Serrano Fernández*, Ana Fernández*, Juan Carlos Álvarez*, Pedro Sánchez**, José Antonio Lorente*.

* GENyO (Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de

Andalucía de Genética e Investigación Oncológica), Granada. ** Departamento de Oncología (Hospital Universitario de Jaén).

Introducción y Objetivos: Varios estudios presentan resultados sobre la hipótesis de que las Células Tumorales Circulantes en sangre periférica o médula ósea en pacientes con cáncer de mama sean consideradas como la fase previa a la manifestación clínica de metástasis. No está claro si su presencia durante y después del tratamiento confiere un riesgo de recurrencia. Presentamos los resultados de la determinación de CTCs en sangre periférica en pacientes con cáncer de mama dentro del contexto del tratamiento sistémico.

Materiales: Para el aislamiento se combina un gradiente de ficoll y la selección positiva inmunomagnética, utilizando microesferas magnéticas conjugadas con anticuerpo anticitoqueratina. La detección de CTCs se realiza por inmunocitoquímica basada en la expresión de la proteína citoqueratina, que no debe estar presente en células hematopoyéticas. Las células que expresan citoqueratina se tiñen de rojo.

Resultados: 71 pacientes con y sin metástasis sometidas a quimioterapia. 47/71 (66%) presentaban CTCs en sangre periférica.

- *Antes del tratamiento:* 35 con cáncer primario y 12 metástasis. 5/35 con cáncer primario (14.3%) murieron o recayeron durante el periodo de seguimiento. 11/12 de los pacientes con metástasis (91.6%) murieron.
- *Durante la quimioterapia:* la sola presencia de CTCs no se correlacionaba con la Supervivencia global (SG). Cuando los niveles de CTCs eran >6 CTC sí existía correlación positiva con la SG ($p=0.05$).
- *Después de finalizar el tratamiento:* 59 pacientes seguían en estudio, 32/59 presentaban CTCs (54.2%). En este caso los niveles de CTCs eran estadísticamente significativos observándose mayor mortalidad en aquellos pacientes con >6 CTC frente a los que tenían menos (PLF $p=0.05$; SG: $p=0.07$) que presentaban mejores respuestas a los tratamientos sistémicos.

Figura 1. Asociación entre el número de CTCs y la mortalidad en pacientes con cáncer de mama.

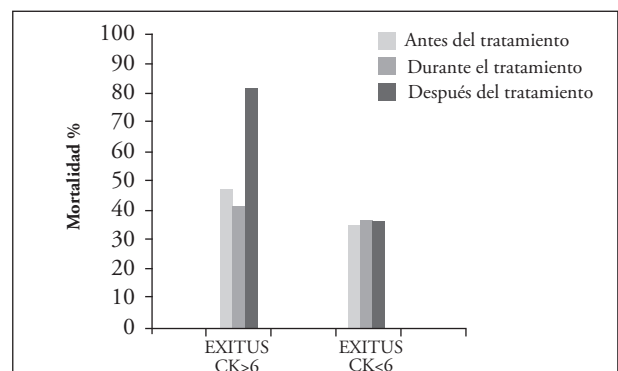


Tabla 1. Características del tumor en la población estudiada.

Edad* (años)	55 (22-75)
Metástasis	
Pacientes con cáncer primario (M0)	57 (72.2)
Pacientes con metástasis (M1)	22 (27.8)
Histología	N=79
IDC	58 (73.4)
ILC	12 (15.2)
ILDC	2 (2.53)
Others	7 (8.9)
Estado TNM	N=79
I	5 (5.1)
II	35 (44.3)
III	18 (22.8)
IV	22 (27.8)
Tamaño tumoral (T)	N=79
T1	13 (16.4)
T2	39 (49.4)
T3	6 (7.6)
T4	15 (19.0)
Tx	6 (7.6)
Estado nódulos linfáticos (N)	N=79
N0	12 (15.2)
N1	59 (74.7)
Nx	8 (10.1)
Receptor de Estrógenos (ER)	N=73
ER positivo	49 (67.1)
ER negativo	24 (32.9)
Receptor de Progesterona (PR)	N=69
PR positivo	46 (66.7)
PR negativo	23 (33.3)
p53	N=65
p53 positivo	29 (44.6)
p53 negativo	23 (55.4)

Conclusiones: Pacientes con más de 6CTC/10ml sangre durante y después de la quimioterapia tienen peor pronóstico y menor supervivencia global en comparación con los pacientes con menos de 6CTC/10ml. Resultados de especial interés en pacientes sin evidencia de enfermedad metastásica.

O-29

MUTACIONES DE PI3K Y EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA P110 EN CÁNCER DE MAMA (CM): BÚSQUEDA DE FACTORES PRONÓSTICOS Y POTENCIALES BIOMARCADORES DE QUIMIORESISTENCIA A LAS ANTRACICLINAS

Ariadna Tibau Martorell *, Alberto Gallardo **, Enrique Lerma **, Daniel Escuin *, Javier Pérez *, Josep María Mazarico *, Nuria Sala *, Carmen Alonso *, Belén Ojeda *, Agustí Barnadas *.

* *Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* ** *Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.*

Introducción y Objetivos: La activación de la vía de señalización de fosfatidilinositol 3-quinasa (PI3K)/AKT contribuye a la transformación celular y progresión tumoral y se ha asociado en líneas celulares a resistencia a antraciclinas. Recientemente se ha observado amplificación y mutación de la subunidad catalítica alfa (p110) en el 26% de CM. Otras variables biológicas pronósticas/predictivas propuestas son amplificación del gen de la Topoisomerasa-IIalfa (T2A), expresión de Ki-67, p53 y p16, pero los resultados de los estudios son discordantes.

Materiales: Entre 04/1992 y 01/2008 50 pacientes (p) con CM estadio I-III, se trataron con esquemas de quimioterapia (QT) basados en antraciclinas: 36 (72%) antraciclinas,

Tabla 2. CTCs y resultado clínico en pacientes con cáncer de mama después del tratamiento.

Pacientes (N=59)	CK+	CK-	p-value*
Presencia de CTCs	32 (54.2)	27 (45.8)	
Exito	10 (31.3)	11 (40.7)	0.750
All patients (N=59)	HR	CI (95%)	p-value⁺
OS (Nivel CTCs)	1.06	1.01 - 1.12	0.020
PFS (Nivel CTCs)	1.03	1.08 - 1.54	0.008
Metastatic patients (N=18)	HR	CI (95%)	p-value⁺
OS (Presencia CTCs)	1.03	0.34 - 3.09	0.952
OS (Nivel CTCs)	1.02	0.99 - 1.04	0.097
Pacientes (N=59)	HR	CI (95%)	p-value⁺⁺
OS (Presencia CTCs)	1.10	0.99 - 1.22	0.071
PFS (Nivel CTCs)	1.02	1.00 - 1.04	0.052

*Test de Fisher, ⁺Análisis univariante de regresión de Cox, ⁺⁺Análisis multivariante de regresión de Cox. Abreviaturas: CTCs: Células Tumorales Circulantes; OS: Supervivencia global; PFS: Supervivencia Libre de Progresión.

14 (28%) antraciclinas y taxanos. Cuatro casos (8%) recibieron trastuzumab y 12 (24%) hormonoterapia. Evaluamos estado menstrual, estadio, tamaño del tumor, afectación ganglionar, grado histológico, receptores hormonales, amplificación de HER2 y T2A, expresión de Ki-67, p53, p16, p110 y mutaciones de PI3K (exón 20, exón 9).

Resultados: Mediana de edad: 57 años (rango 27-82). Estadio: I 11 (22%), II 12 (24%) y III 27 (54%). Afectación ganglionar: negativos 25 (50%), positivos 25 (50%). Doce casos (24%) eran Her2 positivas y 25 (50%) triple negativos. Expresión de Ki-67: 21p (42%) Ki67 <40% y 16 (32%) Ki 67>40%. Mutaciones de PI3K: 2p (4%) exón 20, 1 (2%) exón 9. Determinación p110: 38p (76%) positiva, 5 (1%) negativa. La SLE a 5 años fue del 60%. Variables con diferencias significativas en relación a SLE: estadio ($p=0.042$), afectación ganglionar ($p=0.049$), mutación exón 20 PI3K ($p=0.009$) y p110 ($p=0.007$). La SG a 5 años fue del 80%. Variables con diferencias significativas en relación a SG: estado HER2 ($p=0.023$), niveles de Ki67 ($p=0.032$), mutación exón 20 PI3K ($p=0.004$) y p110 ($p=0.046$).

Conclusiones: En nuestra serie, las mutaciones en el exón 20 de PI3K y la expresión de p110 se asociaron a un peor pronóstico y resistencia a antraciclinas.

O-30

CORRELACIÓN DEL ESTADO DE METILACIÓN EN TUMOR Y SUERO DEL RECEPTOR ESTRÓGENICO Y FENOTIPO LUMINAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Joaquina Martínez Galán*, Rosario Del Moral Ávila**, Gema Durán Ogalla*, Blanca Torres Torres***, Vanesa Gutiérrez Calderón*, Manuel Cobo Dols*, M. Isabel Nuñez Torres***, Jesús López Peñalver***, Manuel Benavides Orgaz*, Mariano Ruiz de Almodóvar***.

* Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ** Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. *** Centro de Investigaciones Biomédicas. Universidad de Granada.

Introducción y Objetivos: Estudiar la asociación entre metilación aberrante del Receptor de Estrógenos (RE) en suero y tumor de pacientes con cáncer de mama y correlación con el genotipo molecular. Analizar sus implicaciones pronósticas.

Materiales: Un total de 107 mujeres con cáncer de mama entre Enero de 2001 y Junio de 2005, fueron reclutadas en el estudio. Se extrajeron muestras de suero y tumor que posteriormente fueron analizadas por PCR cuantitativa en tiempo real (QMS-PCR SYBR) mediante la técnica de modificación bisulfítica analizándose el nivel de metilación de la región promotora del RE. Posteriormente los tumores se clasificaron según el fenotipo molecular en; fenotipo Basal, Luminal A, Luminal B y HER2+.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 58 años (32-88). Estado menopáusico; 74pts (69%) postmenopáusicas y 33pts (30%) premenopáusicas. Histología más frecuente; C. Ductal Infiltrante 72pts (67%). Grado de diferenciación más frecuente; GII 40pts (37%). Estadio patológico más frecuente: IIA 31pts (29%). Expresaron Receptores Estrogénicos en el tumor; 70pts (65%). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de RE metilado en suero y ausencia de expresión de RE en tumor ($p=0.0179$). En cuanto al fenotipo molecular de las pacientes disponibles; 60pts (56%) eran Luminal A, 10pts (9.3%) Luminal B, 13pts (12%) fenotipo Basal y 9pts (8.4%) fenotipo HER2+. Observamos que el estado metilado de ER se asociaba preferentemente con el fenotipo Basal $p<0.05$ y con menor intervalo libre de progresión de enfermedad y supervivencia global aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística.

Conclusiones: Nuevos factores moleculares pronósticos y predictivos de respuesta en el cáncer de mama están emergiendo asociados a los utilizados en la práctica asistencial. Probablemente correlacionar estos factores moleculares con los eventos epigenéticos que median en la carcinogénesis puedan ayudar a predecir de forma más precisa el pronóstico de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y nos puedan mostrar nuevas dianas moleculares sobre las que diseñar nuevas terapias dirigidas al tratamiento del cáncer.

Viernes, 23 de Octubre
Sala H1
09:00

Comunicaciones Orales 7: Cuidados continuos

Moderadores:

Dr. Joan Carulla Torrent, Prof. Manuel González Barón

Discursores:

Dra. Yolanda Escobar Álvarez
Dr. Eugeni Saigí Grau

O-31

ANÁLISIS DE LOS POLIMORFISMOS (SNP) DE BARRESTINA2 (BA2) EN RELACIÓN CON LA EFICACIA DE LA COMBINACIÓN APREPITANT + GRANISETRON + DEXAMETASONA (AGD) EN LA PREVENCIÓN DE LA EMESIS EN PACIENTES (P) TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA ALTAMENTE EMETÓGENA (QAE)

Ramón De las Peñas Bataller*, Susana Ors**, Enrique Ochoa**, Conrado Martínez-Cadenas**, Nuria Ruiz-Miravet*, Jorge Molina*, Isabel Tena*.

*Servicio de Oncología Médica; **Laboratorio de Biopatología Molecular. Consorcio Hospital Provincial de Castellón.

Introducción y Objetivos: El uso de A-antagonista selectivo del receptor de NK1- en combinación con un antiHT3 y D constituye el tratamiento preventivo estándar de la emesis por QAE. BA2 modula la expresión de los receptores asociados a la proteína G, como el receptor de NK1. Este estudio recoge la experiencia con la combinación AGD [d1: A 125 mg, G 1 mg, D 12 mg; d2-3: A 80 mg, G 1 mg, D 4 mg/12h], analizando la relación entre los SNP de BA2 y la eficacia antiemética.

Materiales: Se evaluó la eficacia de AGD en las 120 horas post-Q de una serie de p con QAE. Mediante PCR-discriminación alélica de 5'-nucleasa se analizaron los SNP de BA2: 8622T/C, 8864A/G, 1082G/A y 7757A/G La eficacia antiemética se ha definido como control completo (CC): V 0, N 0; respuesta emética completa (REC): N +, V 0; y no respuesta antiemética (NRE): V +; tanto en emesis aguda como en retardada.

Resultados: Se analizaron 208 p: edad 57 (26-76); varones/mujeres= 163/45; diagnósticos= pulmón 126, ORL 29, esófago 15, gástrico 9, otros 29; cisplatino >70 mg/m²= 188 p. La eficacia global de AGD ha sido del 87.4% con una tasa de CC del 69.2%. Hay una menor proporción de

portadores del genotipo homocigoto común de los cuatro SNP en el grupo de no respondedores, siendo significativa para el SNP de 7757A/G (X²=4.661, p= 0.05).

Conclusiones:

1. AGD es una combinación altamente eficaz en la prevención de náuseas/vómitos por QAE, con un control antiemético completo en 2/3 de los ciclos y ausencia de vómitos en más del 85%.
2. El análisis de SNP de BA2 puede predecir el riesgo de emesis en p tratados con QAE.
3. Se presentarán los datos de análisis de factores pronósticos de impacto para no respuesta antiemética.

O-32

PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOSTERMINALES: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO MODELO PREDICTIVO: ACP SCORE (ADVANCED CÁNCER PROGNOSTIC SCORE)

Ana María Jiménez Gordo (1), Jaime Feliu Batlle (2), Jesús Domínguez (2), Raquel Molina Villaverde (3), Juan Carlos Cámara Vicario (4), Alberto Alonso (5), Rosario Madero (6), Javier de Castro Carpeño (2), Enrique Espinosa Arranz (2), Manuel González Barón (2).

(1) Oncología Médica Hospital Universitario Getafe. (2) Oncología Médica Hospital Universitario La Paz. (3) Oncología Médica Hospital Universitario Alcalá de Henares. (4) Oncología Médica Fundación Hospital Alcorcón. (5) Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Universitario La Paz. (6) Estadística Hospital Universitario La Paz.

Introducción y Objetivos: La predicción de la supervivencia en el paciente neoplásico terminal sólo se aproxima a la real en el 20-40% de los casos. Se ha realizado un estudio para identificar los factores que influyen en la supervivencia de estos pacientes, desarrollar y validar un modelo predictivo.

Materiales: En un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico, se incluyeron 880 pacientes diagnosticados de cáncer en fase terminal. Se investigó la relación de 40

variables demográficas, clínicas y analíticas con la supervivencia en una muestra de 406 pacientes. Se aplicó una regresión de Cox multivariante y se obtuvo un modelo pronóstico de supervivencia. Posteriormente se comprobó su validez en una serie independiente de 474 pacientes.

Resultados: La edad media de la serie era de 66.4 (18-95) años. La supervivencia media fue 21 días en la primera muestra analizada y 19 en la serie de validación. Se construyó un índice pronóstico basado en las nueve variables que resultaron significativas en el modelo multivariante (edad, ECOG, tiempo transcurrido desde el diagnóstico tumoral hasta considerarse en fase terminal, náuseas, anorexia, delirium, linfocitos, albúmina y lactato deshidrogenasa(LDH)). Posteriormente se seleccionaron las 4 variables con mayor Odds ratio y carácter más objetivo, asignando 1 punto por cada categoría de mal pronóstico: ECOG >2, linfocitos < 1000/ml, albúmina < 3gr/dl y LDH ³500. Así se diferenciaban 3 grupos: Buen pronóstico (puntuación 0), supervivencia media 95 (44-146) días, pronóstico intermedio (puntuación 1-2) supervivencia media 33 (26.8-39.2) y mal pronóstico (puntuación 3-4) supervivencia media 15 (11.1-18.9) días. En la serie de validación las supervivencias medias obtenidas fueron 60 (47.1-72.8), 27 (22.8- 31.1) y 11 (9.2-12.7) días respectivamente.

Conclusiones: Proponemos un índice pronóstico de supervivencia objetivo y fácil de aplicar en pacientes oncológicos en fase terminal. Se ha validado su utilidad en una serie multicéntrica independiente.

O-33

AMBULATORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA ONCOLÓGICA: ONCÓLOGO DE ENLACE

Vega Iranzo, Cristina Caballero, Patricia Olmo, Amparo Iraola, Eugenio Palomares, Miguel Berzosa, Mireia Gil, Ana Blasco, M^a José Safont, Carlos Camps.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: Para prestar una asistencia global y continuada al paciente oncológico se creó la consulta oncológica extrahospitalaria dentro de los centros de especialidades del Departamento 9 de la Comunidad Valenciana con el fin de agilizar el diagnóstico, mediante circuitos preferentes; y garantizar el seguimiento a largo plazo de nuestros pacientes.

Materiales: Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes vistos en el Oncólogo de Enlace entre mayo de 2007 y diciembre de 2008.

Resultados: Han sido vistos 2102 pacientes en 212 días de consulta, primeras visitas el 52.6% vs. 47.4% revisiones. Mediana de edad de los pacientes 61 años (rango 15-97),

siendo mujeres el 68.7%. De las 1106 primeras visitas, 548 (49.5%) provienen de Médicos de Familia (MFC). Entre los motivos de consulta están: el seguimiento por neoplasia (52%), patología maMaría (12%), resultados anormales en analíticas (9.7%) y sospecha radiológica de tumor (8.6%). Se han diagnosticado un total de 92 pacientes con cáncer lo que supone un 16.8% de los 548 pacientes remitidos para estudio, siendo el 63% hombres. Las neoplasias más frecuentes: colon (18.5%), pulmón (16.3%), linfomas (13%), digestivo superior (12%) y mama (11%). Desde Oncología del CHGUV han sido remitidos 416 pacientes en remisión completa para seguimiento: 186 pacientes (44.6%) cáncer de mama; 84 pacientes (20%) tumores digestivos; 70 pacientes (17%) tumores ginecológicos; 28 pacientes (7%) doble neoplasia; y 18 pacientes (4%) cáncer de pulmón.

Conclusiones: Con la consulta oncológica extrahospitalaria hemos conseguido:

- Integrar la oncología Médica en Atención PriMaría y Especializada proporcionando al paciente una atención sanitaria integral.
- Establecer circuitos preferentes entre Atención PriMaría y Especializada para agilizar el diagnóstico del paciente con cáncer.
- Asegurar la continuidad de los cuidados y la detección de problemas clínicos y sociales en largos supervivientes.

O-34

UTILIDAD DEL CUESTIONARIO PERFORM PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ANEMIA

P. Gascón (1), J. García-Mata (2), R. Colomer (3), J. Casinello (4), J. Carulla (5), V. Valentín (6), C.A. Rodríguez (7), E. Baró (8), J.A. Gasquet (9).

(1) H. Clínic i Provincial, Barcelona; (2) H. Santa María Nai, Orense; (3) Centro Oncológico MD Anderson, Madrid; (4) H. Universitario de Guadalajara, Guadalajara; (5) H. General Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona; (6) H. 12 de Octubre, Madrid; (7) H. Universitario de Salamanca, Salamanca; (8) 3D Health Research, Barcelona; (9) Amgen, S.A., Barcelona.

Introducción y Objetivos: La astenia es un síntoma importante que impacta en la vida de los pacientes con cáncer. El cuestionario PERFORM es una herramienta para evaluar el impacto de la astenia en la vida del paciente oncológico. Este análisis evalúa la asociación entre mejora de los niveles de hemoglobina (Hb) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes oncológicos con anemia.

Materiales: Se realizó un estudio observacional longitudinal en pacientes oncológicos con anemia (Hb<11g/dl). Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se pasaron

los cuestionarios de CVRS PERFORM, escala Lasa y una escala analógica visual (VAS) a la inclusión y a los 3 meses. Los pacientes que mejoraron 3 1g/dL o alcanzaban 11gr/dL de Hb fueron Respondedores (HR), sino alcanzaban dichos niveles fueron No-Respondedores (HNR). Se comparó el cambio medio entre visitas, para distintos indicadores de hemograma y de CVRS, entre pacientes HR y HNR.

Resultados: El estudio incluyó 527 pacientes (65,8% HR y 34,2% HNR). Los HR eran 59,4% mujeres de edad media 59,6 años, con Karnofsky medio de 84 puntos, 2,4 años desde el diagnóstico, el tipo de cáncer más frecuente mama

(21,9%) y pulmón (18,4%). Los HNR eran 53,3% mujeres de edad media 59 años, con Karnofsky medio de 81,2 puntos, 2,2 años desde el diagnóstico, el tipo de cáncer más frecuente mama (18,3%) y pulmón (17,2%). El cambio medio para los indicadores de hemograma y de CVRS fue consistente entre los pacientes HR y HNR.

Conclusiones: Mejorar 3 1gr/dl de Hb o alcanzar Hb=11g/dl de hemoglobina se asocia con cambios relevantes en la percepción del impacto de la astenia y en la CVRS. Esto supone nuevas evidencias respecto la utilidad del cuestionario PERFORM para el seguimiento de pacientes oncológicos con anemia.

Tabla.

	HNR		HR		p-valor
	Cambio medio	DE	Cambio Medio	DE	
Valores de laboratorio					
Hemoglobina, g/dl	-0,45	0,9	1,89	1,12	0,000
Hematocrito, %	-1,16	2,88	5,39	3,68	0,000
CVRS autopercebida*					
Perform, puntuación global	3,33	11,73	-1,22	11,02	0,000
Perform, dimensión Actividades Vida diaria	,95	3,89	-,59	4,21	0,000
Perform, dimensión Creencias	,86	4,33	-,36	4,03	0,004
Perform, dimensión Limitaciones Físicas	1,23	4,60	-,33	4,52	0,000
VAS** Fatiga, mm	9,25	27,48	,60	27,54	0,000
LASA,*** Energía, mm	-2,56	27,37	4,22	25,64	0,003
LASA, Actividades Vida Diaria, mm	-3,73	29,08	4,82	28,59	0,001
LASA, Calidad de vida general, mm	-5,46	26,32	4,48	23,09	0,000

* Las puntuaciones bajas indican un menor impacto de la fatiga en la vida del paciente; ** Puntuaciones bajas indican una mejor CVRS; *** Puntuaciones bajas indican una peor CVRS.

O-35

EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO NEUROPÁTICO EN 8615 PACIENTES. ESTUDIO ON

M^a Luisa García de Paredes*, Javier de Castro**, en nombre de los investigadores del estudio On.

*Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ** Hospital La Paz, Madrid.

Introducción y Objetivos: Hasta la fecha no existían estudios que evaluaran la prevalencia del dolor oncológico neuropático en las consultas de oncología. El estudio On se diseñó para evaluar esta prevalencia, así como para caracterizar a los pacientes que lo sufren y la actitud de los especialistas antes este tipo de dolor.

Materiales: Durante un periodo medio de 4 semanas, a todos los pacientes ambulatorios de 46 servicios de oncología médica se les preguntó si sufrían dolor y en caso afirmativo, el médico valoraba si era dolor neuropático. En caso de

Tabla 1.

Estudio prospectivo para la caracterización del dolor neuropático oncológico. N = 366

	N	%
Dolor neuropático relacionado con el tratamiento oncológico	157	42,9
Tratamientos posiblemente relacionados con la toxicidad neuropática		
	N	%
Taxanos	87	42,4
Otros platinos	76	37,1
Oxaliplatino	38	18,5
Capecitabina	35	17,1
Derivados de la vinca	26	12,7
Sorafenib	8	3,9
Sunitinib	8	3,9
Otros	10	4,9
Total válido	205	100

confirmación con la escala validada DN4, los 10 primeros pacientes identificados que dieran su consentimiento informado y sufrieran un dolor de intensidad >4 (evaluado mediante una escala analógico visual de 0-10), se incluían en un estudio prospectivo de 1 mes de duración.

Resultados: Se entrevistaron 8615 pacientes. Presentaban dolor 2567 (29,8% [IC95: 28,8 - 30,8]), de los cuales 856 (33,3% [IC95 31,5 - 35,2]) presentaba dolor neuropático según el investigador. 366 pacientes se incluyeron en el estudio prospectivo. De éstos el 68,9% sufrían dolor neuropático relacionado con el tumor y en el 42,9% de ellos el investigador consideró que el dolor neuropático estaba relacionado con el tratamiento antineoplásico (ver

tabla 1). Al 66,9% se les prescribieron no opiodes, al 88% opiodes, al 49,7% coadyuvantes y al 8,2% tratamientos no farmacológicos. Los opiodes resultaron más efectivos que los analgésicos del primer escalón, y oxidona resultó más efectiva que el resto de los opiodes en el tratamiento del dolor oncológico con componente neuropático ($p=0,025$).

Conclusiones: La prevalencia de dolor en la población oncológica española es del 30% y en el 33,3% de los casos el dolor tiene componente neuropático. El dolor neuropático oncológico se relaciona con el tratamiento antineoplásico en el 42,9% de los pacientes. Los opiodes, y en particular oxidona, resultaron efectivos en el tratamiento del dolor oncológico con componente neuropático.

Viernes, 23 de Octubre
Sala H1
10:00

Comunicaciones Orales 8: Cáncer genitourinario y ginecológico

Moderadores:

Dr. Javier Cassinello Espinosa, Dra. Belén Ojeda González

Discursores:

Dr. Ignacio J. Durán Martínez

Dra. M^a Jesús Rubio Pérez

O-36

CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES (CTC) EN UN ESTUDIO DE CÁNCER DE OVARIO AVANZADO RECURRENTE: ANÁLISIS ESPLORATORIO DE DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA (DLP) COMPARADA CON TRABECTEDINA Y DLP

Andrés Poveda¹, Stan Kaye², José Ángel Arranz Arija³, Tobert McCormack⁴, Songbal Wang⁴, Erin Broderick⁴, Claudia Lebedinsky⁵, Patrik Zintl⁵, Juan Carlos Tercero⁵, Bradley J Monk⁶.

¹Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España; ²The Royal Marsden Hospital, Sutton, Reino Unido; ³Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España; ⁴Ortho Clinical Diagnostics, Raritan, NJ, EE.UU.; ⁵PharmaMar, Madrid, España; ⁶University of California, Irvine Medical Center, Orange, CA, EE.UU.

Introducción y Objetivos: Las CTC han mostrado valor predictivo/pronóstico en pacientes con cáncer metastático de mama, colorrectal y de próstata. En un estudio fase III que comparó PLD + T vs. PLD en cáncer de ovario recurrente se ha evaluado cómo afectan las CTC a la progresión libre de enfermedad y la supervivencia global.

Materiales: Las CTC se aislaron de sangre periférica (10ml) usando el sistema CellSearch (Veridex). Se definió a las CTC como células EpCAM+, citoqueratina+, CD45-, tinción nuclear DAPI+. El rango de referencia normal para CellSearch es <2 CTC/7.5ml de sangre. Los cocientes de riesgo ajustados para los factores pronósticos conocidos se estimaron mediante regresión de Cox.

Resultados: Se realizaron determinaciones de CTC en 216 pacientes, 111 (51.4%) de los cuales se incluyeron en el brazo PLD+T; población platino-sensibles: 143/216 (66.2%). 31/216 (14.4%) pacientes tuvieron >2 CTC previas al tratamiento (2-566). Las regresiones de Cox univariable indicaron que el riesgo de progresión y muerte aumentaba en 1.89 ($p=0.003$) y 2.06 ($p=0.003$), respectivamente, en pacientes con >2 CTC previas al tratamiento. Los análisis multivariantes con CTC basal, CA125 basal, sensibilidad a platinos, diámetro mayor de lesión, número de lesiones tumorales, estado funcional ECOG, edad, histología y grado tumoral,

y taxanos previos mostraron que el riesgo de progresión y muerte en pacientes con altas CTC basales aumentaba en 1.58 ($p=0.058$) y 1.54 ($p=0.096$), respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados indican que, pese a que la detección de CTC en sangre de pacientes con cáncer de ovario recurrente es relativamente baja, un número elevado de CTC sugiere un pronóstico desfavorable para el paciente. Los análisis multivariantes indican que las CTC tienen un valor pronóstico que es independiente de factores establecidos y, por ello, proporciona una herramienta clínica útil para la determinación pronóstica de esta población de pacientes con difícil tratamiento.

O-37

COMBINACIÓN DE QUIMIOTERAPIA METRONÓMICA Y BEVACIZUMAB EN EL CÁNCER DE OVARIO PLATINO-RESISTENTE

^{1,2}Jose Miguel Jurado, ¹Alfonso Sanchez-Munoz, ³Blanca Homet, ²Mayte Delgado, ¹Elisabeth Perez, ¹Jose Antonio Ortega, ²Irene Zarcos, ³Cesar Mendiola, ¹Emilio Alba, ²Jose Luis Garcia-Puche, ¹Lorenzo Alonso.

Oncología Médica. ¹Hospital Clínico V. Victoria. ²Hospital Clínico S. Cecilio. ³Hospital Universitario Doce de Octubre.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia metronómica en combinación con bevacizumab ha demostrado ser activa en varios tipos de tumores. El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia en carcinomas de ovario platino-resistentes tratados con ciclofosfamida y bevacizumab.

Materiales: Incluimos de forma retrospectiva las pacientes con cáncer de ovario multitratado >2 líneas de quimioterapia previa que recibieron tratamiento con ciclofosfamida 50mg/día y bevacizumab 10mg/kg/2s. Analizamos la tasa de respuestas, la duración de la respuesta, el ILP y la seguridad.

Resultados: El estudio incluyó 36 pacientes con cáncer de ovario avanzado, enfermedad medible, con edad media de 55 años. ECOG0 (31%), 1 (41%), 2 (14%) y 3 (14%). El 91% eran plat no resistentes tratados previamente con gemcitabina 80%, doxorubicina liposomal 80% y topotecan 64%. El 86% habían realizado 3 ó más líneas, mediana 5 (1-9). La mediana de laparotomías con intención citoreductora fue de 2, (1-5). Mediana de ciclos administrados 7(1-25). Datos de eficacia aplicando criterios RECIST: RO 23% 8/34 (RC 2, RP 6), EE 35%(12/34), PD 41%(14/34), 2 pacientes no evaluables abandono por toxicidad. La duración media de la respuesta fue de 6,1 meses con dos pacientes tratadas durante 12 meses. La mediana de tiempo hasta la progresión fue 4,4 meses. La mediana de SG fue de 5,7 meses. El ECOG 0-1 es el único factor pronóstico que se relacionó de forma significativa con mayor SG e ILP.

El 50% presentó toxicidad G3-4 (16% hematológica, 16% digestiva y 5% HTA). Tres pacientes suspendieron la terapia por toxicidad inaceptable, dos en el 1º ciclo (una por astenia G4 y otra dolor abdominal G3 más disnea G3) y una tercera al 8º ciclo por neuropatía G3. Un caso presentó retrasos por hematuria G3.

Conclusiones: En pacientes ECOG 0-1 con cáncer de ovario platino-resistente la combinación de bevacizumab y quimioterapia metronómica es una opción válida con un perfil de toxicidad aceptable.

O-38

VIABILIDAD DE UN RÉGIMEN AMBULATORIO DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL E INTRAVENOSA (QI IP/IV) EN PACIENTES CON ESTADÍO III DE CÁNCER DE OVARIO, SOMETIDAS A CIRUGÍA DE CITOREDUCCIÓN ÓPTIMA: ESTUDIO DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN EN CÁNCER DE OVARIO (GEICO)

Ana Oaknin (1), Desamparados Roda (2), Antonio González-Martin (3), Jesús García-Donas (4), Ana De Juan (5), Andrés Redondo (6), Silvia Catot (7), Josep María Del Campo (1), Xavier Pérez (8), Andrés Poveda (9).

(1) Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona; (2) Hospital Clínico Universitario, Valencia; (3) Centro Oncológico MD Anderson Internacional España, Madrid; (4) Hospital Fundación Alcorcon, Madrid; (5) Hospital Universitario de Valdecilla, Santander; (6) Hospital Universitario La Paz, Madrid; (7) Xarxa Asistencial de Manresa; (8) Instituto Catalán de Oncología, Barcelona; (9) Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción y Objetivos: La alta incidencia de toxicidad grado 3/4 ha limitado la aceptación de la QT IP. La propuesta de este estudio es valorar la toxicidad de QTIP/IV en la práctica clínica diaria.

Materiales: Entre Febrero de 2006 y Noviembre de 2008, 51 mujeres fueron tratadas en Instituciones GEICO con: Paclitaxel 175mg/m² IV en <time w:st="on" hour="3" />3h Día 1, Cisplatino IP 100mg/m² (opcional 75mg/m²) Día 2 y Paclitaxel IP Día 8, cada 21 días. La toxicidad fue evaluada según CTCAE v3.0.

Resultados: La mediana de edad 49 años (rango 36-75). La Mediana de tiempo desde la cirugía hasta el 1º ciclo: 40 días (rango 30-53). El catéter intraperitoneal fue colocado en la cirugía inicial en 34 pacientes, siendo venosos en un 98%. Cinco mujeres nunca iniciaron la QTIP: pérdida de fluido por vagina (2), infección de la herida (1), bloqueo del catéter (1) y rechazo del paciente (1). Cisplatino se inició a 75mg/m² en un 21.7%. Hubo reducciones de dosis

en 5.6% y 7.8% de los ciclos de Cisplatino y Paclitaxel IP respectivamente. 28 pacientes (61%) completaron los seis ciclos y 39 (85%) cuatro o más. 23 pacientes cambiaron a QT IV. Los motivos para la discontinuación por paciente: relacionados con el catéter 3, gastrointestinal 5, neuropatía 2, metabólico 1; dolor abdominal 1, fiebre neutropénica 1, rechazo del paciente 3 y desconocido 1. Hubo 14 casos de neutropenia grado 3/4 y 2 casos de Fiebre Neutropénica. La toxicidad no-hematológica Grado 3/4: náusea/vómitos (21.8%), renal/metabólico (11%), astenia (10.9%), dolor abdominal (4.3%) y neuropatía (4.3%). La mediana de seguimiento es de 12 meses [3.17-31.7]. La Supervivencia libre de progresión a 12 meses fue de 94% [CI at 95%:86.0%-100%].

Conclusiones: El porcentaje de pacientes que completan los seis ciclos (61%) y el favorable perfil de toxicidad del régimen apoyan el uso de QT IV/IP en la práctica clínica diaria.

O-39

VALIDACIÓN DEL NOMOGRAMA PRONÓSTICO DE RESPUESTA A SUNITINIB EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL METASTÁTICO

Víctor Moreno García, Enrique Espinosa, Andrés Redondo, Álvaro Pinto, Beatriz Castelo, Pilar Zamora, Jorge Barriuso, Manuel González Baron.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y Objetivos: Recientemente ha sido publicado un nomograma capaz de predecir la probabilidad de alcanzar 12 meses de supervivencia libre de progresión (SLP) con sunitinib en pacientes con carcinoma renal metastático (CRM), a partir de características clínicas previas al inicio de tratamiento (Motzer et al, *Cáncer* 2008, 113; 1552-1557). El objetivo de este estudio es validar este nomograma en una muestra independiente de pacientes.

Materiales: Se analizaron datos clínicos y demográficos de 29 pacientes tratados con Sunitinib en un hospital de tercer nivel, entre abril de 2006 y diciembre de 2008. Las variables contenidas en el nomograma fueron: calcio corregido con albúmina, número de sitios metastáticos, niveles de hemoglobina, nefrectomía previa, presencia de metástasis pulmonares y hepáticas, trombocitosis, ECOG, tiempo del diagnóstico al tratamiento y niveles de fosfatasa alcalina. Se realizó una curva COR con la tasa de acierto a partir de la probabilidad predicha por el nomograma de SLP>12 meses.

Resultados: Once de los 29 pacientes analizados alcanzaron una respuesta objetiva (38%). La mediana de SLP al tratamiento fue de 10,5 meses (IC95% 1,3-19,6) y la supervivencia global de 25 meses (IC95% 17,9-32). Aplicando el nomograma a la SLP observada, se obtuvo un área

bajo la curva COR=0,73. Con el punto de corte en 0,3 (sensibilidad=0,91 y especificidad=0,5) se obtuvieron dos grupos cuyas SLP a sunitinib fueron 1,13 meses (IC95% 0-2,3) y 14,9 meses (IC95% 12,5-17,3) para el grupo de mal y buen pronóstico respectivamente (p<0,0001).

Conclusiones: El nomograma pronóstico es capaz de estimar la probabilidad de alcanzar una SLP de 12 meses en tratamiento con sunitinib en una muestra independiente de pacientes con CRM. Aquellos pacientes cuya probabilidad pre-tratamiento es menor de 0,3 forman un grupo de mal pronóstico en los que se debe intensificar la búsqueda de terapias alternativas.

O-40

CROMOGRANINA A VS ENOLASA COMO MARCADOR EN CÁNCER DE PROSTATA HORMONOREFRACTARIO (CPHR)

Nuria Sala González, Pablo Maroto, Josefina Mora (*), Humberto Villavicencio (**), Salvador Esquena (**), José María Mazarico, Ana Sebio, Lidia Robert, Agustí Barnadas. *Servicios: Oncología Médica y Bioquímica(*)*; *H.Sant Pau*; *F Puigvert (**)*.

Introducción y Objetivos: El cáncer de próstata evoluciona invariablemente a una situación de hormonorefractariedad (CPHR). Un posible factor asociado a esta diferenciación es la adquisición de rasgos neuroendocrinos. La cromogranina A en suero es un marcador que se asocia con tumores con diferenciación neuroendocrina. **Objetivo:** Correlacionar los niveles séricos de cromogranina con diferentes factores pronósticos en CPHR y su relación con la respuesta terapéutica. **Materiales:** Se analizó de forma prospectiva la cromogranina A en suero en 46 pacientes al diagnóstico de CPHR. Se definió un valor alto de cromogranina A en suero si era > 100 ug/L. Se correlacionaron cromogranina y enolasa PSA, fosfatasa alcalina, albúmina y hemoglobina.

Resultados: Mediana de edad de diagnóstico: 62.5 (48-85). Mediana de PSA: 8 (0-818), mediana de Gleason 8 (6-10). Del total, 25 pacientes fueron cromogranina negativos (54%), y 21 pacientes fueron cromogranina positivos (46%). La cromogranina no se correlacionó con enolasa, PSA o LDH; enolasa correlacionó significativamente con LDH (X²). En los pacientes cromogranina+ se detectó un valor más bajo de hemoglobina (13,8 vs 12,3); y de albúmina en relación a pacientes con cromogranina negativa (37.5 vs 43), y niveles más altos de LDH (1417 vs 372) y PSA (154 vs 88). En este grupo de pacientes, no encontramos diferencias en tiempo de doblaje de PSA, tiempo a enfermedad hormono-refractaria o Gleason. Por el contrario, el tiempo de doblaje de PSA fue significativamente inferior en aquellos pacientes enolasa +.

Conclusiones: El análisis de esta cohorte de pacientes sugiere que el valor de cromogranina en suero se correlaciona

con otros factores de mal pronóstico conocidos en pacientes con cáncer de próstata pero no describe una población diferenciada de pacientes. Enolasa parece definir mejor este grupo de pacientes.

O-40 BIS

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE (QTA) EN PACIENTES CON CARCINOMA INVASIVO DE VEJIGA (CIV): ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE UN ESTUDIO DE COHORTES.

José Ángel Arranz Arija , Rafael González Beca , Rosa Álvarez Álvarez , Cristina López López , Andrés Muñoz Martín, Ricardo González del Val , M. Isabel Palomero Plaza , Luis Cabezón Gutiérrez , Alicia Soria Lovelle , Ivan Márquez Rodas.

Sº de Oncología Médica. HGU Gregorio Marañón

Introducción y Objetivos: Tras adecuada información, desde 1998 ofrecemos QTA a pacientes (p) con CIV y riesgo de recaída. Presentamos el análisis de supervivencia libre de

progresión (SLP), global (SG) y específica por tumor (SE) en las cohortes generadas con nuestra política (C y C+QTA)

Materiales: Hasta 2008 se registraron 447p tratados con C por CIV; 170 recibieron QTA. La QTA fue MVACx3 hasta 1999 (90p), y CDDP-GEM modificado desde el año 2000 (73p); 7p recibieron Carboplatino - gemcitabina.

Resultados: 90% fueron varones. Edad media C: 64 a, QTA 63 a. Mediana de seguimiento 63 m. No hubo muertes tóxicas. Hubo desbalance en contra del grupo QTA en los principales factores pronósticos; así (C vs QTA): AJCC 2002 (pII, pIII, pIV: 56,7%, 33,6%, 9,7% vs 18,2%, 32,9%, 48,8%); histología (papilar/sólido: 41,5%/58,5% vs 21%/79%), grado (G3: 91% vs 96,5%), complicaciones quirúrgicas (39% vs 28%) y periodo de tratamiento (hasta 1999 vs desde 2000: 57%/43% vs 39%/61%); $p < .05$ en todas las comparaciones. No hubo diferencias significativas en las curvas brutas de SLP, SE ni SG. EL análisis multivariante (Cox) mostró una ventaja significativa a favor de QTA, sobre todo en pIII y pIV (tabla 1). El análisis por tipo de QT se presentará en el congreso.

Conclusiones: En nuestra serie, la C seguida de QTA se ha asociado con una reducción en el riesgo de progresión y muerte por CIV.

Tabla 1.

	SLP		SE		SG	
	HR	IC 95%	HR	IC 95%	HR	IC 95%
No ajustado	1.18	0.9 - 1.6	1.10	0.82 - 1.50	0.98	0.76 - 1.27
Multivariante						
Global	0.54	0.4 - 0.8	0.54	0.4 - 0.8	0.52	0.4 - 0.7
pII	1.01	0.53 - 1.91	0.84	0.41 - 1.74	0.72	0.39 - 1.34
pIII	0.58	0.35 - 0.96	0.61	0.36 - 1.1	0.55	0.34 - 0.88
pIV	0.28	0.16 - 0.50	0.22	0.11 - 0.44	0.21	0.11 - 0.38

Viernes, 23 de Octubre
Sala F
13:30

Comunicaciones Orales 9: Cáncer de mama II

Moderadores:

Dr. Ignasi Tusquets Trías de Bes, Dra. Montserrat Muñoz Mateu

Discursores:

Dra. Isabel M. Álvarez López

Dr. José Manuel López Vega

O-41

SALUD ÓSEA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS AFECTAS DE CÁNCER DE MAMA ESTADÍOS INICIALES TRATADAS CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA EN EL HOSPITAL DEL MAR

Sònia Servitja Tormo*, Xavier Nogués**, Álvaro Taus*, María Jesús Peña**, María Martínez*, Laia Garrigós*, William Franco*, Adolf Díez**, Joan Albanell*, Ignasi Tusquets*.

* Servicio de Oncología Médica. ** Servicio de Medicina Interna-URFOA. RETICEF

Introducción y Objetivos: Los inhibidores de la aromataza (IA) aumentan los marcadores de remodelado óseo (MRO) y producen disminución de la densidad mineral ósea (DMO). Presentamos el seguimiento a un año de las mujeres tratadas con IA, analizando el efecto de los bisfosfonatos (BF) orales en los MRO, la DMO y calidad de vida (CV).

Materiales: Estudio prospectivo de salud ósea en mujeres posmenopáusicas en tratamiento (Tto) con IA por cáncer de mama hormonosensible. Se evalúa CV y se determinan MRO: N-Telopéptido, fosfatasa alcalina ósea y osteocalcina basal, a los 3, 12 y 24 meses; y DMO basal, a los 12 y 24 meses. Se estratifican a recibir o no BF según criterios densitométricos de osteopenia u osteoporosis.

Resultados: De mayo de 2006 a marzo 2009 se han incluido 261 mujeres, de los cuales 117 tienen seguimiento a un año; 53 en Tto con Exemestano (EXE) y 64 en Tto con Letrozol (LET). En las pacientes que no han recibido tratamiento con BF (n=76), los MRO aumentan de forma estadísticamente significativa a los 3 y 12 meses, independientemente del tipo de IA. Si se administran BF (n=41) se produce una reducción estadísticamente significativa de los MRO. Los IA inciden negativamente en la CV y la administración de BF no la modifica. La DMO empeora con el Tto con IA (ver tabla) y se mantiene estable con el uso de BF.

Conclusiones: Los IA aumentan el remodelado óseo, empeoran la DMO y la CV. El uso de BF permite disminuir el remodelado óseo, manteniendo la DMO estable, pero no impactan en CV. Se debería recomendar el uso de BF orales a todas las mujeres que reciben Tto con IA, independientemente del valor de DMO basal.

Tabla. Densitometría basal y a los 12 meses, sin tratamiento y con tratamiento con BF.

DMO (g/cm ²)	IA	Sin BF				Con BF			
		Basal	12 meses	% cambio	p	Basal	12 meses	% cambio	p
Cuello	LET	0.76	0.75	-1.96	0.02	0.64	0.65	+ 1.61	NS
	EXE	0.75	0.74	-0.6	NS	0.62	0.64	+ 2.63	0.013
Lumbar	LET	0.99	0.96	-2.36	0.0001	0.81	0.81	- 0.17	NS
	EXE	0.957	0.94	- 1.57	0.043	0.811	0.81	+ 0.86	NS

O-42

ESTUDIO FASE II ABIERTO, NO ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE UNA COMBINACIÓN CON BEVACIZUMAB Y QUIMIOTERAPIA SECUENCIAL COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA OPERABLE HER2 NEGATIVO

Pedro Sánchez-Rovira (1), Ana Jaén (1), Juan de la Haba (2), Miguel Ángel Seguí (3), Antonio Llombart (4), Antonio Antón (5), Emilio Alba (6), Enrique Aranda (2).
S. Oncología Médica (1) Hospital Ciudad de Jaén, Hospital Reina Sofía, Córdoba (2), C.S. Parc Tauli (3), Hospital Arnau de Vilanova, Lleida (4), Hospital Miguel Servet, Zaragoza (5), Hospital Virgen de la Victoria, Málaga (6).

Introducción y Objetivos: Justificación: La asociación de bevacizumab a quimioterapia en cáncer de mama mejora el tiempo libre de progresión en enfermedad avanzada. Los datos de seguridad avalan su uso en combinación.

Objetivo: Determinar la proporción de respuestas completas patológicas en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama localmente avanzado que reciben quimioterapia secuencial neoadyuvante. Análisis diferencial de genes de resistencia al tratamiento.

Materiales: 70 estadios T2-T4/N0-N1/M0 y 2 T1N2M0 con una mediana de edad de 45,5 años, un tamaño tumoral de 5 cm, con Carcinoma Ductal Infiltrante como subtipo histológico dominante (69 pacientes) y afectación axilar en 49 pacientes; tratadas con 4 ciclos de doxorubicina (60mg/m²) / ciclofosfamida (600mg/m²) seguidos de 4 ciclos de bevacizumab (15mg/Kg) / docetaxel (75mg/m²) cada 3 semanas. Evaluación clínica mediante mamografía y ecografía maMaría y/o RMN. Tras 4 semanas se realiza cirugía. Recogida de muestra tumoral previa al tratamiento y en cirugía para análisis de factores biológicos predictivos de respuesta y estudio diferencial de microarrays.

Resultados: Análisis intermedio de eficacia con 22 pacientes en Diciembre de 2008 obteniéndose un resultado positivo para la continuidad del estudio según los criterios de Myller-Payne. Reclutamiento finalizado con 72 pacientes incluidos.

Conclusiones: El análisis intermedio presenta datos de eficacia elevada con la asociación de bevacizumab. La actualización de estos datos, así como los resultados de biomarcadores, se presentaran en este congreso.

O-43

COMBINACIÓN DE PERTUZUMAB Y TRASTUZUMAB EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

METASTÁSICO PREVIAMENTE TRATADOS CON AMBOS FÁRMACOS

Javier Cortés*, Teresa Petrella**, Karen Gelmon***, Pierre Fumoleau****, Shailendra Verma*****, Xavier Pivot*****, Graham Ross*****, Tania Szado*****, Luca Gianni*****, José Baselga*.

Vall d'hebron, Barcelona, España.* *Toronto-Sunnybrook Cáncer Centre, Toronto, Canada.* ****British Columbia Cáncer Agency, Vancouver, BC, Canada.* *****Centre Georges-François-Leclerc, Dijon, Francia.* ******Ottawa Regional Cáncer Center, Ottawa, ON, Canada.* ******CHU Jean Minjot, Besançon, Francia.* ******Roche Products Limited, Welwyn, Reino Unido.* ******Oncología Medica, Milan, Italia.*

Introducción y Objetivos: Pertuzumab es el primer inhibidor de la dimerización de HER2 con otros receptores HER, que se une a un epítipo diferente al trastuzumab. Tras demostrarse en estudios preclínicos la sinergia de ambos anticuerpos, se realizó un estudio fase II, que evidenció su actividad en pacientes previamente tratados con trastuzumab. Por ello, el estudio se amplió para valorar la eficacia de pertuzumab en monoterapia en pacientes previamente tratados con trastuzumab, y la de la combinación, una vez los pacientes habían progresado a ambos fármacos. El objetivo de este estudio es demostrar la actividad y la seguridad de pertuzumab en monotherapy en este contexto y la de su combinación.

Materiales: Este fue un estudio fase II abierto. En esta presentación mostramos los resultados de la tercera cohorte de pacientes con cáncer de mama HER2+, tratados con pertuzumab (dosis: 420 mg c/3 s, previa dosis de carga de 820 mg). Tras la progresión, se permitió a los pacientes continuar tratamiento con pertuzumab y reiniciar trastuzumab. Todos los pacientes habían sido tratados con trastuzumab como último tratamiento y tenían una FEVI adecuada.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, de los cuales 2 presentaron una respuesta parcial (7%) y 1 paciente estabilización > 6 meses. De los 29 pacientes, 15 pacientes recibieron la combinación de pertuzumab y trastuzumab a la progresión, objetivándose 3 respuestas parciales (20%) El tratamiento fue bien tolerado. Los efectos adversos más frecuentes fueron diarreas y nauseas (grados 1/2). Tan sólo un paciente presentó fatiga grado 3 durante el tratamiento de combinación, considerado no relacionado con el tratamiento. 3 pacientes tuvieron una disminución significativa de la FEVI asintomática, 2 con el tratamiento en monoterapia y el tercero con la combinación.

Conclusiones: Aunque pertuzumab muestra cierta actividad en pacientes con cáncer de mama metastásico HER2+ previamente tratados con trastuzumab, la combinación de ambos fármacos parece ser mucho más activa, incluso aunque los pacientes hubieran recibido ambos fármacos previamente.

O-44

CÁNCER DE MAMA DE INTERVALO: DIFERENCIAS PATOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS

Álvaro Taus García*, Laia Domingo**, Josep Ma^a Corominas***, María Sala**, Juan Martínez****, Francisco Ferrer****, Xavier Castells**, Joan Albanell*, Ignasi Tusquets*, Sònia Servitja*.

(*) Servicio de Oncología Médica. (**) Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. (***) Servicio de Anatomía Patológica. (****) Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción y Objetivos: El cáncer de intervalo (CI) es aquel que se diagnostica después de un cribado negativo, y antes del siguiente. Definimos como cáncer del programa de cribado (CPC) aquellos diagnosticados dentro del programa de cribado. El objetivo es determinar la distribución diferencial de variables pronósticas y supervivencia entre el CI y CPC.

Materiales: Estudio retrospectivo de los casos de CI registrados en el Registro de Tumores del Hospital del Mar, comparándolos con casos de CPC. Se realizó revisión radiológica para clasificar los CI; determinación de receptores estrógenos y progesterona (RE y RP), Her-2 y p53; y clasificación en fenotipos: Luminal (RE y RP positivos, Her-2 negativo), HER2 (Her-2 positivo), Triple negativo (RE,RP y Her-2 negativos).

Resultados: Entre noviembre de 1995 y septiembre del 2008 se han incluido 196 pacientes (98 CPC y 98 CI). El 84.5 % de los CPC tenían RE positivos, frente a un 69.8% de los CI (p=0.015). En cuanto a la clasificación fenotípica por inmunohistoquímica, el 6.4% de los CPC son triples negativos frente al 20.2% de los CI (p=0.037). No hemos encontrado diferencias en cuanto a grado histológico (p=0.12), expresión de RP (p=0.22), p53 (p=0.95) ni Her-2 (p=0.26) entre CPC y CI. La distribución de pT fue la siguiente: Tis 18.2% vs 4.4%, T1 59.8% vs 44.4%, T2 21.8% vs 50.6% entre CPC y CI respectivamente (p<0.0001). El 25% de los CPC se presentaron con afectación axilar al diagnóstico, frente a un 43.7% de los CI (p=0.009). La supervivencia observada estimada a 5 años es superior para los CPC (98%) comparado con los CI (89%), (p=0.03).

Conclusiones: En nuestra serie existen diferencias entre los CI y los CPC. Los CI presentan menor expresión de receptores de estrógeno y se clasifican más frecuentemente como fenotipo triple negativo. La supervivencia de las mujeres diagnosticadas de CI es menor que las diagnosticadas CPC.

O-45

LA CIRUGÍA DEL TUMOR PRIMARIO EN CÁNCER DE MAMA ESTADÍO IV: EFECTO

EN LA SUPERVIVENCIA DE UN ADECUADO TRATAMIENTO EN LOCAL EN UNA ENFERMEDAD DISEMINADA

Paola Pimentel, José Alejandro Pérez-Fidalgo, Antonio Caballero, Vanesa Pons, Antonio Martínez-Agulló, Begoña Bermejo, Juan Antonio Barrera, Ana Magro, Francisco Martínez-Ruiz, Ana Lluch.

Servicio de Oncología y Hematología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Oncología Hospital La Fe de Valencia. Servicio de Cirugía del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Departamento de Estadística de Universidad de Valencia.

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama metastático (CMM) es una enfermedad incurable y por lo tanto la resección del tumor primario (TP) no es una actitud recomendada en el manejo rutinario. Varios estudios retrospectivos han identificado un beneficio en supervivencia de pacientes (ptes) con CMM. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto del tratamiento quirúrgico local del TP de mama en la supervivencia libre de progresión (SLP) y en la supervivencia global (SG).

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo comparativo no randomizado incluyendo pacientes tratadas en el Hospital Clínico de Valencia entre 1984 y 2005. Se reclutaron finalmente 255 ptes con CMM al diagnóstico de las cuales 132 fueron sometidas a resección del TP y 123 no fueron intervenidas. La comorbilidad fue evaluada mediante la escala de Charlson.

Resultados: Con una mediana de edad de 60 años (25-88), el 74.9% eran postmenopáusicas. El Performance Status (PS) fue 0-1 (78.8%), y 2-3 (21.2%). El 61.4% eran hormonosensibles y el 38.6% hormonorresistentes. El número de localizaciones metastáticas fue 1 localización (54.1%), 2 (26.7%) y 3 ó más (19.3%). La cirugía del TP se realizó en 132 ptes, de las cuales 108 (83%) fueron sometidas a mastectomía con vaciamiento axilar, 12 (9%) a mastectomía sin vaciamiento y 12 (9%) a cirugía conservadora. Las ptes intervenidas eran significativamente más jóvenes, su PS menor, y con menos localizaciones metastáticas. No se encontraron diferencias en valores del Charlson. En el análisis univariante la cirugía y el número de metástasis fueron factores pronósticos de SLP (p=0.007 y p=0.047 respectivamente) y SG (p<0.001 y p="0.027" respectivamente). El valor pronóstico de la cirugía en supervivencia se mantuvo en el multivariante incluyendo otras variables confusoras como la edad, el PS y el Charlson.

Conclusiones: La excisión quirúrgica del TP y el número de localizaciones metastáticas constituyen factores pronósticos independientes para SLP y SG en ptes con CMM.

0-46

UCM-Gi028, UNA NUEVA MOLÉCULA CON ACTIVIDAD ANTITUMORAL EN CÁNCER DE MAMA HER-2 POSITIVO RESISTENTE A TRASTUZUMAB

Silvia Cufí González (1), Ander Urruticoechea (2), Helena Aguilar (2), Carlos Turrado (3), Glòria Oliveras (1), Bellinda Benhamú (3), Silvia Ortega-Gutiérrez (3), M.L. Lopéz Rodríguez (3), Ramon Colomer (4), Teresa Puig (1,5).

(1) Institut Català d'Oncologia (ICO), Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBGi), Hospital Dr Josep Trueta, Girona, SPAIN. (2) Institut Català d'Oncologia (ICO), Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Hospital Durán i Reynals, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), SPAIN; (3) Química Orgánica (CCs Químicas), Universidad Complutense de Madrid, SPAIN; (4) Centro Oncológico MD Anderson International España, Madrid, SPAIN; (5) Bioquímica i Biologia Molecular, Fac. Medicina, Universitat de Girona (UdG), Girona, SPAIN.

Introducción y Objetivos: La mayoría de enfermos de cáncer de mama avanzado HER-2 positivo, desarrolla resistencia a trastuzumab durante el primer año de tratamiento. Nuestro grupo ha demostrado previamente que la inhibición de la actividad de la sintasa de ácidos grasos (FASN) causa apoptosis en células de cáncer de mama, estando este efecto relacionado con la vía de señalización de HER-2. Este trabajo demuestra el efecto antitumoral del nuevo inhibidor, UCM-Gi028, en células resistentes a trastuzumab

y en un modelo animal de cáncer de mama que sobreexpresa HER-2.

Materiales: Se han analizado los efectos celulares y moleculares de UCM-Gi028 solo y en combinación con lapatinib, erlotinib, trastuzumab y gefitinib en células HER-2+ (AU565wt), utilizando el inhibidor natural de FASN, EGCG (galato de epigallocatequina) como referente. Además, hemos generado una línea celular de cáncer de mama resistente a trastuzumab (AU565^{TTZR} pool) para evaluar el efecto de UCM-Gi028. Por último, se ha estudiado el perfil de toxicidad, la actividad antitumoral y los marcadores farmacodinámicos en un modelo murino de cáncer de mama HER-2+.

Resultados: UCM-Gi028 presenta sinergismo farmacológico combinado con lapatinib, erlotinib, trastuzumab y gefitinib ($p < 0.05$). A nivel molecular, la respuesta al co-tratamiento se correlaciona con un aumento de la apoptosis y con el bloqueo de HER-2, MAPK y AKT. Además, UCM-Gi028 revierte la resistencia a trastuzumab de AU565^{TTZR} pool más eficazmente que los inhibidores clásicos de FASN (EGCG y C75). *In vivo*, UCM-Gi028 no causa pérdida de peso. El grupo de ratones tratados con UCM-Gi028 que presentó reducción tumoral, demostró disminución de la actividad de FASN, inducción de apoptosis y disminución de la fosforilación de HER-2, AKT, mTOR y MAPK.

Conclusiones: UCM-Gi028 es un nuevo compuesto antitumoral con buen perfil de tolerancia y marcada actividad en cáncer de mama HER-2 positivo resistente a trastuzumab. Esta evidencia sienta las bases para el desarrollo preclínico y clínico de la molécula.

Viernes, 23 de Octubre
Sala H1
13:30

Comunicaciones Orales 10: Miscelánea

Moderador:
Dr. Julio Rifá Ferrer

Discursores:
Dr. José Antonio López Martín
Dr. José Ignacio Mayordomo Cámara

O-47

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE UN ENSAYO ALEATORIZADO DE FASE II DE TRABECTEDINA (YONDELIS®) ADMINISTRADO COMO DOS REGÍMENES DE DOSIS DIFERENTES EN PACIENTES CON LIPOSARCOMA O LEIOMIOSARCOMA AVANZADO TRAS EL FALLO DEL TRATAMIENTO PREVIO CON ANTRACICLINAS E IFOSFAMIDA

Antonio López-Pousa¹, Axel Le Cesne², Scott Schuetz³, Jean-Yves Blay⁴, Sant P. Chawla⁵, Margaret von Mehren⁶, Paolo G. Casali⁷, Eliel Bayever⁸, Pedro Santabábara⁹ y George D. Demetri¹⁰, en representación del "Trabectedin Global Sarcoma Study Group".

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España; ² Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; ³Department of Internal Medicine, Division of Hematology/Oncology, University of Michigan, MI, EE.UU.; ⁴Centre Leon Berard, Lyon, Francia; ⁵Sarcoma Oncology Center, Santa Mónica, CA, EE.UU.; ⁶Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, Pennsylvania, EE.UU.; ⁷Istituto Nazionale tumori, Milano, Italia; ⁸Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, L.L.C., Raritan, NJ, EE.UU.; ⁹PharmaMar, Madrid, España; ¹⁰Dana-Farber Cancer Institute and Harvard Medical School, Boston, MA, EE.UU.

Introducción y Objetivos: Este estudio aleatorizado evaluó dos pautas diferentes de trabectedina: 1.5 mg/m², infusión i.v de 24-h administrada cada 3 semanas (q3s24h) frente a 0.58 mg/m², infusión i.v. semanal de 3-h durante 3 semanas consecutivas de un ciclo de 4 semanas (qs3h) en pacientes adultos con liposarcoma o leiomiosarcoma no resecable y/o metastático tras fallo previo de antraciclinas e ifosfamida.

Materiales: La variable primaria de eficacia (tiempo hasta la progresión, TTP) ha demostrado previamente un beneficio

clínico superior con trabectedina q3s24-h (*J. Clin Oncol*: 25(18S):10060, 2007). Se muestran ahora los datos finales de supervivencia con un seguimiento prolongado (mediana de 41 meses; 235 muertes y 13% de eventos censurados).

Resultados: Este análisis final confirma la tendencia ya mostrada en análisis intermedios hacia una mejora de la supervivencia con trabectedina q3s24-h [reducción del 16% en el riesgo relativo de muerte (HR=0,843; p=0,1931)] a pesar del cruzamiento sustancial (32%) de pacientes tratados con qs3-h que fueron luego tratados con q3s24-h. La supervivencia mediana (IC 95%) fue de 13,9 meses (12,5-18,6; q3s24-h) y 11,8 meses (9,9-14,9; qs3-h) (log-rank, p=0,1920). Las tasas de supervivencia a 12 meses fueron del 60% (q3s24-h) y 50% (qs3-h). Los análisis de sensibilidad censurados en el cruzamiento mostraron una tendencia favorable en la supervivencia con trabectedina q3s24-h. Datos actualizados muestran una mediana de TTP (evaluación por el investigador, 233 eventos de progresión) de 4,2 frente a 2,5 meses [HR: 0,658; p=0,0032] en favor de q3s24-h. Con 59 ciclos adicionales (total=1.532 ciclos) y una mayor exposición, el perfil de seguridad fue coherente con el hallado previamente.

Conclusiones: Los datos finales de supervivencia refuerzan la coherencia interna de todas las variables de eficacia que han demostrado un beneficio clínico mayor con trabectedina q3s24-h a la vez que un perfil de seguridad aceptable.

O-48

ESTUDIO FASE II DE MANTENIMIENTO CON RITUXIMAB TRAS R-CHOP EN PRIMERA LÍNEA DE LINFOMA FOLICULAR. GRUPO GOTEL

Antonio Rueda Domínguez, Antonio Sánchez, María Victoria Abrio, José Gómez-Codina, Marta Llanos, Juan Ramón Delgado, Julio Rifá, Pilar Sabín, Edelmira Vélez de Mendizábal, Vicente Baz.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Costa del Sol, Marbella; Hospital Puerta de Hierro, Madrid; Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; Hospital La Fe, Valencia; Hospital Universitario de Canarias, Tenerife; Hospital Virgen de las

Nieves, Granada; Hospital Son Dureta, Mallorca; Hospital Gregorio Marañón, Madrid; Hospital San Millán, Logroño; Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y Objetivos: El mantenimiento con Rituximab ha demostrado mejoría de la supervivencia libre de progresión y supervivencia global en pacientes con linfoma folicular (LF) en recaída. Estudios en marcha están evaluando el papel del mantenimiento tras la primera línea.

Materiales: Evaluamos actividad y toxicidad del mantenimiento con Rituximab tras primera línea de quimioterapia con Rituximab en pacientes con LF avanzado. El tratamiento de inducción consistió en 8 ciclos de R-CHOP (Rituximab 375 mg/m², ciclofosfamida 750 mg/m², adriamicina 50 mg/m², y Vincristina 2 mg). Los pacientes con respuesta completa (RC) o respuesta parcial (RP) recibieron mantenimiento (Rituximab 375 mg/m², 6 ciclos, cada dos meses).

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (26 hombres y 26 mujeres) entre diciembre de 2004 y noviembre de 2006. Edad media, 52 años (rango, 36-85). 32 (62%) pacientes estadio IV y 20 (38%) estadio III. Según el Follicular Lymphoma International Prognostic Index (FLIPI), 8 pacientes (15%) tenían bajo riesgo, 24 pacientes (46%) riesgo intermedio y 20 pacientes (39%) alto riesgo. 6 (12%) pacientes no recibieron mantenimiento (3 progresaron durante la inducción, 2 lo rechazaron y 1 tuvo toxicidad severa durante la inducción). De los 46 pacientes que recibieron mantenimiento, 32 (69%) obtuvieron RC y 14 pacientes (31%) RP tras el tratamiento de inducción. Rituximab fue bien tolerado durante la fase de mantenimiento. Sólo 5 pacientes no recibieron los 6 ciclos previstos de Rituximab. Toxicidad grado 3-4: neutropenia, 4 pacientes (9%) y fiebre, 1 paciente (2%). Tras el mantenimiento, 40 (87%) pacientes se encontraban en RC, 4 pacientes (9%) RP y 2 (4%) habían progresado. Tras seguimiento de 27 meses, la supervivencia libre de progresión y la global fueron 82% y 92%.

Conclusiones: El mantenimiento con Rituximab tras primera línea con R-CHOP es seguro y aumenta la tasa de respuestas completas conseguida tras la fase de inducción.

O-49

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DE MARCADORES ASOCIADOS A LINFOCITOS T REGULADORES Y SU CORRELACIÓN CON VARIABLES CLINICOPATOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS EN CARCINOMAS DE LA CAVIDAD ORAL

Iryna Shukotska, Rafael Sirera, Luz García Alonso, Antoni Pla, Gracia Sarrión, Sandra Gallach, Alfonso Berrocal, Andrea Cabrera, José Vivente Bagán, Carlos Camps.

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: Un desequilibrio o reclutamiento de linfocitos T reguladores (Treg) podría promover la inmunotolerancia periférica a las células tumorales. Pero todavía no existen evidencias sobre los mecanismos de inducción y de reclutamiento, así como sobre el posible factor pronóstico de Treg.

Materiales: Se realizó RTqPCR en muestras congeladas de cáncer de cavidad oral en 36 pacientes sometidos a cirugía (n=36). Se analizó la expresión de genes asociados con la presencia/ función de las células Treg, tales como: CTLA-4, Foxp-3, IL-10, TGF-beta, CD4, CD8, CXCR4, CD127, CD25 y también se cuantificaron los niveles de HLA-G, normalizándolos contra un gen control endógeno (beta-actina).

Resultados: El 50% eran varones y la edad mediana de fue 64 años (34-92). Los pacientes presentaron carcinomas escamosos de la lengua (n=21), encía (n=10), paladar (5) y las amígdalas (3), y estadio I a IV. 17 pacientes presentaron lesiones bien diferenciadas. Diez pacientes recibieron quimio/radioterapia después de cirugía. Los datos no mostraron correlación entre los niveles de expresión y variables clínico-patológicas. Encontramos una buena correlación entre la expresión de los genes (p <0,0001).

Conclusiones: Los resultados revelan un aumento en la expresión de Treg en pacientes con cáncer oral, pero no de HLA-G. Un análisis futuro de estas células y su función es importante a fin de desarrollar nuevas estrategias terapéuticas.

O-50

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PERFUSIÓN DE MIEMBRO AFECTO EN MELANOMA Y SARCOMAS DE PARTES BLANDAS

Luis De La Cruz Merino, David Moreno Ramírez*, Lara Ferrándiz Pulido*, Adoración Nieto García**, Román Villegas Portero***, Francisco Camacho Martínez*, Manuel Codes Manuel de Villena.

*Sº Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) * Departamento de Dermatología Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) ** Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad Hispalense de Sevilla *** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.*

Introducción y Objetivos: La quimioterapia intraarterial (QTIA) es un procedimiento que consiste en la administración de un quimioterápico a un área anatómica mediante la técnica cardiovascular de circulación extracorpórea. El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la efectividad terapéutica y la toxicidad sistémica y local de la perfusión

del miembro aislado (PMA) en el tratamiento del melanoma y del sarcoma de partes blandas.

Materiales: Revisión sistemática de la literatura existente (MEDLINE y Embase) sobre la PMA en pacientes con melanoma localmente avanzado y sarcoma de partes blandas irreseccable de extremidades. Criterios de inclusión: tipo de intervención, medidas de resultado finales, toxicidad, y escenarios clínicos.

Resultados: Un total de 43 artículos fueron incluidos: estudios observacionales (80,95%), estudios aleatorizados controlados (9,52%) y cuasi-experimentales (9,52%). En melanoma se evaluaron 1.825 perfusiones. La mediana de respuesta terapéutica completa fue de 58,20% con una mediana de respuesta global de 90,35%. No se hallaron diferencias significativas entre melfalán-TNF y melfalán. La mediana de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue de 39,45%, con una mediana de período libre de enfermedad de 16,40 meses. La recurrencia locorregional fue de 40,50%. En sarcomas de partes blandas se evaluaron 1.392 perfusiones. La mediana de respuesta terapéutica completa fue de 32,00% con una mediana de respuesta global de 74,50%. La mediana de la tasa de amputaciones evitadas fue del 82,00%. La mediana del intervalo libre de enfermedad fue de 16,00 meses. La mediana de recurrencia locorregional fue de 37,80%. La mediana de la frecuencia de toxicidad regional grave, grados IV y V de Wieberdink, fue del 3,00% y 1,08% respectivamente.

Conclusiones: La PMA es una técnica efectiva en pacientes con melanoma localmente avanzado de las extremidades y sarcoma de partes blandas (grado de recomendación B), siendo además una técnica segura con una baja frecuencia de toxicidad regional grave (grado de recomendación A) y de toxicidad sistémica grave (grado de recomendación B).

O-51

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA (CLM): ESTUDIO ACME PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO SOBRE LA IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS, DE LA BIOQUÍMICA Y DEL ANTÍGENO BER-EP4 EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

Miguel Gil Gil (1), Miguel Navarro (2), Esther Millastre (3), Pedro Salinas (4), Mariano Provencio (5), Noelia Martínez (6), Isabel Garau (7), Manuel Domine (8), Dolores Subirà (8), Jordi Bruna (1).

Unidad de Neurooncología. Institut Català d'Oncologia - Hospital Universitari de Bellvitge (1) Hospital Universitario de Salamanca (2); Hospital Miguel Servet (3); Hospital Quirón de Madrid (4); Hospital Puerta de Hierro (5), Hospital Ramón y Cajal (6); Hospital Son Llatzer (7); Fundación Jimenez Díaz (8).

Introducción y Objetivos: La CLM es una devastadora complicación del cáncer de habitualmente corta supervivencia pero impredecible. Decidir que pacientes deben ser tratados de forma activa es difícil. En un estudio retrospectivo previo identificamos diversos factores pronóstico (FP) y diseñamos un índice de probabilidad de supervivencia (IPS) que discriminó a dos grupos de pacientes (Bruna et al. Cáncer 2009) Objetivos: Validar prospectivamente el IPS, valorar la calidad de vida y el estado cognitivo de los pacientes con CLM a lo largo de su enfermedad y evaluar la utilidad diagnóstica del anticuerpo Ber-EP4 (ABEP4) en la CLM.

Materiales: Análisis prospectivo de pacientes de 29 centros diagnosticados de CLM mediante citología positiva en LCR o RM cerebral o espinal compatible con CLM junto con proteínorraquia o hipogluorraquia y cuadro clínico compatible más firma de consentimiento informado. Tratamiento a criterio del facultativo del paciente. Registramos: sexo; edad; tipo del tumor 1º, fechas: diagnóstico del 1º, de CLM y exitus; nº de líneas de quimioterapia previa y presencia de metástasis cerebrales parenquimatosas o intramedulares; nº de células, proteínas, glucosa y citometría de flujo para el antígeno Ber-EP4 en LCR, glicemia, IK, síntomas neurológicos, test RTOG, Barthel y minimental y tratamientos administrados después del diagnóstico de CLM. Seguimiento con registro de síntomas, exploración neurológica, test de calidad de vida y minimental cada 15 días los 2 primeros meses y después cada 30 días.

Resultados: Desde Julio2008 reclutamos 56 pacientes (estudio todavía abierto) de los 29 primeros: 21 mujeres / 9 hombres; 17 mama, 8 pulmón y 4 otro; todos menos 3 recibieron tratamiento sistémico previo; mediana de: edad 53 (32-79); IK 60 (30-70); RTOG 2 (2-4); Barthel 75(20-100); citología (+) 10; metástasis cerebrales o medulares 14; quimioterapia intratecal 14 (7 con mejoría). Resultados preliminares confirman que IK, estado neurológico y gluorraquia son significativos FP. El subestudio de ABEP4 será presentado posteriormente.

Conclusiones: Resultados preliminares confirman que el IPS es capaz de diferenciar una población con CLM con mayor supervivencia. El 50% de los pacientes tratados con quimioterapia intratecal experimentaron mejoría.

Miércoles, 21 de octubre
Área Polivalente
08:30 - 20:00

Cáncer Hereditario

Revisores:

Dra. Raquel Andrés Conejero
Dra. Carmen Guillén Ponce

P-1

MÁS ALLÁ DE BRCA1 Y BRCA2 EN EL SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIO (SMOH): MUTACIONES EN P53 Y PTEN

Begoña Graña-Suárez*, Ana Blasco**, Laura Fachal**, Marta Santamaría**, Clara Ruíz Ponte**, Ángel Carracedo**, Ana Vega Gliemmo**.

*Sección Oncología Médica, UARC-CX, Hospital Arquitecto Marcide-Área Sanitaria de Ferrol. **Fundación Pública Galega Medicina Xenómica-SERGAS, Grupo de Medicina Xenómica-USC, CIBER-ER.

Introducción y Objetivos: Mutaciones en línea germinal de los genes *BRCA1* y *BRCA2* explican menos del 50% de los casos del SMOH. Se conocen otros genes que también se asocian a un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama como *TP53*, implicado en el Síndrome de Li-Fraumeni (*LFS*) y Li-Fraumeni like (*LFLS*), o *PTEN* en el Sd. de Cowden. Conocer la prevalencia de mutaciones en *TP53* y *PTEN* en familias *BRCA1/BRCA2* negativas y evaluar la inclusión de *TP53* y *PTEN* en el test genético en las familias afectas de SMOH.

Materiales: Secuenciación directa del gen *TP53* y *PTEN* en 95 familias gallegas con SMOH, negativas para los genes *BRCA1* y *BRCA2* así como 68 controles.

Resultados: Se identificaron 5 familias con mutaciones en el gen *TP53*, de las cuales ninguna cumplía criterios de *LFS* ó *LFLS*. La prevalencia de mutaciones en *TP53* fue del 5,26% (5/95), ascendiendo al 10,53% (4/38) al considerar únicamente las pacientes diagnosticadas antes de los 36 años. Dentro de éstas sólo se identificaron mutaciones en aquellas con al menos otro familiar afecto de cáncer de mama, ovario u otro cáncer relacionado con *LFS* (mama,

sarcoma, tumor cerebral y carcinoma adrenocortical). Por otro lado no hemos identificado ninguna mutación deletérea en el gen *PTEN* en las pacientes estudiadas.

Conclusiones:

1. Nuestros resultados sugieren que el estudio del gen *TP53* está indicado en familias afectas de SMOH negativas para mutaciones en *BRCA1/2*.
2. Las familias que más se benefician del estudio son aquellas con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama antes de los 36 años y al menos un familiar en primer o segundo grado afecto de cáncer de mama, ovario u otro tumor asociado a *LFS*.
3. El análisis de *PTEN* no está indicado en familias afectas de SMOH que no cumplan además los criterios clínicos diagnósticos del síndrome de Cowden.

P-2

ESTUDIO DEL GEN TP53 EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO ANTES DE LOS 35 AÑOS DE EDAD Y SIN MUTACIÓN DETECTADA EN BRCA1 Y BRCA2

Orland Diez Gibert*,**, José Ignacio Ferro*, Sara Gutiérrez**, Miriam Masas*, Neus Gadea**, Daniel Fortuny**, Cristina Saura**, Judith Balmaña**.

*Laboratorio de Oncogenética. Hospital Universitario Vall d'Hebron; **Vall d'Hebron Instituto de Oncología; ***Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama de aparición precoz forma parte del espectro de tumores que constituyen el síndrome de Li-Fraumeni (MIM 151623), asociado a mutaciones en línea germinal en el gen *TP53*. El objetivo del estudio es determinar la presencia de mutaciones heredadas en *TP53* en mujeres con cáncer de mama precoz independientemente de su historia familiar, una vez obtenido un resultado negativo en el análisis de *BRCA1* y *BRCA2*.

Materiales: Se analizaron 41 mujeres con cáncer de mama (CM) diagnosticado antes de los 35 años de edad y con resultado negativo para los genes *BRCA1* y *BRCA2* (analizados mediante secuenciación y MLPA). Las características familiares fueron las siguientes: A) sin antecedentes familiares de cáncer (n=11); B) con historia familiar de cáncer de mama/ovario (CM/CO) (n=22); C) con antecedentes familiares de otras neoplasias (cáncer de páncreas, renal, cerebral, leucemia u otras) sin cumplir los criterios clásicos de Li-Fraumeni (n=8). El análisis del *TP53* se efectuó mediante amplificación por PCR y posterior secuenciación de los exones 4 al 10. El análisis del resto de los exones y de los extremos 5' y 3' no transcritos, así como de grandes reordenamientos se halla en curso.

Resultados: Entre las 41 mujeres se han identificado dos mutaciones (4.8%), ambas en el grupo de mujeres con CM y antecedentes familiares de otras neoplasias (25%): c.375G>A en el exón 4 (causa alteración del *splicing*) y c.524G>A en el exón 5 (p.R175H).

Conclusiones: Los resultados preliminares sugieren que, tras un resultado negativo en el análisis de los genes *BRCA1* y *BRCA2*, las mutaciones en *TP53* pueden constituir una causa etiológica frecuente de predisposición genética al CM precoz, especialmente en familias con antecedentes de neoplasias diversas.

P-3

RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO IMPACT: IDENTIFICATION OF MEN WITH A

GENETIC PREDISPOSITION TO PROSTATE CÁNCER: TARGETED SCREENING IN *BRCA1/2* MUTATIONS CARRIERS AND CONTROLS

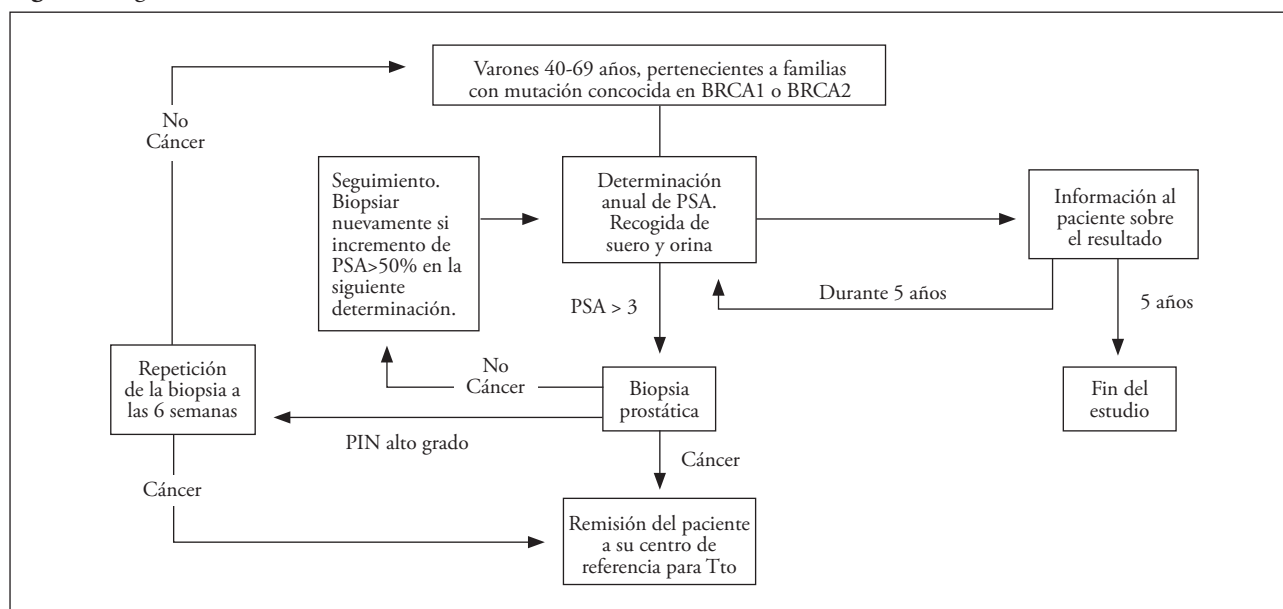
Elena Castro Marcos (1),(2), Ignacio Blanco (3), Elizabeth Bancroft (2), Mónica Salinas (3), Anita Mitra (1), Alex Teulé (3), J.M. Piulats (3), Colaboradores grupo IMPACT, Rosalind Eeles (1),(2).

(1) *Translational Cancer Genetics Team. Institute of Cancer Research, Surrey, UK.* (2) *Royal Marsden Foundation NHS Trust, London, UK.* (3) *Programa de Consejo Genético. Instituto Catalán de Oncología.*

Introducción y Objetivos: Se ha descrito que los varones pertenecientes a familias con predisposición hereditaria al cáncer de mama y ovario (CMOH) presentan un riesgo superior al poblacional de cáncer de próstata (CaP), que generalmente es más agresivo. Se desconocen la incidencia y prevalencia real del CaP en estas familias y las medias de cribado idóneas para su diagnóstico precoz. Para responder a estas cuestiones se ha planteado un estudio internacional denominado IMPACT cuyos objetivos principales son determinar la prevalencia del CaP en CMOH y la sensibilidad y especificidad del cribado mediante PSA en varones portadores de mutación en los genes *BRCA1/2*.

Materiales: Estudio prospectivo en que se han incluido 300 varones (89 *BRCA1*, 116 *BRCA2* y 95 controles no portadores de la mutación *BRCA1/2* descrita en la familia) de entre 40-69 años procedentes de 20 centros. Determinación anual del PSA y biopsia prostática si $PSA > 3$ ng/ml (Figura 1). El diseño del estudio complementa el del *European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer*

Figura 1: Algoritmo estudio IMPACT.



(ERSPC), de donde se obtienen los datos de incidencia y prevalencia del CaP en población general.

Resultados: En la primera revisión, 25 individuos presentaron PSA>3 (8.3% vs 16% en ERSPC), La tasa de biopsia fue 7.3% vs 14.8% en ERSPC. Se diagnosticaron 10 CaP (3.3% vs 4.7% en ERSPC) (2 en controles, 4 en *BRCA1* y 4 en *BRCA2*). Sólo 2 de los tumores diagnosticados en portadores de mutación fueron T1 (20% vs 54.69% en ERSPC). Todos los CaP en *BRCA2* presentaron Gleason ≥ 7 . El VPP de PSA en el estudio es 46% vs 24% en ERSPC.

Conclusiones: Los resultados del estudio piloto sugieren que el cribado de CaP basado en PSA es adecuado en los individuos con alta predisposición genética. El estudio continúa activo hasta reclutar 850 portadores de mutación en *BRCA* y 850 controles con un seguimiento de 10 años.

P-4

DOBLE ANEXECTOMÍA PREVENTIVA EN POBLACIÓN CON ALTO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIOS (CMOH): FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE UNA SEGUNDA NEOPLASIA DE MAMA

Teresa Ramón y Cajal Asensio *, Asunció Torres **, Carmen Alonso *, David Fisas*, Belén Ojeda*, Isidre Boguñá***, Jaime Prat ****, Montserrat Baiget *****, Adriana Lasa *****, Agusti Barnadas *.

(* Servicio de Oncología Médica, Hospital Sant Pau, (**) Oncología, Unidad Genética Clínica, Hospital San Joan, (***) Ginecología, Hospital Sant Pau, (****) Anatomía Patológica, Hospital Sant Pau, (*****) Genética, Hospital Sant Pau.

Introducción y Objetivos: La doble anexectomía preventiva (DAP) es una estrategia reductora de riesgo de cáncer utilizada en la práctica clínica habitual en población con sospecha de CMOH. El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de cáncer de mama posterior a la DAP e identificar posibles factores epidemiológicos o clínicos predictivos del nuevo primario.

Materiales: Se identificaron retrospectivamente 133 mujeres de alto riesgo que había sido intervenidas de DAP. El estudio de supervivencia libre de evento (SLE) incluyó 103 casos con tejido mamario residual susceptible de presentar una nueva neoplasia de mama tras cirugía. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier de SLE considerando evento la aparición de un nuevo tumor mamario o exitus.

Resultados: Veinticinco mujeres presentaban mutación en el gen *BRCA1* y *BRCA2*, respectivamente. Tras una mediana de seguimiento de 49 meses se diagnosticaron 15 (15%) nuevos casos de cáncer de mama. El análisis multivariante

detectó una menor SLE asociada a los siguientes factores: edad de diagnóstico previo de cáncer de mama mayor de 50 años ($p=0.004$), edad de realización de DAB mayor de 50 años ($p<0.001$) y antecedente de tratamiento hormonal sustitutivo o anticonceptivo ($p=0.023$).

Conclusiones: En población de alto riesgo de CMOH la edad de diagnóstico previo de cáncer de mama, la edad de realización de cirugía y el uso previo de agentes hormonales, podrían condicionar la eficacia de la DAP realizada con finalidad preventiva de un nuevo cáncer de mama.

P-5

COMPARACIÓN DE LOS MODELOS PREDICTIVOS PARA IDENTIFICACIÓN DE PORTADORES DE MUTACIÓN EN *MLH1/MSH2* (SÍNDROME DE LYNCH) EN UNA COHORTE ESPAÑOLA

Irene Valenzuela, Judith Balmaña, Montserrat Rue, Ignacio Blanco, Asunción Torres, Teresa Ramón y Cajal, Isabel Chirivella, Carmen Guillen, Joan Brunet, en nombre del grupo de cáncer hereditario de la SEOM.

Servicio de Oncología, Hospital Vall d'Hebron; Facultad de Medicina, Universidad de Lleida; Programa de consejo genético en cáncer, ICO-Hospital Durán y Reynals; Servicio de Oncología Médica, Hospital Sant Joan de Reus, Servicio de Oncología Médica, Hospital Sant Pau; Servicio Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Valencia; Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario Elche; Servicio Oncología Médica, ICO-Hospital Josep Trueta.

Introducción y Objetivos: Existen tres modelos predictivos recientes en el síndrome de Lynch para estimar la probabilidad de identificar una mutación en los genes reparadores. Objetivos: analizar la capacidad discriminativa de los modelos MMRpro, MMRpredict y PREMM_{1,2} para identificar portadores de mutación en *MLH1/MSH2* en 564 casos no emparentados con sospecha clínica de síndrome de Lynch y compararlos con el modelo de Wijnen y los criterios clínicos.

Materiales: La población de estudio incluyó aquellos individuos con sospecha clínica de síndrome de Lynch que habían realizado estudio genético en línea germinal, o solo cribado molecular con resultado normal. Se calculó la probabilidad de ser portador en cada uno de los individuos según cada modelo. Se obtuvo la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), y el área bajo la curva (AUC) de cada uno de los modelos y se compararon con los criterios de Bethesda revisados (CBeR).

Resultados: Un total de 114 individuos (20%) eran portadores de mutación (63 *MLH1*, 51 *MSH2*). El AUC fue 0.95 (95% IC: 0.93-0.97) para MMRpro, 0.87 (95% IC 0.83-0.91)

para el modelo MMR_{predict}, 0.87 (95% IC 0.83-0.91) para el modelo PREMM_{1,2}, y 0.75 (95% IC 0.69-0.80) para el modelo de Wijnen (p<0.001). Para una sensibilidad del 100% y del 90%, la especificidad y el punto de corte de cada modelo fueron: 17%/0.001 y 89%/0.33 para MMR_{pro}, 9%/0.01 y 59%/0.07 para MMR_{predict}, 5%/0.05 y 58%/0.11 para PREMM_{1,2}. La sensibilidad y especificidad de los CBeR fueron 86% y 14%, respectivamente. La calibración fue de 1.25, 1.05, 0.92 y 0.50 para MMR_{pro}, MMR_{predict}, PREMM_{1,2}, y modelo de Wijnen, respectivamente.

Conclusiones: En una población con sospecha clínica de síndrome de Lynch el modelo MMR_{pro} muestra la mayor capacidad discriminadora, seguida de los modelos MMR_{predict} y PREMM_{1,2}. La capacidad discriminadora de estos modelos fue superior a los CBeR y aportan una estimación de riesgo cuantitativa que puede ser útil para el asesoramiento genético.

P-6

ANÁLISIS DEL PROTEOMA PLASMÁTICO DE MUJERES PORTADORAS DE MUTACIONES EN LOS GENES BRCA1/BRCA2 COMO FACTOR MODIFICADOR DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Ana B. Custodio Carretero(1), Pedro Pérez-Segura(1), José J. Zamorano(2), Antonio José López-Farré(2), Elena Olivera(1), Javier Puente(1), Eugenio Cuadrado(1), Rafael Álvarez(1), Aránzazu Manzano(1), Eduardo Díaz-Rubio(1). (1)Servicio de Oncología Médica (2) Unidad de Investigación del Instituto Cardiovascular. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y Objetivos: Las mutaciones en BRCA se asocian a un riesgo de cáncer de mama del 65-70% a 70 años, aunque existe importante variabilidad fenotípica que hace necesario identificar nuevos marcadores de riesgo. Analizamos las diferencias en el proteoma plasmático entre portadoras BRCA enfermas/sanas y portadoras/controles. Resultados preliminares se presentaron en SEOM 2007 (P-24) e ICACT 2009 (abs. 237).

Materiales: Analizamos mediante electroforesis en dos dimensiones y espectrometría de masas los niveles de las siguientes proteínas en 42 portadoras BRCA (22 BRCA1-10 enfermas y 12 sanas- y 20 BRCA2-12 enfermas y 8 sanas): fibrinógeno(fgg), haptoglobina(hap), serotransferrina(ser), convertasa(con), alfa-1-antitripsina(AAT), apolipoproteína A-I(APO AI) y A-IV(APO AIV), proteína C reactiva(PCR) y alfafetoproteína(AFP). Diez mujeres no portadoras sin historia familiar constituían el grupo control. Realizamos además un conteo del número total de proteínas utilizando el PD-QUEST software.

Resultados: Portadoras BRCA1 sanas presentan niveles superiores de APO AIV(p=0.004) y AAT 6 (p=0.027) que las enfermas. No encontramos diferencias significativas entre BRCA2 sanas/enfermas. Portadoras BRCA2 respecto a BRCA1 muestran niveles superiores de AAT 4(p=0.038), 5(p=0.023), 6(p=0.037) y 7(p=0.048), hap 4(p=0.023) y APO AI 2(p=0.038) y 5(p=0.038) e inferiores de con 1(p=0.036) y 2(p=0.032). Enfermas BRCA2 presentan niveles superiores de APO AI 2(p=0.038) y 5(p=0.019), APO AIV(p=0.010) y AAT 6(p=0.023) e inferiores de con 3(p=0.023) que BRCA1. Los niveles de fgg 2(p=0.001) y 3(p=0.001), ser 4(p=0.001) y con 1(p=0.041), 2(p=0.006), 3(p=0.001), 4(p=0.001) y 5(p=0.001) son superiores en portadoras sanas que en controles. Con PD-QUEST no encontramos diferencias significativas en el recuento de proteínas totales entre grupos: BRCA1 enfermas(78±18), BRCA1 sanas(92±16), BRCA2 enfermas(79±26) y BRCA2 sanas(78±16).

Conclusiones: Las portadoras BRCA1 sanas presentan un perfil proteómico favorable respecto a las enfermas, al igual que portadoras BRCA2 respecto a BRCA1 y los controles respecto a portadoras. La confirmación de estos resultados en una cohorte mayor permitiría utilizar el análisis proteómico para individualizar las estrategias preventivas.

P-7

ESTUDIO PILOTO DEL PET-TAC COMO MÉTODO DE SCREENING EN MUJERES PORTADORAS DE MUTACION BRCA

Aránzazu Manzano Fernández (*), Pedro Pérez-Segura (*), Javier Puente (*), Helena Olivera (**), Trinidad Caldes (***), José Luis Carreras (****), Rafael Álvarez (*), Eugenio Cuadrado (*), Ana Belén Custodio (*), Eduardo Díaz - Rubio (*).

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (*); Unidad de Consejo Genético, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (**); Laboratorio de Biología Molecular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (***); Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (****).

Introducción y Objetivos: Las mujeres portadoras de mutaciones en el gen BRCA presentan un riesgo aumentado para desarrollar cáncer de mama y ovario a lo largo de su vida. La adición de la RMN maMaría a los métodos habituales de screening no ha demostrado disminuir la mortalidad específica de cáncer de mama en esta población. Nuestro objetivo es comparar los métodos habituales de seguimiento (RMN maMaría, mamografía y exploración física) en portadoras de mutaciones en BRCA con la realización anual de TACPET.

Materiales: Entre enero de 2008 y abril de 2009, 13 mujeres portadoras de mutaciones en BRCA1 o BRCA2 fueron sometidas a un programa de screening con exploración física, RMN maMaría anual, mamografía anual (éstas dos últimas de manera alternante) y TACPET anual. Se recogieron los resultados de la pruebas y se compararon los hallazgos en cada una de ellas.

Resultados: El 31% eran portadoras de una mutación en BRCA1 y el 69% de BRCA2. Entre las 13 mujeres estudiadas, hubo un diagnóstico de cáncer de mama, con alteraciones en la RMN m María, que posteriormente se confirmaron tras el TACPET, procediéndose a cirugía. Otra mujer está actualmente pendiente de ooforectomía bilateral tras el hallazgo de una captación anexial en el TACPET, habiendo sido el resto de pruebas normales. En el resto de mujeres las pruebas realizadas no han mostrado hallazgos significativos.

Conclusiones: La utilización del TACPET en el seguimiento de mujeres de alto riesgo podría ser útil no sólo para el diagnóstico precoz de cáncer de mama sino también para el cáncer de ovario así como de otras neoplasias asociadas a estas mutaciones, en las cuales no existe programa de screening en la actualidad. Se necesitan un mayor número de casos para definir el papel del TACPET en esta población.

P-8

FACTORES PREDICTIVOS DE CIRUGÍA PROFILÁCTICA EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIOS (CMOH): GRUPO IMASS

Teresa Ramón y Cajal Asensio (*), Daniel Fortuny (**), Asunción Torres (***), David Fisas (*), Esther Darder (****), Consol López (*), Begoña Graña (****), Joan Brunet (****), Cristina Saura (**), Judith Balmaña (**).

(*)Servicio de Oncología Médica. Hospital Sant Pau. Barcelona
(**)Servicio Oncología Médica. Hospital Valle de Hebron. Barcelona
(***)Servicio Oncología. Sant Joan.Reus (****) Servicio Oncología Médica. Josep Trueta. Girona.

Introducción y Objetivos: Tras el resultado del estudio genético, las mujeres con riesgo de CMOH se enfrentan a la decisión de mastectomía (MP) y/o doble anexectomía (DAP) preventivas. Se evaluaron factores predictivos de cirugía profiláctica y cambios en la intención quirúrgica durante el primer año post-resultado.

Materiales: Se analizó una cohorte prospectiva de 153 individuos con sospecha de CMOH que completan un seguimiento de 1 año. La información se obtuvo de la historia clínica y cuestionarios autorrellenables 3 meses y 1 año post-resultado.

Resultados: Tras excluir varones, mujeres con resultado verdadero negativo y casos incidentes (3CM y 1 in situ)

se incluyeron 92 candidatas a MP y 39 a DAP. Las intervenciones realizadas a los 3 y 12 meses del resultado, fueron 7 (7%) y 9 (10%) para MP y 12 (30%) y 23 (59%) para DAP, respectivamente. De 36 candidatas a ambas, 6 aceptaron la doble intervención. El único factor predictivo de MP con tendencia a la significación estadística fue la historia familiar de CM versus la combinación de CM y CO (p=0.06). Entre los predictivos de DAP destacaron la condición de portadora (p=0.05) y la presencia del CO en la familia (p=0.01). Setenta y seis casos expresaron su intención de MP a 3 meses y al año del resultado del estudio. De ellas, el 10% cambió su intención a favor de la cirugía y el 6% en contra. El 84% de las restantes no modificaron su intención. Respecto a la DAP, 2 únicos casos valorables no modificaron su intención.

Conclusiones: La condición de ser portadora de mutación y el fenotipo familiar predicen la práctica quirúrgica preventiva de la población con alto riesgo de CMOH. La mayoría de las mujeres que optan por el seguimiento y cribado de cáncer no modifican su intención quirúrgica el primer año post-resultado.

P-9

CASUÍSTICA DEL SÍNDROME HEREDITARIO DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO EN LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Raquel Bratos Lorenzo, Laura Mezquita, Elena Castro, Virginia Reguero, Eva Sánchez, Rubén Leno, Raquel Seijas, Teresa Martín, Rogelio González, Juan Jesús Cruz.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama es la neoplasia femenina más frecuente en occidente. Menos del 10% de los casos tiene carácter hereditario. El síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (CMOH) debido a mutaciones en BRCA1/2 es la entidad más frecuente, aunque sólo se encuentran mutaciones patogénicas en estos genes en el 30% de los casos. La adecuada selección de los individuos a estudio continúa siendo un problema por resolver.

Tabla 1: **Criterios de derivación.

A	Bilateral/2 primarios ipsilaterales/mama y ovario en mismo paciente
B	Mama u ovario menor de 40 años
C	Mama en varón
D	Dos casos de cáncer mama (Fam. 1º grado), uno antes de 50 años
E	Mama antes de 50 años y ovario en misma familia (1ºy2º grado)
F	Dos casos de cáncer de ovario a cualquier edad (1º y 2º grado)
G	Tres o más casos c. mama (2 en 1ºgrado) y/u ovario (1ºy2º grado)
H	Familias de cáncer de mama u ovario a considerar en la U.C.G.C

El objetivo del estudio es analizar la frecuencia de mutaciones patogénicas en los pacientes referidos a la Unidad de Consejo Genético de nuestro hospital según los criterios de derivación del Programa de de Cáncer Hereditario de Castilla y León.

Materiales: Retrospectivamente, se analizaron los antecedentes personales y familiares, así como variables clínicas y anatómo-patológicas en los casos de cáncer de mama, de pacientes derivados con historia familiar de CMOH entre 2001-2008.

Resultados: Se estudiaron 334 pacientes (8 varones y 328 mujeres); mediana de edad: 46 años (16-86). Localización: 91% cáncer de mama (CM) y 8.9% cáncer de ovario (CO). Detección mutación: 12,4 % (BRCA1: 7,1% y BRCA2: 5,3%). El 83.3% de los CM con mutación en BRCA1 eran Triple Negativo (TN), mientras que el 72.7% de los BRCA2 presentaban subtipo Luminal ($p < 0.01$). El criterio de derivación más frecuente fue presentar CM antes de los 40 años (30.8%, $p < 0.05$), encontrándose mutación en el 16%. La tasa de mutación mayor aparece en aquéllos con > 3 CM o CO familiares (50%, $p < 0.05$) (Tabla 2).

Tabla 2: Criterios de derivación y frecuencia de mutación en BRCA1/2 para cada uno de ellos.

	% derivación	% test +
A	8,9	9,5
B	30,8	16,6
C	1,7	0
D	12,6	7,1
E	3,5	2,3
F	0,5	0
G	20,6	50
H	20,9	11,9

Conclusiones: El criterio de derivación más frecuente de pacientes a nuestra Unidad es el diagnóstico de Cáncer de mama en menores de 40 años; aunque la frecuencia de mutación de BRCA1/2 en éstos es baja. Consideramos que deberían incluirse otros criterios (Anatomo-patológicos) para seleccionar estas pacientes.

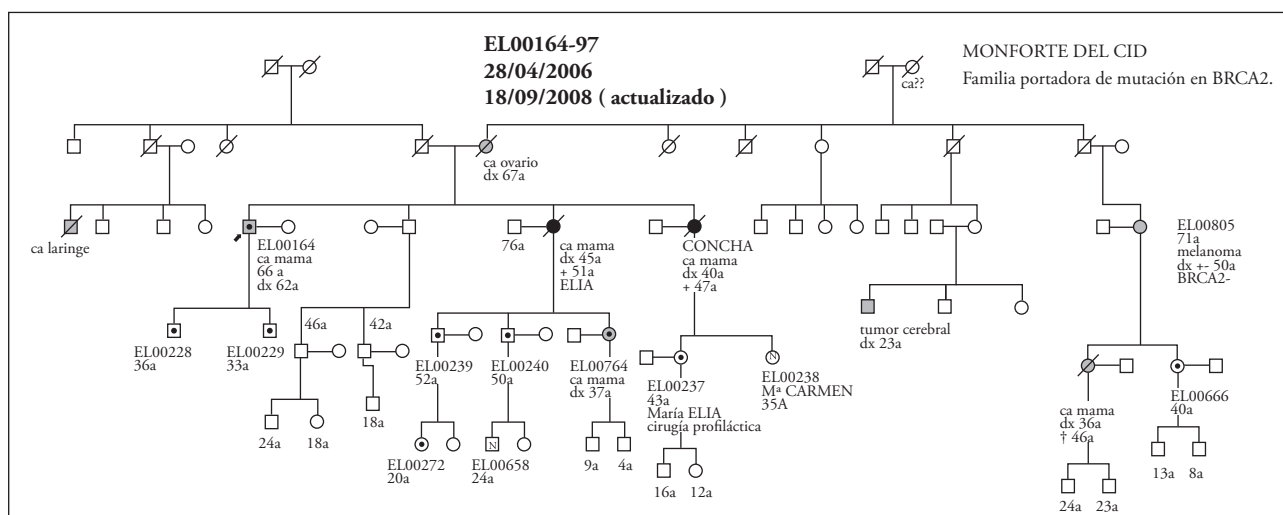
P-10

ESTUDIO GENÉTICO Y MOLECULAR DE UNA FAMILIA CON CRITERIOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO HEREDITARIOS

Elisa Galvez Muñoz, Verónica González, María Guirado, Rosario Salgado, Raul Carrillo, Asuncion, Elena Asensio, Javier Gallego, Ana Beatriz Sánchez, Álvaro Rodríguez. *Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche.*

Introducción y Objetivos: Un 5-10% de todos los cánceres son de tipo hereditario. El diagnóstico y consejo genético en cáncer se utilizan para diagnosticar una predisposición hereditaria al cáncer y para intervenir precozmente evitando la aparición del mismo o diagnosticándolo precozmente. Puede tener enormes repercusiones sobre la vida de una persona y consecuencias no pretendidas sobre su familia. **Objetivos:** Determinar mediante estudios genéticos y moleculares la existencia de una alteración hereditaria en una familia que cumple criterios clínicos de Síndrome de Mama y Ovario Hereditarios (SMOH). Reducir la incidencia de cáncer y la mortalidad ofreciendo asesoramiento a los pacientes y sus familiares.

Figura 1: Árbol familiar orientado.



Materiales: Selección de una familia de 75 miembros que cumplía criterios clínicos para el SMOH. Elaboración de un árbol familiar (fig. 1). Información a los participantes sobre los beneficios, riesgos y limitaciones del estudio. Selección del caso índice a partir del cual se inició el estudio. Extracción de DNA de una muestra de sangre para amplificación de los genes *BRCA1/2* mediante reacción en cadena de la polimerasa e interpretación de los resultados.

Resultados: Tras realizar el árbol familiar y comprobar que cumplía criterios clínicos del SMOH, se seleccionó el caso índice (sujeto III.5). Nueve miembros de la familia padecían algún tipo de cáncer. El estudio del caso índice demostró la existencia de una mutación patogénica en *BRCA2: c.9254del5(ATCAT) del exón 23*. A partir de aquí, se procedió al estudio directo de la mutación en 11 familiares que lo desearon. De estos, 8 sujetos resultaron portadores de la mutación en *BRCA2*. A partir de los resultados se establecieron recomendaciones de seguimiento (fig. 2) para disminuir la incidencia de cáncer o diagnosticarlo en fases más precoces.

Figura 2: Recomendaciones actuales de seguimiento.

- Autoexploración maMaría después de cada menstruación a partir de los 18- 25 años.
 - Exploración clínica maMaría (realizada por su ginecólogo o cirujano) cada 6-12 meses a partir de los 25 años.
 - Mamografía/Ecografía/RMN maMaría anual a partir de los 25 años (la técnica se deja a criterio del médico responsable).
 - Exploración ginecológica habitual y ecografía transvaginal anual a partir de los 30 años.
 - De forma opcional, determinación del CA 125 anual a partir de los 30 años. Estas recomendaciones van dirigidas a los familiares de primer grado de la persona afecta por la neoplasia de mama u ovario:
 - Hermanos e hijos de estos
 - Hijos
- Existen unas recomendaciones específicas de cirugía profiláctica que se valorarán de forma individualizada con su médico.

Conclusiones: Gracias al Consejo Genético es posible identificar familias con riesgo elevado de padecer un Síndrome Hereditario de Predisposición al Cáncer, mediante pruebas poco invasivas y realizar un estudio genético y/o molecular para identificar mutaciones causantes de la enfermedad.

P-11

ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO ESTE (UCGE) DE CASTILLA Y LEÓN EN SÍNDROME DE LYNCH (SL)

*Enrique Lastra Aras, *Eva Fonseca, *Cristina Bayona, *María García-González, ‡Lucía Pérez-Carbonero, ‡Mercedes

Durán, *Blanca Hernando, *Ana María López-Muñoz, *Beatriz Llorente, *Carlos García Girón.

*Sección de Oncología Médica, Hospital General Yagüe (Burgos). ‡Instituto de Biología y Genética Molecular, IBGM (Valladolid).

Introducción y Objetivos: En 2006 la UCGE de Castilla y León comenzó un Programa de Consejo Genético en Cáncer de Colon Hereditario para 1.2 millones de habitantes. Exponemos la actividad desarrollada en este campo dentro del modelo de organización y funcionamiento de un Programa de Salud.

Materiales: Estudiamos las familias remitidas a la UCGE desde Enero de 2006 a Marzo de 2009 para Consejo Genético en SL. Describimos los resultados de las familias con estudio molecular-genético completo (IHQ e IMS, más BRAF si IMS+ ó déficit proteína MLH1, más estudio de genes MMR en BRAF nativo y en MSS con déficit expresión proteínas). Reportamos las medidas de profilaxis realizadas.

Resultados: 92 familias con estudio completo para SL, 19 con criterios de Ámsterdam (20%), 55 con criterios de Bethesda (59%); 25 familias diagnosticadas de SL, 4 familias con Cáncer de Colon Familiar X, 63 agregaciones; 18 familias con mutación en genes MMR (80 individuos portadores), 12 familias Ámsterdam con mutación (63%), 6 familias Bethesda con mutación (10%); 5 mutaciones en MLH1, 7 mutaciones en MSH2 (2 grandes re-estructuraciones), 1 mutación en MSH6, 3 mutaciones de nueva descripción, 1 mutación recurrente en 3 familias; 4 colectomías y 6 histerectomías más doble anexectomía profilácticas.

Conclusiones: La prevalencia de mutaciones por criterio clínico refleja una adecuada estrategia de selección y estudio. Precisamos incrementar el pre-screening, agilizar el diagnóstico molecular-genético y mejorar el control clínico, para un análisis real de la situación del SL en nuestra región.

P-12

LA PRESENCIA DE LA MUTACIÓN V600E EN EL GEN BRAF NO SIEMPRE INDICA UN CARÁCTER ESPORÁDICO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Alex Teulé*, Mireia Gausachs**, Matilde Navarro*, Marta Pineda**, Joan Brunet***, Sara González**, Conxi Lázaro**, Ignacio Blanco*, Gabriel Capella**.

Programa de Consejo Genético en Cáncer, Instituto Catalán de Oncología, (*) IDIBELL-Hospital Durán i Reynals, (***) IDIBGI-Hospital Dr. Josep Trueta. (**) Programa de Diagnóstico Molecular del Cáncer Hereditario, Instituto Catalán de Oncología, IDIBELL-Hospital Durán i Reynals.

Introducción y Objetivos: La introducción de la determinación de la mutación V600E del gen BRAF en el algoritmo de decisión de estudio de los genes reparadores ha permitido disminuir el número de estudios no informativos. Se ha sugerido que la presencia de la mutación en el gen BRAF indica un carácter esporádico del cáncer colorrectal (CCR). El presente caso clínico quiere poner en duda esta aseveración.

Materiales: Varón de 46 años diagnosticado de un doble CCR primario a los 23 (colon derecho) y 43 años (sigma, pT3pN2M0). Madre fallecida a los 82 años en el postoperatorio de su CCR (pT3pN2M0). Padre fallecido a los 55 años de edad a consecuencia de un cáncer gástrico. No otros antecedentes familiares. Se dispone únicamente del bloque tumoral del segundo CCR.

Resultados: El estudio del tumor demostró: a) inestabilidad en microsatélites; b) pérdida de expresión exclusiva de *MLH1*; y c) presencia de la mutación V600E en el gen *BRAF*. El análisis del gen *MLH1* en línea germinal evidenció la presencia de una mutación en el exón 16 en heterocigosis (c.1865T>A; p.Leu622His) considerada como patogénica.

Conclusiones: La presencia de la mutación somática V600E en el gen *BRAF* no permite excluir totalmente la posibilidad de mutaciones germinales en los genes reparadores o en otros genes asociados a una predisposición hereditaria al CCR por lo que su detección no debería asociarse al concepto de “cáncer colorrectal esporádico”. Es necesaria una evaluación individualizada de cada caso antes de descartar el análisis de los genes reparadores en línea germinal y las recomendaciones de cribado los familiares directos deberán determinarse según las características clínicas del caso: edad al diagnóstico y agregación familiar.

Cáncer Colorrectal

Revisores:

Dra. María Auxiliadora Gomez España

Dra. Amelia Lopez Ladrón

P-13

ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE EXPRESIÓN DE MRNA CD133 EN TEJIDO TUMORAL Y NORMAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL

Rosa Artells i Prats*, Isabel Moreno**, Bernat Gel*, Francisco Martínez***, José Moreno***, Rafael Ibeas**, Tània Díaz*, Mariano Monzó*.

*Unidad de Anatomía (Laboratorio de Oncología Molecular)-Facultad de Medicina UB. **Servicio de Oncología Hospital Municipal de Badalona. ***Servicio de Cirugía Hospital Municipal de Badalona.

Introducción y Objetivos: En el cáncer colorrectal (CCR), el 60% de los pacientes diagnosticados en estadios locales (I-III) presentan recaída de la enfermedad a nivel local y/o a distancia en los 2-3 primeros años tras beneficiarse de tratamiento quirúrgico con intención radical y a pesar de haber recibido tratamientos adyuvantes (los pacientes con estadio II de riesgo y los estadios III). Este hecho sugiere que algunas células no responden adecuadamente a los tratamientos administrados. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la presencia de células stem tumorales (cáncer stem cells-“CSCs”) responsables del mantenimiento y crecimiento tumoral. Una característica de estas CSCs es la expresión de una proteína de membrana denominada CD133 o prominin-1 que, mediante estudios inmunohistoquímicos, se ha detectado en diferentes tipos celulares. En el presente trabajo se analizan por vez primera los niveles de expresión de mRNA CD133 en pacientes con CCR y su correlación con el tiempo libre de enfermedad y la supervivencia global.

Materiales: Pacientes: 92 pacientes quirúrgicos de CCR, se analiza tejido tumoral (TT) y normal (TN) del mismo paciente. Obtención de mRNA y análisis de expresión mediante PCR Cuantitativa a Tiempo Real (RT-qPCR).

Resultados: Los niveles de expresión de CD133 son más elevados en TT que en el propio TN ($p=0.0001$). Elevados niveles de CD133 en TT están asociados a menor tiempo libre de enfermedad ($p=0.008$) y menor supervivencia ($p=0.00039$).

Conclusiones: CD133 se encuentra expresado en el TT de la mayoría de pacientes diagnosticados de CCR. Aquellos pacientes con bajos niveles de expresión de mRNA presentan un mayor tiempo libre de enfermedad y una mayor supervivencia. Estos resultados pueden ser de utilidad para detectar nuevos marcadores tumorales y diseñar estrategias terapéuticas en pacientes con CCR.

P-14

ENSAYO CLÍNICO DE FASE II PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE CETUXIMAB CON OXALIPLATINO Y CAPECITABINA SEGUIDO DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON CETUXIMAB MÁS CAPECITABINA EN PACIENTES ANCIANOS CON CCRM. RESULTADOS DE TOXICIDAD

Javier Sastre, Cristina Grávalos, Carlos Pericay, Manuel Benavides, Fernando Rivera, Margarita Reboredo, Encarnación González Flores, Bartomeu Massutí, Rosario Dueñas, Enrique Aranda.

(1) H. Clínico San Carlos, Madrid (2) H. Doce de Octubre, Madrid (3) H. de Sabadell. Corporación Sanitaria Parc Tauli, Barcelona (4) H. R. Universitario Carlos Haya, Málaga (5) H.U.

Marqués Valdecilla, Santander (6) C.H. Universitario La Coruña, La Coruña (7) H. Virgen de las Nieves, Granada (8) H. General, Alicante (9) H. General de Jaén (10) H. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y Objetivos: El cáncer colorrectal metastásico (CCRm) es una de las neoplasias más frecuentes en geriatría. Dada la condición especial del paciente anciano y el pobre pronóstico de esta enfermedad en estado avanzado, son necesarias alternativas terapéuticas con buena tolerancia y óptima tasa de respuesta. El presente estudio se diseñó para evaluar la tasa de respuestas objetivas y la seguridad de la combinación de cetuximab y oxaliplatino-capecitabina (XELOX) seguido de tratamiento de mantenimiento con cetuximab y capecitabina como primera línea de tratamiento en pacientes ancianos con CCRm.

Materiales: Estudio multicéntrico fase II, abierto, no aleatorizado, con un brazo de tratamiento. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico histológico de CCRm no operable y/o irresecable, con al menos una lesión medible bidimensionalmente; ≥ 70 años, KPS $\geq 80\%$, esperanza de vida ≥ 3 meses y óptima función hepato-renal y hematopoyética. Se excluyeron pacientes que habían recibido quimioterapia previa para la enfermedad avanzada. Los pacientes fueron incluidos sin determinación previa del estado del gen k-ras. El plan de tratamiento era 4 ciclos de XELOX en combinación con cetuximab seguido de mantenimiento con cetuximab más capecitabina.

Resultados: Tal y como establece el diseño del estudio, en una primera etapa y con objeto de analizar la eficacia del tratamiento, se incluyeron 27 pacientes (61,6% varones) con una edad media (\pm DS) de 76,3(\pm 3,9) años. KPS 80%/90%/100%: 11,5%/42,3%/42,3%. En esta primera etapa, adicionalmente, se realizó un informe preliminar de seguridad y el 74% de los pacientes presentaron toxicidad G3 o 4 siendo las más frecuentes diarrea (33,3%), toxicidad cutánea, incluido síndrome mano-pie (29,6%), neutropenia (14,8%), astenia (11,1%) y paroniquia (11,1%). Próximamente se dispondrán de los resultados de eficacia.

Conclusiones: El tratamiento con cetuximab en combinación con XELOX en pacientes ancianos con CCRm presenta una toxicidad en el rango alto de lo publicado con poliquimioterapia en el anciano.

P-15

TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL COLORRECTAL MEDIANTE CIRUGÍA RADICAL Y QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (TÉCNICA DE SUGARBAKER)

Pedro Barrios Sánchez, Isabel Ramos, Cecilia Escayola, Domenico Sabia, Alexandro Bianchi.

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital de la

Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: La carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal es considerada un estadio IV tumoral y su tratamiento paliativo asociado a supervivencias muy limitadas y mala calidad de vida. La técnica de Sugarbaker: citorreducción quirúrgica radical (CCR) + quimiohipertermia peritoneal (HIPEC), actualmente es el único tratamiento potencialmente curativo con supervivencias descritas a los 5 años entre el 11 y el 48,5%.

Materiales: Desde mayo 06 a Dic 08 hemos tratado 40 pacientes. 23 mujeres y 17 varones. EM 52,9 años. 87% de los pacientes recibieron tratamientos previos (quimioterapia +/- cirugía). Tiempo diagnóstico CP/tratamiento radical de 7,1 meses. El Índice de Cáncer Peritoneal (ICP) medio de 13,2. Se realizó CCR en el 97,5% de los pacientes, mediante 4,1 procedimientos de peritonectomías/paciente, con exéresis visceral en el 87% de los pacientes. Se practicaron 1,2 anastomosis digestivas/ paciente y sólo un paciente requirió colostomía. Todos los pacientes recibieron HIPEC modalidad abierta y quimioterapia bidireccional: 5 FU+Ac.Folínico endovenoso peroperatorio y oxaliplatino (460 mg/m²) intraperitoneal durante 30 minutos a 43°C. Tiempo medio del tratamiento: 8,2 horas.

Resultados: No hubo mortalidad hospitalaria. Dos pacientes fueron reintervenidos: uno por hemoperitoneo y otro por perforación yatrógena rectal a los 15 días de la cirugía. Un paciente requirió drenaje percutáneo de una colección urinaria. Dos pacientes reingresaron por fiebre no etiquetada. Mediana de seguimiento: 11,4 meses. Mediana de supervivencia: 26,88 meses (IC. 95%: 7,68-46,07 m). En el seguimiento 4 pacientes han fallecido y 36 están vivos, 9 de ellos con enfermedad: 5 peritoneal y 4 extrabdominal. La supervivencia se relacionó con el grado de citorreducción, el ICP y la administración de quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: La evidencia disponible respecto a la eficacia de este tratamiento en la CP colorrectal muestra tiempos de supervivencia superiores a otros tratamientos. Es una evidencia intrínsecamente limitada pero objetiva las únicas supervivencias descritas a 5 años. Las agencias sanitarias recomiendan el uso de este tratamiento por grupos especializados en el contexto de estudios controlados.

P-16

LA EXPRESIÓN SIMULTÁNEA DE METALOPROTEASA-7 (MMP7) Y LA ACTIVACIÓN DE INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR RECEPTOR TYPE I (IGF-IR) PREDICE LA RESISTENCIA A CETUXIMAB O PANITUMUMAB EN CÁNCER COLORRECTAL CON KRAS Y BRAF NATIVOS. ESTUDIO DEL GRUPO GEMCAD

Rosa Gallego Sánchez*, Vicente Alonso**, Carlos Horndler***, Virginia Alonso-Espinaco****, Pilar Escudero****, Mireya Jimeno****, Xabier García-Albéniz*, Sergi Castellví-Bel***, Jordi Codony-Servat*, Joan Maurel*.

*Servicio de Oncología médica Hospital Clínic Barcelona;

**Servicio de Oncología médica Hospital Miguel Servet, Zaragoza;

***Servicio de Anatomía Patológica Hospital Miguel Servet,

Zaragoza; ****Servicio de Digestivo Hospital Clínic, Barcelona,

*****Servicio de Oncología médica, Hospital Clínico Zaragoza;

*****Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción y Objetivos: IGF-IR posee propiedades anti-apoptóticas y mitogénicas en el cáncer colorrectal y puede activar EGFR mediante transactivación. MMP-7 activa IGF-IR mediante la degradación de IGF1R.

Materiales: Se evaluó la activación de pIGF-IR (Ab Rubini) y la expresión de MMP-7 mediante inmunohistoquímica en muestras de tumor primario o de metástasis de cáncer colorrectal y su relación con el porcentaje de respuestas (PR), la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) en pacientes (p) tratados con cetuximab o panitumumab en segunda o tercera línea. Se determinó el estado de las mutaciones de *RAS* en los codones 12/13 mediante secuenciación directa y *BRAF* mediante discriminación alélica en tiempo real. La evaluación de la respuesta se realizó con TAC cada 6-8 semanas hasta progresión.

Resultados: En 104 de 168 pacientes, reclutados en 6 centros, se pudo realizar el análisis histológico y de mutaciones. La expresión de MMP-7 y pIGF-1R se observó en 48 (48.5%) y 52 (52.5%) pts respectivamente. La detección simultánea, por inmunohistoquímica, de MMP-7 y pIGF-1R [Doble Positivo (DP)] se observó en 27/104 (26 %) y en 15/71 (24%) en el grupo de *RAS* y *BRAF* nativo. No hubo asociación entre el estado de las mutaciones de *RAS-BRAF* y DP ($p=0.52$). En el subgrupo de p. *RAS-BRAF* nativo, los pacientes DP respondieron peor que los no-DP ($p=0.002$) y presentaron peor PFS 91 vs. 121 días (d) ($p=0.09$) y menor OS 196 (95% CI 175-215) vs. 294 d (95% CI 182-344) ($p=0.002$). El análisis multivariante ajustado por PS, LDH, edad y sexo corrobora la DP como variable pronóstica (HR 2.0, IC 95% 1.1-3.8) en pacientes *RAS-BRAF* nativos.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la expresión de MMP-7 junto con la activación de IGF-IR (DP) podrían ser predictivos de resistencia al tratamiento anti-EGFR en p. con genotipo *RAS* y *BRAF* nativo.

P-17

MUTACIONES DE K-RAS EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO Y EN LA TENDENCIA A LA METÁSTASIS PULMONAR

Miriam López-Gómez*, Paloma Cejas**, Rosario Madero***, Enrique Casado*, Cristina Aguayo**, Alicia Cazorla****, Javier De Castro**, Cristóbal Belda**, Manuel González-Barón**, Jaime Feliu**.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid. **Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. ***Unidad de Bioestadística. Hospital La Paz. ****Servicio de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz.

Introducción y Objetivos: Las mutaciones de KRAS en los tumores de origen colorrectal constituyen un factor predictivo de respuesta al tratamiento de la enfermedad metastásica con anti-EGFRs. Como objetivos pretendemos correlacionar el estado de KRAS entre tumores primarios y sus correspondientes metástasis hepáticas y pulmonares, y relacionarlo con variables clinicopatológicas.

Materiales: Se determinaron las mutaciones de KRAS, mediante PCR y posterior secuenciación de los codones 12 y 13 del exon 2, en 110 pacientes con enfermedad metastásica resecable, tanto en los tumores primarios como en sus metástasis correspondientes (93 hepáticas, 84% y 17 pulmonares, 16%) y se relacionó con variables clinicopatológicas (edad, sexo, localización, estadio del tumor, tamaño, número de metástasis, aparición sincrona/metácrona). Todos los pacientes recibieron quimioterapia basada en 5 fluorouracilo y ninguno anti-EGFRs.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Characteristic	Value
Total n of primary tumours	110
Total n of metastatic samples	110
Liver	93
Lung	17
Age, median (range)	64 (29-86 yrs)
Gender (male/female)	78/32
Histologic Grade	
1	2
2	98
3	10
Primary tumor site (colon/rectum)	79/31
Primary stage (WHO classification)	
1	3
2	20
3	28
4	59
Adjuvant treatment schedule	
5-Fluorouracil /Leucovorin	36
Oxaliplatin /5-Fluorouracil /Leucovorin	46
Irinotecan /5-Fluorouracil /Leucovorin	28
Synchronous/Metachronous metastases	57/53

Resultados: Las mutaciones de *KRAS* se observaron en 37 (34%) de los tumores primarios y en 40 (36%) de las metástasis. El grado de concordancia fue 94% (índice Kappa 0.86). Las metástasis pulmonares presentaban mayor frecuencia de mutaciones que las hepáticas (59% frente a un 32% del resto, $p=0.045$). Esta diferencia se mantenía significativamente, al estratificar según el tumor primario, en las metástasis de origen colónico ($p=0.046$), no así en las de origen en recto ($p=0.653$). Los pacientes con mutaciones en los tumores primarios presentaban una menor supervivencia libre de enfermedad (SLE) después de la resección (12.0 vs 18 meses, $p=0.0349$).

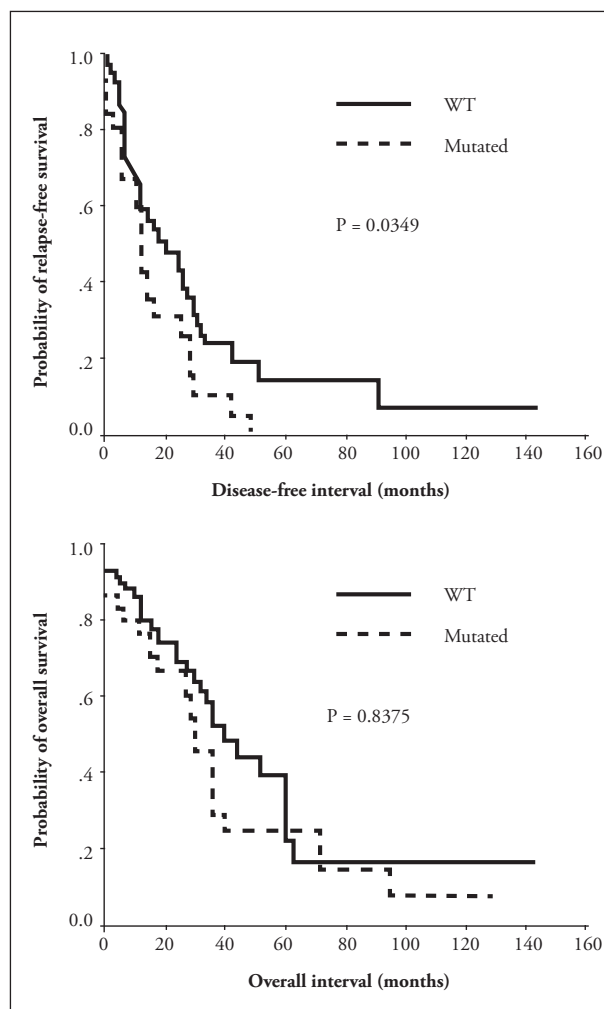
Tabla 2. Relación entre el status de K-Ras y el or.

	Mutated KRAS		WT KRAS		P value
	Nº	%	Nº	%	
Gender					0.376
Male	24	31%	54	69%	
Female	13	41%	19	59%	
Age					1.000
> 60	24	33%	48	67%	
< 60	13	34%	25	66%	
Tumor location					0.825
Rectum	11	36%	20	64%	
Colon	26	33%	53	67%	
Obstruction					0.616
Yes	6	27%	16	73%	
No	31	35%	57	65%	
Perforation					0.176
Yes	4	67%	2	33%	
No	33	32%	71	68%	
Primary tumor stage					0.970
I	1	33%	2	67%	
II	6	30%	14	70%	
III	9	32%	19	68%	
IV	21	36%	38	64%	
Metastasis debut					0.546
Synchronous	21	37%	36	63%	
Metachronous	16	30%	37	70%	
Lymphatic invasion					0.095
Yes	9	53%	8	47%	
No	28	30%	64	70%	
Venous invasion					0.616
Yes	6	27%	16	73%	
No	31	36%	56	64%	
Perineural invasion					0.760
Yes	5	39%	8	61%	
No	32	33%	64	67%	

Tabla 3. Distribución de la mutación en función de K-Ras en función del estatus tumoral.

	Tumor Site	WT	Mutated	Total	P
KRAS (colonic)	primary	53 (67%)	26 (33%)	79	-
	liver	47 (69%)	21 (31%)	68	-
	lung	4 (36%)	7 (64%)	11	0.046
KRAS (rectum)	primary	20 (65%)	11 (35%)	31	-
	liver	16 (64%)	9 (36%)	25	-
	lung	3 (50%)	3 (50%)	6	0.653

Figura 1. Curvas de supervivencia de Kaplan Meier.



Conclusiones: Nuestros resultados muestran la alta concordancia del status de *KRAS* entre tumores primarios de origen colorrectal y sus metástasis, y sugieren un peor pronóstico en tumores con mutaciones, con una menor SLE tras la resección. Los tumores con *KRAS* mutado, con significancia estadística en los de origen colónico, presentan una tendencia a metastatizar al pulmón. Este hallazgo podría ser relevante en el seguimiento de estos pacientes.

P-18

RESECCIÓN DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS EN CÁNCER COLORRECTAL (CCR): RESULTADOS EN 95 CASOS

Alejandra Gimenez, Jorge Aparicio, Roberto Díaz, Ángel Segura, Helena De la Cueva, Paula Richart, Miguel Corbellas, José García, María Fonfria, Joaquín Montalar.
Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y Objetivos: La resección quirúrgica de las metástasis hepáticas es la única posibilidad curativa en pacientes con CCR estadio IV. Al ser un procedimiento agresivo es necesaria una adecuada selección de los pacientes. Analizamos nuestra experiencia a medio plazo (metastastectomías realizadas entre 1992 y 2008.)

Materiales: Entre 1992 y 2008 se practicaron en nuestro centro 95 metastastectomías hepáticas. Hemos recogido retrospectivamente datos clínicos y patológicos.

Resultados: Había 57 hombres y 38 mujeres con una mediana de 63,5 años (40-80). Metástasis sincrónicas en 56 casos y metacrónicas en 41, con un intervalo libre de recidiva mediano de 23 meses. La mediana de diámetro máximo de las lesiones fue 30 mm (8-150). La mayoría de los pacientes tenían una lesión (53,7%). Se estratificó a los pacientes según los criterios de Fong: 16 pacientes cumplían 1 criterio, 28 cumplían 2, 29 cumplían 3 y 6 cumplían 4 ó 5. Recibieron QT neoadyuvante 45 pacientes (33%; FOLFOX) y postquirúrgica 69 (FOLFOX y Mayo los más comunes). La resección se consideró curativa en 80 casos (84%). La mediana de duración del ingreso fue de 8 días. No hubo mortalidad perioperatoria. Las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes (17%) seguidas de bilioma (5,3%) y hemorragia (4,3%). Con una mediana de seguimiento de 61 meses (6-132) se han detectado 16 recaídas (16,2%) y 40 fallecimientos (42%). La mediana de supervivencia global es de 59 meses, la supervivencia global a los 3 años del 71% y del 48% a los 5. La mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 34 meses, del 46% a los 3 años y 43% a los 5.

Conclusiones: La metastastectomía es un procedimiento seguro que consigue porcentajes de curaciones superiores al 40% a 5 años, resultado superponible a otras series publicadas. A pesar de la elevada incidencia de recidivas, la prolongada mediana de supervivencia (5 años) y el alto porcentaje de curaciones justifican esta indicación.

Víctor Moreno García*, Paloma Cejas*, Jaime Feliu*, Javier de Castro*, Cristóbal Belda*, Jorge Barriuso*, Javier Larrauri**, José Javier Sánchez***, Manuel González Baron*, Enrique Casado****.

* *Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz* ** *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz*, *** *Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Madrid* **** *Servicio de Oncología Médica Hospital Infanta Sofía.*

Introducción y Objetivos: La quimiorradioterapia neoadyuvante es el estándar actual en el tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado. El factor pronóstico más importante es el estadio patológico TNM. La respuesta tumoral al tratamiento preoperatorio (TRG: *Tumor Regression Grade*) también parece ser un factor pronóstico, aunque ningún estudio hasta la fecha ha demostrado una correlación directa del TRG con la supervivencia. Recientemente se ha comunicado un Índice Pronóstico (RPI) [M. Piperdi et al, ASCO-GI, 2009] capaz de determinar tres grupos de riesgo de recaída, de forma más precisa que los factores clásicos. El objetivo de este estudio es validar el RPI en una muestra independiente de pacientes con cáncer de recto tratado con quimiorradioterapia neoadyuvante.

Materiales: Se recogieron variables clínicas y patológicas de 145 pacientes con adenocarcinoma rectal, tratados entre 1995 y 2007. Todos habían recibido quimiorradioterapia preoperatoria (UFT-LV: 42 (29%), Basada en Oxaliplatino: 103 (71%) seguida de cirugía con escisión total del mesorrecto. La graduación del RPI se basó en la fórmula: $RPI = T(1-4) + ((N+ / Ne) \times 10) - TRG(0-4)$ Siendo N+: número de ganglios positivos; Ne: Número de ganglios examinados. Se definieron los grupos de riesgo como: bajo (<1), medio (>1 - <5) y alto (>5).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 37 meses. Según el RPI hubo 94 (65%), 36(25%) y 15(10%) pacientes clasificados en buen, intermedio y mal pronóstico respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad a los 3 años fue de: 76%(IC95% 67%-86%); 49%(IC95% 30% - 68%) y 15%(IC95% 0%-34%) para buen, intermedio y mal pronóstico respectivamente ($p < 0.001$). El análisis multivariante (Cox) también demostró un incremento del riesgo para el grupo intermedio [HR=3 (IC95% 1,6-5,8) y alto riesgo [HR=7.7 (IC95% 3,8-15,5) ($p < 0.001$)).

Conclusiones: El RPI es capaz de discriminar tres grupos de riesgo de recaída en pacientes con cáncer de recto tratado con quimiorradioterapia neoadyuvante.

P-19

VALIDACIÓN DEL ÍNDICE PRONÓSTICO RECTAL (RECTAL PROGNOSTIC INDEX: RPI) EN CÁNCER DE RECTO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA

P-20

VALOR DE LOS POLIMORFISMOS DE TS Y UGT1A EN LA PREDICCIÓN DE RESPUESTA Y TOXICIDAD A QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO

Laura Layos Romero (1), Eva Martínez-Balibrea (1), Marga Reboredo (2), Mercedes Martínez-Villacampa (3), M^a Auxiliadora Gómez-España (4), Eugenio Marcuello (5), Manuel Benavides (6), Anna Martínez-Cardús (1), Alba Ginés (1), José Luis Manzano (1).

(1) Servicio de Oncología Médica. Laboratorio de Biología Molecular del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. (2) Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. (3) Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia. Hospital Durán i Reynals. Hospitalet de Llobregat. (4) Servicio de Oncología Médica. Hospital Reina Sofía. Córdoba. (5) Servicio de Oncología Médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. (6) Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. En representación del grupo español TTD.

Introducción y Objetivos: Determinar el papel predictivo de respuesta a quimioterapia de timidilato sintetasa (TS) 5'TRP, y el efecto de diferentes polimorfismos de la UDP-glucuroniltransferasa 1A(UGT1A) sobre la toxicidad a irinotecán, en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) avanzado.

Materiales: 149 pacientes con CCR avanzado fueron tratados en primera línea con un régimen semanal de irinotecán y 5-FU a altas dosis (FUIRI), o de forma quincenal con irinotecán y 5-FU/Leucovorín (FOLFIRI) (Aranda E, Ann Oncol 20:251 2009). El ADN genómico fue extraído de sangre periférica. Se genotipó mediante discriminación alélica y secuenciación directa. Para el análisis de toxicidad/respuesta, se utilizaron los test de Chi-cuadrado, Fisher y regresión logística. Respecto a supervivencia se utilizó el análisis Log rank y regresión de Cox.

Resultados: El 58,4% de los pacientes alcanzaron una respuesta parcial o completa. El tiempo a la progresión y supervivencia global fueron de 9,15 y 24,3 meses. Respecto a TS 5'TRP, el 79,3% de los pacientes 2R/2R respondieron al tratamiento, mientras que lo hicieron el 52,5% de los pacientes 2R/3R ó 3R/3R(HR=3,5;IC95%=1,3-9,1;p=0,009). TS no se relacionó con toxicidad. Se evidenció toxicidad grado 3-4 en forma de diarrea y neutropenia en un 30,2 y 20,8%. UGT1A1*28 TA7/TA7 se relacionó con toxicidad severa al tratamiento (HR=12,7;IC 95%=3,1-51,3;p=0,001) y con diarrea (HR=4;IC95%=1,3-12;p=0,016) comparado con TA6/TA7 y TA6/TA6. Además se evidenció mayor índice de neutropenia severa (40% vs 18,8%) y necesidad de reducción de dosis (53,3% vs 38,1%). UGT1A7*3/*3 y UGT1A9-118(dt)9/9 se asociaron con diarrea severa (50% vs 27% p=0,032 y 43% vs 23% p=0,012). El análisis global de genotipos desfavorables (TA7/TA7, *3/*3 y 9/9) mostró una asociación con diarrea severa (HR=4,5; IC95%=1,3-16,3; p=0,021), neutropenia (HR=3,5; IC 95%=1 12,7; p=0,047) y con ambas(HR=12,4;IC 95% 2,8-54,2; p=0,001).

Conclusiones: Estos resultados confirman la relación entre los polimorfismos de UGT1A con toxicidad severa a irinotecán. Los genotipos de TS 5'TRP son predictivos de respuesta a 5FU combinado con irinotecán en primera línea de quimioterapia.

P-21

VALOR DEL NIVEL DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

Virginia Arrazubi*, María José Úriz**, María Luisa Antelo**, Javier Herrera***, Javier Suárez***, Cruz Zazpe***, Antonio Tarifa***, María Luisa Gómez****, José Juan Illarramendi*, Ruth Vera*.

*Servicio de Oncología Médica, **Servicio de Hematología, ***Servicio de Cirugía General y Digestiva, ****Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra.

Introducción y Objetivos: La determinación de células tumorales circulantes(CTC) es una herramienta emergente con valor pronóstico y predictivo de respuesta en distintos tumores. El objetivo de este estudio es evaluar su utilidad como factor predictivo precoz de respuesta a quimioterapia y como factor pronóstico en cirugía de metástasis hepáticas.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Variable	Categoría	Pacientes (n=30)	Porcentaje
Sexo	Hombres	17	57%
	Mujeres	13	43%
Edad	Mediana: 63 años (DE 10)		
Localización tumor primario	Colon	18	60%
	Recto	12	40%
Cirugía del tumor primario		14	47%
Tratamiento del tumor primario	QT adyuvante	7	23%
	QTRT neoadyuvante	5	17%
Diagnóstico de enf. metastásica	Metacrónica	8	26,7%
	Sincrónica	22	73,3%
Únicamente M1 hepáticas		18	60%
Cirugía de M1 hepáticas		7	23%
Quimioterapia adyuvante de M1 hepáticas		7	23%
Quimioterapia adyuvante de M1 hepáticas		7	23%
Quimioterapia de primera línea	Combinaciones con bevacizumab	5	15,6%
	Combinaciones con cetuximab	4	13,3%
	Combinaciones de quimioterapia	12	40%

Materiales: Se evalúan dos cohortes prospectivas de pacientes con cáncer colorrectal metastásico. Grupo 1: pacientes que reciben quimioterapia de primera línea; grupo 2: pacientes con cirugía de metástasis hepáticas. Se determinan las CTC mediante Cell Search™ System antes del primer y segundo ciclo de quimioterapia en el grupo 1, antes y después de la cirugía en el grupo 2 y a los 3, 6 y 12 meses en ambos. Se considera positivo nivel de CTC ≥ 2 .

Resultados:

- Desde febrero de 2009 han sido incluidos 30 pacientes (tabla 1). Mediana de CTC inicial: 3(DE 13), positivo 21 pacientes (70%)/negativo 9 pacientes(30%). En 15 de los 23 pacientes del grupo 1 se ha determinado el nivel de CTC antes y después de un primer ciclo(intervalo de tiempo: mediana de 14 días, DE 4). Después de un ciclo fue positivo en 9 pacientes(60%)/ negativo en 6 pacientes(40%). El 13% pasó de negativo a positivo y el 40% de positivo a negativo.
- 7 pacientes han sido operados por metástasis hepáticas (grupo 2), en 5 de ellos se evaluó el nivel de CTC previo y posterior a la cirugía y en 3 el nivel aumentó tras la intervención.
- Es necesario mayor seguimiento para evaluar su asociación con la respuesta y la supervivencia, se dispondrá de datos actualizados para octubre/2009.

Conclusiones: En el 53% de los pacientes el nivel de CTC cambia tras un primer ciclo de quimioterapia. En los pacientes intervenidos por M1 hepáticas el nivel de CTC aumenta tras la cirugía en más de la mitad de los casos.

P-22

ANÁLISIS DE LOS POLIMORFISMOS DE LA TIMIDILATO SINTETASA (TS) 5'TRP Y 5'SNP Y DEXRCC1, Y SU INFLUENCIA EN EL INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON (CC) ESTADÍOS II-III TRATADOS EN RÉGIMEN ADYUVANTE CON 5 FLUOROURACILO (5FU)/LEUCOVORIN \pm OXALIPLATINO (LV5FU2 VS FOLFOX4) (EXPERIENCIA DEL GRUPO TTD)

J.L. Manzano, T. Macarulla, R. Salazar, F. Rivera, M. Benavides, J. Sastre, J. Gallego, E. Aranda, A. Antón, E. Martínez Balibrea.

(1) Hospital Germans Trias i Pujol ICO Badalona. (2) Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona (3) Hospital Durán i Reynals ICO Bellvitge, Hospitalet de Llobregat (4) Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. (5) Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga. (6) Hospital Clínico San Carlos, Madrid. (7) Hospital General de Elche, (8) Hospital Reina Sofía, Córdoba, (9) Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción y Objetivos: La actividad de 5FU y Oxaliplatino, puede ser modificada por determinados polimorfismos de TS en el caso de 5FU, y XRCC1 de Oxaliplatino. Este conocimiento podría ser utilizado para personalizar el tratamiento.

Materiales: Se han determinado polimorfismos de TS, 5'TRP, 5'SNP, y XRCC1, analizándose su relación con intervalo libre de enfermedad (ILE) y supervivencia global (SG) a 6 años de seguimiento mínimo en 216 pacientes (P) estadios II-III tratados en adyuvancia con LV5FU2 o FOLFOX4.

Resultados: Para ambos grupos los P con genotipos de baja expresión de TS muestran mejor ILE a 6 años, 83% frente a 76% para alta expresión. Si analizamos la SG, es mejor para los de baja expresión 88% frente al 83% de alta expresión. La SG en el subgrupo que recibieron LV5FU2 es del 83% para alta expresión frente al 87% con baja expresión de TS. Para el subgrupo de FOLFOX4 el ILE en el genotipo de baja expresión alcanza el 88% frente al 73% de alta expresión. En este grupo la SG para baja expresión alcanza el 89% frente al 82% para alta expresión. Analizados conjuntamente el genotipo TS y polimorfismo XRCC1 en el grupo tratado con FOLFOX, el ILE alcanza diferencias significativas del 19%, 86% para grupo favorable y 67% para no favorable($p=0.04$), siendo la SG, 90% para grupo favorable y 72% para no favorable($p=0.04$). En el análisis conjunto de TS SNP-XRCC1 el esquema FOLFOX parece ser superior en ILE y SG.

Conclusiones: En el subgrupo tratado con FOLFOX4, los polimorfismos favorables señalan ILE y SG significativamente mejor. La comparación entre esquemas FOLFOX4 Y LV5FU2, muestra una clara tendencia a mejor ILE y SG para los P que presentan polimorfismo favorable, invirtiéndose esta tendencia, cuando no existe ningún polimorfismo favorable. Estos resultados obligan a seguir desarrollando estudios de personalización del tratamiento basados en polimorfismos.

P-23

ANÁLISIS DEL POLIMORFISMO XPO5 EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL (CCR) METASTÁTICO

M^a José Ortiz Morales, M^a Auxiliadora Gómez, José Carlos Villa, Ruth Zárate*, Gema Pulido, Jerónimo Jiménez, M^a Teresa Cano, Juan de la Haba, Jesús García-Foncillas*, Enrique Aranda.

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. *Laboratorio de Farmacogenómica CIMA de Navarra.

Introducción y Objetivos: Los microRNA (miRNAs) son pequeñas moléculas de RNA que intervienen en la regulación de los genes de expresión.

Los mecanismos que alteran la expresión de miRNAs son similares a aquellos que cambian los niveles de expresión de los oncogenes y genes supresores del tumor. El gen exportina 5 (XPO5), media el transporte proteico y la carga genética entre compartimento celulares. El CCR metastatiza con gran frecuencia en hígado y pulmón; teniendo dichas localizaciones implicación pronóstica y terapéutica. Las variaciones en la expresión de los miRNAs puede estar explicada por variaciones en la secuencia de sus nucleótidos tipo SNPs. Estos polimorfismos intervienen en la localización de la enfermedad metastásica. **Objetivo:** Identificar la asociación entre el polimorfismo (SNP) en el gen XPO5 y la localización metastásica en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Materiales: Se han seleccionado 36 pacientes con diagnóstico de CCR metastásico, de los cuales se tiene material biopsico del tumor primario y de la metástasis. Previo consentimiento informado, se extrae el DNA de sangre periférica de los pacientes. Se ha analizado el polimorfismo del gen XPO5 rs11077 mediante discriminación alélicas en la PCR real time 7300. Para ello se ha utilizado el assay C__3109165_1_ (Applied biosystem).

Resultados: La edad media es de 61 años (39-79). 61% son varones y 38,9% mujeres. El 86,1% tiene localización metastásica en hígado y el 54,3% en pulmón. De los pacientes que presentan exclusivamente metástasis hepáticas el 80% presentan fenotipo TT para XPO5, mientras que el fenotipo GG-GT es expresado solo en el 40% de ellos, dicho resultado es estadísticamente significativo ($p < 0,03$).

Conclusiones: El fenotipo TT para el gen XPO5 es más frecuente en pacientes con CCR y afectación metastásica a nivel hepático.

P-24

COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR ENTRE LAS DIFERENTES ÁREAS IMPLICADAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLO-RECTAL. LA IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE ONCÓLOGOS Y CIRUJANOS

Juan Torres Melero, Piedad Reche Molina (*), Ana Fernández-Freire Leal (*), Ana Jaén Morago (**), Nuria Cárdenas Quesada (**), Manuel Benavides Orgaz (***), Vanesa Gutiérrez Calderón (***), Begoña Medina (*), José Luis García Puche (****).

JTM. Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería; () Servicio de Oncología Médica. Hospital Torrecárdenas, Almería; (**) Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Jaén; (***) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Carlos*

*Haya, Málaga; (****) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

Introducción y Objetivos: En la actualidad, la carcinomatosis peritoneal (CP) de origen colo-rectal debemos considerarla como una enfermedad locorregional y no sistémica, susceptible de tratamiento quirúrgico (citorreducción y quimioterapia intraperitoneal con hipertermia, CC +HIPEC) para, en un grupo seleccionado de pacientes, lograr un aumento significativo de la supervivencia. Es muy importante desarrollar un programa concreto y específico para la implantación de este tratamiento que permita una estrecha y correcta coordinación entre los diferentes profesionales que constituyen las Unidades-Programas de Carcinomatosis Peritoneal, especialmente entre oncólogos y cirujanos. El propósito de este trabajo es exponer el algoritmo de actuación multidisciplinar del Programa de Carcinomatosis del Hospital Torrecárdenas de Almería en el tratamiento de las pacientes con CP (primaria y metacrónica) por carcinoma de colorrectal. Mostramos los algoritmo de toma de decisiones (diagnósticos y terapéuticos) así, como nuestros resultados.

Materiales: Una vez diagnosticado el paciente con CP por carcinoma colo-rectal, se inicia un algoritmo de actuación multidisciplinar que implica a un grupo determinado de profesionales sanitarios (oncólogos, cirujanos, enfermería, etc). Población de estudio: 25 pacientes intervenidos en nuestra Unidad.

Resultados: Describiremos las necesidades básicas y específicas implicadas en el diagnóstico y tratamiento (diagramas de actuación). Hemos intervenido 28 pacientes con CP (8 sincrónicos y 20 metacrónicos); PCI <20 en 20 pacientes. Intervalo libre de enfermedad superior al año en 12 pacientes. Mostrados nuestra tasa de supervivencia, supervivencia media y morbi-mortalidad, entre otros datos de interés.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la carcinomatosis peritoneal de origen colo-rectal es un claro ejemplo de la necesidad de una coordinación estrecha entre las diferentes disciplinas (médico-, quirúrgicas y de enfermería) para poder obtener los mejores resultados terapéuticos. Por su complejidad, este tratamiento combinado sólo debe llevarse a cabo por equipos multidisciplinarios experimentados, cohesionados y expresamente formados.

P-25

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ASOCIACIÓN DE IRINOTECÁN-CETUXIMAB - BEVACIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN PACIENTES POLITRATADOS CON CÁNCER COLO-RECTAL METASTÁSICO (CCRM)

Jaime Feliu Batlle*, Eugenio Cuadrado**, Javier Castro*, Trinidad Caldés**, Cristóbal Belda*, Javier Sastre**,

Jorge Barriuso*, Virginia Martínez*, Manuel González-Barón*, Eduardo Díaz-Rubio**.

* Servicio de Oncología Médica del H. Universitario La Paz de Madrid. ** Servicio de Oncología Médica del H. Clínico San Carlos de Madrid.

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia de Irinotecán - Cetuximab - Bevacizumab como tratamiento de rescate en pacientes con CCRm politratado.

Materiales: Se incluyeron 39 pacientes con CCRm, previamente tratados tanto con irinotecán como con oxaliplatin. El 54% habían recibido previamente esquemas con Cetuximab, 21% con bevacizumab y 18% con ambos. Edad: 61(36-82), H/M: 22/17. EGOG 0/1/2: 5/26/8. KRAS: mutado 15(38%), nativo 22 (57%), no determinado 2 (5%). Número de líneas previas de tratamiento: 3 (2-6). Esquema terapéutico: Irinotecán 180 - 200 mg/m²/14d, Cetuximab 400 mg/m², seguido semanalmente de 250 mg/m², y bevacizumab 5 mg/kg. Ciclos cada 2 semanas.

Resultados: Media de ciclos/paciente 13 (4-26). 24 (62%) pacientes sufrieron toxicidad G3-4: rash 11 (28%), neutropenia 9 (23%), diarrea 9 (23%), hipomagnesemia 4 (10%), astenia 3 (8%), TVP 3 (8%) trombopenia 2 (5%) y mucositis 2(5%). Además hubo 3(8%) episodios de TVP. Respuestas: RP:8 (20.5%), EE:26 (66.5%) y Progresión 5(13%). RC+RP+EE: 87% (95% IC: 95.6-72.4). Tasa de respuesta en KRAS nativo: 6/22 (27%) y entre los mutados 2/13(15.3%). La mediana de TLP fue de 8m (6.6-9.4) y 12m la de SG.

Conclusiones: En pacientes seleccionados politratados, la combinación de Irinotecán - Cetuximab - Bevacizumab es activa, especialmente en pacientes con tumores K-RAS nativo.

P-26

FACTORES PRONÓSTICO EN RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

Virginia Arrazubi*, Lucía Teijeira*, Javier Herrera**, Cruz Zazpe**, Antonio Tarifa**, Nuria Láinez*, Maite Martínez*, Idoia Morilla*, Berta Hernández*, Ruth Vera*.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital de Navarra. **Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Navarra.

Introducción y Objetivos: La cirugía de metástasis hepáticas en cáncer colorrectal (CCR) aumenta la supervivencia. El objetivo de este estudio es analizar los factores pronóstico en esta situación.

Materiales: Se han incluido 120 pacientes consecutivos tratados en la Unidad de Tumores Hepatobiliares del Hospital de Navarra (1993-2008) diagnosticados de metástasis hepáticas por CCR. Se ha realizado un análisis descriptivo

y calculado la mediana de supervivencia global (Kaplan-Meier) y los factores relacionados con ésta mediante análisis univariado (log rank test) y multivariado (regresión de Cox).

Resultados:

- Mediana 62±10 años (30,8% > 70 años; 65% hombres). Colon 70%/recto 30%; 56% afectación ganglionar locorregional. Diseminación hepática sincrónica en 68 pacientes (56,7%) y unilateral en 77 (64%). 84 pacientes tenían 3 o menos lesiones.
- El 29% de los pacientes recibió tratamiento quimioterápico neoadyuvante (mediana: 3 meses), en 21 pacientes por irreseccabilidad y en 14 por factores de mal pronóstico. 77 pacientes recibieron quimioterapia adyuvante.
- Se realizó resección hepática en 115 pacientes, en 12 fue necesaria embolización portal, en 9 cirugía en dos tiempos y en 10 radiofrecuencia. Catorce pacientes presentaban enfermedad extrahepática (en 12 cirugía completa). En 25 pacientes se realizó un segundo rescate quirúrgico hepático tras la progresión y en 4 un tercero.
- Con seguimiento de 30 meses, 57 pacientes vivos, 45 de ellos libres de enfermedad. Mediana de supervivencia: 44 meses desde el diagnóstico de la enfermedad metastásica y 59 meses del tumor primario.
- En el análisis univariado fueron factores asociados a la supervivencia: edad, adenopatías locorregionales, cirugía completa y quimioterapia. En el análisis multivariado la cirugía completa (HR =0.49; p = 0.014) y quimioterapia (HR = 0.47; p = 0.019) se asociaron de forma independiente con aumento de la supervivencia global.

Conclusiones: En pacientes con CCR y metástasis hepáticas conseguir cirugía completa y recibir tratamiento quimioterápico se asocian con aumento en la supervivencia.

P-27

LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL COSTE EFICIENCIA: ANÁLISIS DE LA MUTACIÓN K-RAS Y TRATAMIENTO CON CETUXIMAB EN PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO.

Bartomeu Massuti Sureda (*), Amparo Burgos (**), Anabel Sánchez-Spitman (**), Ana Yuste Izquierdo (*), Elena Peña Zurdo (*), Rosana Montoyo Antón (*), M^a Carmen Gozalvez Manzanera (*), M^a Ángeles Cia Barrio (**), Cristina Bas (****). Hospital General Universitario Alicante. Oncología Médica (*), Farmacia (**), Farmacia Hospital Marina Baixa (**), Merck Serono España (****).

Introducción y Objetivos: Los nuevos tratamientos biológicos aprobados para el tratamiento del cáncer colorrectal

avanzado suponen un incremento de costes y un significativo impacto presupuestario. La individualización terapéutica requiere costes adicionales pero permite seleccionar los pacientes con un mayor beneficio terapéutico.

Objetivo: Analizar separadamente el coste-beneficio en la población global o seleccionada permite valorar adecuadamente el coste-eficiencia de la actuación sanitaria global.

Materiales: Métodos: Cálculo coste total mensual (euros) del tratamiento QT en población global o seleccionada. Modelo económico sobre Unidades de Oncología Médica en hospitales públicos España. Costes incluidos: fármaco (por mg, SC 1.7 m²), dispositivos de infusión-reservorios, test moleculares, costes de preparación de los tratamientos, tiempo médico, de enfermería y farmacéutico, (salario medio horario). Costes no incluidos: premedicación, tratamiento de efectos secundarios, desplazamientos, amortizaciones, costes indirectos e intangibles. Aplicación del modelo a los resultados de tiempo en tratamiento y supervivencia del estudio que combina Cetuximab con irinotecan y 5FU (CRYSTAL) (NEJM 2009;360:1408-1417).

Resultados: Los costes de fármacos suponen el 25.8% del coste total para FOLFIRI y el 89.7% para FOLFIRI-Cetuximab. El coste mensual del tratamiento con FOLFIRI es 526.95 € y 4506.3 € para FOLFIRI-Cetuximab. Los costes del test mutacional para k-ras suponen el 38% del coste mensual (FOLFIRI) y el 4.5% (FOLFIRI-Cetuximab). Para pacientes no seleccionados el coste incremental de la adición de Cetuximab a FOLFIRI supone 119.139 € por año de vida ganado (AVG). Para pacientes con k-ras nativo la adición de Cetuximab y la repercusión de los costes del test mutacional realizado a la población general determinan que el coste por AVG se sitúe en 39.713 €.

Conclusiones: La individualización de tratamiento para Cetuximab en el CCR avanzado basado en el test mutacional de k-ras incrementa el coste-eficiencia de la intervención terapéutica y el coste por AVG se sitúa en el rango de intervenciones sanitarias aceptadas en el análisis farmacoeconómico.

P-28

ANÁLISIS DEL VALOR PRONOSTICO DE FACTORES CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES AFECTOS DE CÁNCER DE RECTO.

María Plana Serrahima (1), Berta Laquente Sáez (1), Adriana López-Doriga (2), Mercedes Martínez Villacampa (1), Cristina Santos Vivas (1), María Cambay (3), Alex Teulé Vega (1), Gemma Soler (1), Sebastiano Biondo (4), Ramón Salazar (1).

(1) Servei d'Oncologia Medica, Hospital Durán y Reynals, Institut Català d'Oncologia Medica-IDIBELL (2) Unitat de Bioinformàtica y Bioestadística, Institut Català d'Oncologia-IDIBELL, (3) Servei d'Oncologia Radioterapica Hospital Durán y Reynals, Institut Català d'Oncologia Medica-IDIBELL (4) Servei de Cirurgia General Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción y Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar el impacto pronóstico de factores clínico-histopatológicos sobre la supervivencia global (SG) y libre de recaída (SLR) en una serie de pacientes con cáncer de recto (CR).

Materiales: Se estudiaron 887 pacientes diagnosticados de CR, entre los años 1996 y 2006: 179 estadio I, 260 estadio II, 308 estadio III y 140 estadio IV. La media de edad fue 64.67 años. La cirugía fue radical (R0) en 98%, 94% y 93% de los pacientes con estadio I, II y III respectivamente, con una media de ganglios aislados de 15. Un 4% fue cirugía urgente por oclusión/perforación en estadio III y un 2% en el II. Un 80% de los pacientes con estadio II-III recibieron quimio-radioterapia neoadyuvante con esquemas con fluoropirimidinas. Se realizó análisis de supervivencia por Kaplan-Meier y regresión de Cox para las variables de edad, indicación y tipo de cirugía, integridad del mesorrecto, márgenes quirúrgicos invadidos, estadio, grado tumoral, invasión vascular/perineural y grado de respuesta tumoral.

Resultados: En el análisis preliminar de los pacientes intervenidos de forma radical (R0), la SLR a los tres años ajustando por estadio fue del 86% para los estadios I-II y 65% para el estadio III HR 2.39 (1.74-3.29). La SG fue 90% en los estadios I y II, 75% en estadio III HR 2.08 (1.5-2.88). Los factores: estadio, invasión vascular y nivel de CEA ≥ 5 , presentaron significación estadística en el análisis de regresión de Cox en SG (sig<0,05).

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares son similares a los publicados en cuanto al valor pronóstico de la estadificación, invasión vascular y CEA. Se presentarán los resultados definitivos del análisis multivariado de toda la serie para SG y SLR estratificados por estadio y por modalidad de tratamiento combinado. Se evaluará el valor pronóstico del grado de respuesta tumoral después del tratamiento neoadyuvante.

P-29

CETUXIMAB BISEMANAL + IRINOTECAN EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO (CCRA) TRAS PROGRESIÓN A FLUORPIRIMIDINAS (FP), OXALIPLATINO E IRINOTECAN

Vicente Alonso-Orduña, M^a José Agustín*, M^a José Lecumberri, Irene Gil, Julia Madani, Teresa Puertolas, Roberto Pazo, Verónica Calderero, Juan Lao, Antonio Antón. Servicio de Oncología Médica. *Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y Objetivos: Cetuximab es un anticuerpo quimérico IgG1 dirigido contra EGFR, con actividad en CCRA. Su administración es semanal (dosis de carga

400 mg/m² y 250 mg/m²/semanal). Aunque es un fármaco activo, la administración semanal no se ajusta a los esquemas de quimioterapia utilizados en CCRA. Estudios previos han demostrado que la administración bisemanal muestra similar perfil farmacocinético, actividad antitumoral y toxicidad que la administración semanal.

Materiales: Entre Diciembre-2006 y Noviembre de 2008 se incluyeron 60 pacientes con CCRA que habían progresado a esquemas de tratamiento con FP, Oxaliplatino e Irinotecan. Esquema de tratamiento: Cetuximab 500 mg/m² en infusión de 120 minutos + Irinotecan 180 mg/m² en infusión de 60 minutos cada 14 días.

Resultados: 25 varones y 35 mujeres. Mediana edad 61 años (39-82). Mediana PS (ECOG) 1. Localizaciones metastásicas: 1.-12p, 2.-24p, 3.- 18p, >3.- 6p. Todos los pacientes habían recibido tratamiento con FP, oxaliplatino e irinotecan. 50% pacientes habían recibido Bevacizumab. La determinación de K-ras se realizó en 13 pacientes (desde Julio 2008). Líneas de tratamiento previo: 2.- 40p, 3.- 20p. Se administraron un total de 483 ciclos (mediana 8/paciente). 58 pacientes son evaluables para respuesta (1 no evaluable por reacción infusional grave, 1 no evaluable por muerte precoz no relacionada con el tratamiento). Tasa de respuestas 21,6% (1 completa y 12 parciales CI 95% 11,2-32,0%). Enfermedad estable en 20 p (33,3%). Tasa control enfermedad 54,9%. Progresión de enfermedad en 25 pacientes. Mediana de TTP 3,6 meses (0,8-28,2). Mediana de supervivencia 7,9 meses (0,8- 36). Mediana duración respuesta 4,8 meses. Toxicidad G3-4 (CTC v3.0): reacción infusional 1p (1,6%). Diarrea 10%, Cutánea 8,3%, Astenia 5%, Neutropenia 5%, Anemia 3,3%.

Conclusiones: La administración de bisemanal de la combinación Cetuximab- Irinotecan muestra similares resultados en términos de eficacia y seguridad que la administración semanal, con mayor comodidad para el paciente y menor consumo de recursos hospitalarios.

P-30

DETERMINACIÓN DEL POLIMORFISMO UGT1A1*28 DE LA UDP-GLUCURONOSILTRANSFERASA Y ANÁLISIS DE LA TOXICIDAD EN PACIENTES CON CARCINOMA COLORRECTAL (CCR) METASTÁSICO TRATADOS CON IRINOTECAN

Antonio Calles Blanco, Javier Sastre, Marta Vidaurreta*, María Luisa Maestro*, Andrea Irlas, Juan Francisco Rodríguez, Ana Belén Custodio, Jana Bobokova, José Ángel García-Sáenz, Eduardo Díaz-Rubio.

*Servicio de Oncología Médica y *Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.*

Introducción y Objetivos: SN-38 es el principal metabolito activo del CPT-11. Su metabolización por UDP-glucuronosiltransferasa (UGT) parece estar asociada a la toxicidad. La variante alélica UGT1A1*28 consiste en 7 repeticiones de la secuencia TATA de la región promotora de UGT1A1 en lugar de las 6 de la secuencia *wild-type*. Esta copia adicional reduce su actividad enzimática. El objetivo es analizar la toxicidad inducida por CPT-11 en pacientes con CCR metastásico según el genotipo UGT1A1*28.

Materiales: Se determinó el polimorfismo UGT1A1*28 a partir del DNA extraído de sangre total usando DNeasy Blood & Tissue Kit (Qiagen) y posterior secuenciación (ABI Prism377) con Genescan y el software Genotyper. La toxicidad fue recogida según criterios NCI-CTCv3.0. La asociación entre variables se evaluó con el test de χ^2 , la prueba exacta de Fisher, test de Kruskal-Wallis y test de la mediana.

Resultados: Se analizaron 94 muestras, 6 fueron homocigotos mutados TA7/TA7 (6,4% IC 2,5-14%; p<0,05). Sólo 25 pacientes recibieron CPT-11 y fueron válidos para el análisis. Tres pacientes fueron homocigotos UGT1A1*28, desarrollando toxicidades más graves y precoces (Tabla 1). La única muerte tóxica ocurrió en este grupo. Hubo mayores requerimientos de hospitalización (TA6/TA6:32%; TA6/TA7:32% vs. TA7/TA7:67%) y uso de G-CSF (p=n.s.). Los pacientes heterocigotos TA6/TA7 sufrieron más retrasos o reducciones de dosis por toxicidad (67% vs. 15% TA6/TA6 y 33% TA7/TA7).

Tabla 1. Incidencia de toxicidad según genotipo UGT1A1

	TA6/TA6 n=10	TA6/TA7 n=12	TA7/TA7 n=3	P
Leucopenia (G 3-4)	1(10%)	4(33%)	2(67%)	0,072
Fiebre neutropénica	1(10%)	3(25%)	2(67%)	0,064
Diarrea (G 3-4)	1(10%)	5(42%)	2(67%)	0,094
Astenia (G 3-4)	1(10%)	-	2(67%)	0,018

Conclusiones: La determinación del polimorfismo UGT1A1*28 es factible y reproducible. Su incidencia en nuestro medio se asemeja a la descrita en otras series. Parece existir una relación con la toxicidad inducida por CPT-11 que precisa ser estudiada en una población mayor.

P-31

ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE DOS ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO EN CÁNCER DE COLON

Esther Uña Cidón*, Francisco López-Lara** .

**Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid **Servicio de Radioterapia y Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y Objetivos: El seguimiento de pacientes con cáncer de colon (CC) se considera estándar, pero el costo de los exámenes para los pacientes sometidos a cirugía potencialmente curativa es considerable. Pretendemos realizar una evaluación de dos estrategias de seguimiento del CC en nuestro Hospital desde el punto de vista del coste-efectividad.

Materiales: Estudio retrospectivo de 73 pacientes sometidos a cirugía curativa entre enero 2000 y diciembre 2001. Se dividieron en dos grupos. Grupo 1/estándar: CEA, historia, examen físico cada 3-4 meses dos años; luego semestral dos años, anual el quinto. Ecografía semestral dos años, anual tres años. Colonoscopia cada 3 años. Radiografía de tórax cada 6-12 meses cinco años. Grupo 2/mínimo: CEA, historia, examen físico cada 6-12 meses tres años; anual dos años. Ecografía anual dos años. Colonoscopia cada 5 años. Radiografía de tórax cada 6-12 meses 1 año. Analizamos los costes desde la perspectiva hospitalaria aplicando coeficientes de coste del 2005 y efectividad de pruebas de seguimiento en ambos grupos.

Resultados: Mediana edad 69 (35-84). 36% CC distales, 23% proximales. 43 bien diferenciados. 66% hombres. Estadío II 48,5%; estadío III el 35,5%. Mediana ganglios analizados: 5 (0-34). 56% quimioterapia adyuvante). A los 60 meses de seguimiento: 62% libres de recidiva. 28 recurrencias; reintervenciones radicales: 3 / 15 Grupo 1 y 1 / 13 Grupo 2. Media supervivencia: grupo 1/2: 46/37 meses. Coste global: 191,131. Media coste/paciente 2.618 euros. CEA: 35.430/11.577 Grupo 1 y Grupo 2. Ratio coste-efectividad media (RCE) 25.334/24.334 en grupo 1/2. Ratio coste-efectividad incremental (RCEI) 26.500. RCE para CEA: 2.724/1.542 para grupo 1/2. RCEI 16.342. No supervivientes 5 años tras recidiva si detección por examen físico, radiografía torax o ecografía.

Conclusiones: La modalidad de seguimiento mínimo ha resultado ser la más coste-efectiva en nuestro estudio. La única prueba coste-efectiva en el seguimiento de CC en nuestro estudio ha sido la monitorización periódica de CEA. Consideramos necesario plantear un estudio prospectivo bien diseñado para extraer conclusiones definitivas.

P-32

ESTUDIO DEL VALOR PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DE REGULADORES DEL CICLO CELULAR (P53, CICLINA D1, P21, P27) Y KI-67 EN CÁNCER DE COLON ESPORÁDICO

Cristóbal Gaspar Martínez, Laia Bernet, Rafael Cano, José M. Tenias, Juana Rodríguez, Milagros López, Juan M. de las Heras, Miguel Soler.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de la Ribera.

Introducción y Objetivos: Alteraciones de las proteínas reguladoras del ciclo celular están implicadas en la carcinogénesis colorrectal y pueden ser predictores del curso evolutivo de la enfermedad. Desarrollamos un estudio retrospectivo con objeto de analizar la expresión de los biomarcadores, relación con parámetros convencionales y valor pronóstico.

Materiales: Se han estudiado 123 muestras de pacientes con carcinoma de colon esporádico histologicamente confirmado en estadios I-IV de la clasificación TMN. Todos los pacientes fueron tratados mediante cirugía inicial y quimioterapia (QT) adyuvante basada en FPs por estadios y factores de riesgo. La expresión de marcadores tumorales fue analizada por técnicas de inmunohistoquímica en tejidos FEPP con AcMo específicos: p53 Clon D07; ciclina D1 DCS6; p21 SX118; p27 SX53G8 y Ki-67 MIB1, respectivamente y evaluados por método semicuantitativo (scores 0-3).

Resultados: p53 fue positiva en 78 tumores (63.4%), ciclina D1 en 48 (39%), p21 en 26 (21.1%), p27 en 46 (37.4%) y Ki-67 en 75 casos (61%). No observamos correlación alguna entre biomarcadores y los parámetros pronósticos convencionales (test χ^2 ; $p > 0.05$). La expresión de ciclina D1 se correlacionó con p21 y p27 (test de Spearman; $p < 0.007$) sin ninguna otra relación con p53 o Ki-67. No encontramos una asociación significativa entre los diferentes biomarcadores para ILE ni SG ni en toda la cohorte estudiada ni por subgrupos tratados con QT (log-rank test; $p > 0.20$). En el análisis multivariante fueron factores pronósticos independientes la edad, grado de diferenciación, ILV, CEA sérico, afectación N, M y estadío global (modelo de Cox; $p < 0.009$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, las proteínas reguladoras de ciclo celular estudiadas se comportaron como variables independientes de los parámetros clínicos convencionales pero ninguno de ellos alcanzó valor pronóstico significativo.

P-33

ESTUDIO PILOTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA (VC) EN CÁNCER DE RECTO

Esther Uña Cidón (1), Francisco López-Lara (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2) Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: El cáncer colorrectal es el segundo en incidencia y mortalidad. La mayoría se localizan en recto. En nuestro Hospital observamos una incidencia de 80-100 casos nuevos/año. La ausencia de protocolos conlleva significativa variabilidad clínica. Esto motivó la elaboración de una Vía Clínica (VC) basada en análisis del proceso, adaptación a peculiaridades organizativas y disponibilidad de recursos de nuestro Hospital de la Guía Práctica Clínica (GPC) editada por la Junta de Castilla y León. El objetivo es disminuir variabilidad en abordaje terapéutico del cáncer de recto (CR) e incrementar la efectividad clínica y la satisfacción de los pacientes.

Materiales: El equipo de elaboración de VC se reunió durante 6 meses. La VC se inicia tras captar al paciente con síntomas o tras diagnóstico por screening. Se consideraron sujetos de estudio a todos los pacientes ≥ 18 años con CR en nuestro Hospital desde la implantación de VC.

Resultados: Previa a la VC: intervalo de tiempo excesivo entre colonoscopia diagnóstica y primer tratamiento. Número de pacientes con diagnóstico de extensión a distancia adecuado inferior al 40%. Estadificación local/regional imprecisa. RNM pélvica previa 9% de casos y TAC pélvico el 17%. Tasa de tratamientos neoadyuvantes muy baja y también cirugía salvadora de esfínteres.

La protocolización homogeneiza cada paso del proceso, diferencia responsabilidades de cada profesional, asegura utilización óptima de recursos, reduce tiempos de espera entre diferentes fases, mejora coordinación multidisciplinaria e interprofesional y mayor implicación en búsqueda de excelencia. Tras implantación de VC todos estos parámetros mejoraron incluída satisfacción de pacientes (Ver tablas 1 y 2).

Tabla 1. Satisfacción de los pacientes.

ENCUESTA	SI	%	NO	N
¿Considera adecuados los plazos de espera desde el diagnóstico hasta el inicio de los tratamientos?	4	80%	1	5
¿Considera satisfactoria la información recibida en cada momento del proceso?	3	60%	2	5
¿Le parece adecuado el tiempo que ha permanecido ingresado?	5	100%	0	5
¿Considera la atención prestada adecuada a sus necesidades?	4	80%	1	5
¿Considera satisfactoria la atención recibida en global?	4	80%	1	5

Conclusiones: La inclusión en VC asegura adecuado cumplimiento de tiempos de espera en cada fase del proceso y la realización de las pruebas diagnósticas y tratamientos más soportados por la evidencia científica. Supone una reducción de variabilidad evitable y la homogeneización de procedimientos con optimización de recursos. Mejora la percepción de los

pacientes y logra altos porcentajes de satisfacción. Estudio financiado por Orden SAN/1817/2008 de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

Tabla 2. Diferencias VC-periodo preVC.

	Pre VC	Tras VC	diferencias
INFORMES PATOLÓGICOS:			
información deficiente/ausente:			
Grado histológico	23%	0%	+*
Tamaño del tumor	58%	0%	
Márgenes	41%	0%	+
TNM	69%	0%	
Astler y Coller	25%	100% se abandonó	+
TNM y Astler y Coller	29%		
Invasión vascular, linfática o perineural	79%		+
Ganglios analizados:		0%	
No menciona ganglios	16%		
No se han aislado	19%	0%	+
Análisis de < 12 ganglios	87%	0%	+
Análisis de ≤ 3 ganglios	31%	89,9%	-
		0%	+
TTO NEOADYUVANTE			
RT hipofraccionada	31%	0%	+
Quimiorradioterapia	2%	71,5%	+
CUMPLEN LOS INTERVALOS DE TIEMPO:			
1ª visita Digestivo-Colonoscopia	20%	100%	+
Biopsia -resultado patológico	18%	100%	+
Colonoscopia diagnóstica-inicio tto	27%	33,3%	+
1ª visita en Digestivo-inicio del tto	20%	33,3%	+
1ª visita en Cx-cumplimentación pruebas extensión	23%	44,4%	+
1ª visita en Cx-1ª visita en Oncología Médica	65%	100%	+
Oncología Médica			
1ª visita en Cirugía-inicio del tto	57%	44,4%	-
Tiempo estancia hospitalaria	67%	71,5%	+
Fecha última sesión RT neoadyuvante-Cirugía	43%	100%	+

P-34

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE VARIABLES CLÍNICO - PATOLÓGICAS CANDIDATAS A FACTOR PRONÓSTICO EN CÁNCER DE COLON ESTADÍO II Y ESTADÍO III

Cristina Santos Vivas (1), Adriana López-doriga (2), María Ochoa de Orza (1), Berta Laquente Sáez (1), Mercedes Martínez Villacampa (1), Alex Teulé Vega (1), Gemma Soler (1), Sebastiano Biondo (4), Matilde Navarro (1), Ramón Salazar (1).

(1) *Servei d'Oncologia Medica, Hospital Durán y Reynals, Institut Català d'Oncologia Medica-IDIBELL* (2) *Unitat de Bioinformàtica y Bioestadística, Institut Català d'Oncologia IDIBELL*, (3) *Servei d'Oncologia Radioterapica Hospital Durán y Reynals, Institut Català d'Oncologia Medica-IDIBELL* (4) *Servei de Cirurgia General Digestiva, Hospital Universitario de Bellvitge*.

Introducción y Objetivos: El objetivo del estudio es evaluar el impacto pronóstico de factores clínico-histopatológicos sobre la supervivencia global (SG) y libre de recaída (SLR) en una serie de pacientes con cáncer de colon (CC) estadio II y III.

Materiales: Estudio retrospectivo que incluye los pacientes intervenidos de CC entre enero de 1996 y diciembre de 2006. Se han incluido 621 pacientes estadio II y 523 pacientes estadio III. Estimamos la supervivencia libre de recaída (SLR) y la supervivencia global específica (SGE) a 36 meses mediante modelos de regresión de Cox y por Kaplan – Meyer.

Resultados: En el grupo de estadio II, 457 fueron cirugías electivas (73%); 66 eran grado histológico alto (11%); 41 casos presentaban invasión venosa (8%); en 63 había invasión linfática (11%); en 14 había invasión perineural (2%); 96 casos eran T4 (16%); 173 pacientes tenían < 13 ganglios resecaados (29%); 132 presentaban CEA prequirúrgico ≥ 5 (21%), 230 tenían CEA < 5 (37%) y en 362 no se había determinado (42%). En el análisis univariado para SLR, se observaron diferencias significativas en la indicación de la cirugía, en la localización de la neoplasia, en la invasión vascular/perineural y en T4. En cuanto a SGE, la indicación de cirugía, la invasión vascular/perineural y T4 se asociaban a peor pronóstico. En el análisis multivariado para SLR resultaron factores pronóstico independientes la indicación de cirugía urgente ($p = 0.0015$), la invasión vascular/perineural ($p = 0.032$), el número de ganglios aislados < 13 ($p = 0.0016$) y T4 ($p = 0.022$).

Conclusiones: Hemos observado que la presentación como cirugía urgente, la invasión vascular/ perineural, el número de ganglios aislados y T4, pero no el grado histológico, tienen asociación con la SLR en CC estadio II, en

contraste con algunas recomendaciones consensuadas. Se presentarán también los resultados del análisis en estadio III siguiendo los mismos procedimientos.

P-35

IMPACTO DE LA PET/TC CON 18F-FDG EN LA TOMA DE DECISIÓN CLÍNICA EN EL CÁNCER COLORECTAL

Laia Garrigós Cubells*, Álvaro Taus*, Manel Gallén*, Carlos Trampal**, Clara Montagut*, Alejandro Martínez*, Sonia Servitja*, Laura Lema*, Joan Albanell*, Joaquim Bellmunt*.

* *Servei d'Oncologia Mèdica. Hospital del Mar. Barcelona* ** *Unitat PET Institut Alta Tecnologia. CRC Corporació Sanitària. Barcelona*.

Introducción y Objetivos: La PET/TC ha demostrado su utilidad en diferentes situaciones clínicas. Efectos como el tratamiento quimioterápico o los niveles de glicemia pueden comprometer su sensibilidad e especificidad. El objetivo es analizar el uso asistencial de PET, según las indicaciones con cobertura pública, fiabilidad e impacto en la toma de decisiones en pacientes afectados de adenocarcinoma colorectal (ACR). Se analiza la influencia del nivel de glicemia y de la proximidad al tratamiento quimioterápico.

Materiales: PET/TC con 18F-FDG realizados desde marzo del 2004 a diciembre del 2008 en el Hospital del Mar. Analizamos retrospectivamente variables clínicas, indicación, y resultados.

Resultados: Se realizaron 146 estudios en 120 pacientes, 71,7% hombres y 38,3% mujeres. Edad mediana 69 años (26 – 87 años). En 75 (51,3%) se realizó para clasificar una lesión sospechosa, en 52 (35,6%) antes de la cirugía de la enfermedad metastásica, en 11 (7,5%) por elevación del CEA y en 8 (5,5%) por imagen pélvica. La fiabilidad global fue del 88,2%, 209 de 237 evaluaciones (falsos positivos 9,3% y falsos negativos -FN- del 2,5%). En 16 estudios PET/TC que se había administrado quimioterapia en los 15-28 días anteriores, no se dio ningún caso de FN. Las cifras de glicemia obtenidas en los pacientes con estudios FN fueron más altas que en el resto ($p=0,049$). En 33 (22,9%) la PET puso de manifiesto enfermedad desconocida previamente, y en 41 (28,5%) negó la existencia de enfermedad previamente sospechada. En 52 (36%) se modificó la estrategia clínica.

Conclusiones: El PET/TAC, en pacientes con ACR añade información relevante en la mitad de los casos y en un tercio modifica la estrategia clínica. La administración de quimioterapia hasta 2 semanas previas al estudio no alteró los resultados. La corrección de la glicemia en el momento de la prueba no evitó falsos negativos en pacientes hiperglicémicos.

P-36

POLIGLOBULIA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB; A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Brezo Martínez-Amores Martínez*, M^a Laura Villalobos*, Marta Martín*, José ignacio Martín**, Raquel Molina*, José Luis López*, Fátima Navarro*, Mónica Arroyo*, Teresa Pascual***.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). ** Servicio de Oncología Médica. Fundación Jimenez Díaz (Madrid). ***Servicio de Hematología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid).

Introducción y Objetivos: La importancia de la angiogénesis en cáncer ha determinado la creación de múltiples fármacos con actividad antiangiogénica. El Bevacizumab un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado dirigido contra VEGF (principal molécula proangiogénica) aprobado desde 2004 por la FDA en cáncer colorrectal metastásico. Por su efecto angiogénico, normaliza primero la vasculatura tumoral induciendo después una regresión de la misma. Se considera un fármaco seguro y entre su panel de toxicidades, no está descrita la aparición de poliglobulia. **Materiales:** Se presenta la experiencia clínica de tres pacientes en tratamiento con Bevacizumab para cáncer colorrectal metastásico con cifras progresivamente elevadas de hemoglobina, habiéndose descartado otras causas de poliglobulia (primaria o secundaria) y en los que se precisó la realización de sangrías para mantenimiento del tratamiento.

Resultados: Los tres casos observados corresponden a pacientes con cáncer colorrectal metastático que recibían tratamiento con Bevacizumab, uno de ellos en combinación con poliquimioterapia estándar y dos en monoterapia de mantenimiento. Los niveles de hemoglobina máximos oscilaban entre 17.5-18.3 g/dl partiendo de cifras normales al inicio del anticuerpo (<16 g/dl hemoglobina). Los pacientes se encontraban asintomáticos con ECOG: 0. Dado que el tratamiento que recibían era eficaz en el curso de su enfermedad (estabilización por RECIST) se procedió a la realización de sangrías para evitar fenómenos tromboembólicos antes de cada ciclo si Hb > 17. (media de tres extracciones). Los pacientes recuperaron cifras normales al suspender el fármaco por progresión o toxicidad diferente intolerable. Se comunicó el efecto adverso observado al Servicio de Farmacovigilancia de forma reglamentaria.

Conclusiones: La poliglobulia observada podría estar relacionada con el uso de Bevacizumab, siendo un efecto secundario no descrito previamente. En los tres casos fue un hallazgo asintomático que se resolvió con tratamiento médico sin requerir la suspensión definitiva del fármaco.

P-37

PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE MEDIANTE PET-FDG EN EL CÁNCER DE RECTO

Elvira Buxó Orra, María Isabel García-Domingo, Albert Navarro, Montserrat Ysamat, José Manuel González, Montserrat Buxeda, Antonio Salas, José Ángel de Marcos, José María Roca, Luis Cirera.

Unidad de Tumores de Colon y Recto. Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Introducción y Objetivos: Determinar si existe relación entre el grado de respuesta metabólica valorada mediante PET-FDG y la respuesta patológica en pacientes con carcinoma de recto que han realizado tratamiento neoadyuvante.

Materiales: Estudio prospectivo. Se incluyeron 20 pacientes (11 mujeres, edad media: 66 + 12,6 años) con neoplasia de recto estadio clínico II y III, tratados con quimioradioterapia neoadyuvante (Radioterapia: 45-50 Gy y 5Fluoruracilo: 300mg/m² en infusión continua). Se realizó un estudio de PET previo al tratamiento y al mes de finalizarlo. Valoración semicuantitativa del grado de captación tumoral pre y post mediante SUV (Standardized Uptake Value). Cálculo del porcentaje de reducción de actividad metabólica (SUV pre - SUV post / SUV pre x 100) (% reduc-SUV) y comparación con el grado de regresión tumoral anatómopatológico (Clasificación de Dworak) (GR).

Resultados: El valor medio de SUV pre: 10,9 ± 4,3 y SUV post: 4,7 ± 1,5 (p<0,01). La media del % reduc-SUV fue de 53,8 + 21,6. Cuatro pacientes presentaron un GR-4, con % reduc-SUV del 54,8 ± 13,6; siete pacientes: GR-3, % reduc-SUV del 65,5 ± 14; siete GR-2, % reduc-SUV del 46,3 ± 26,1; un GR 1, % reduc-SUV del 38% y uno con ausencia de regresión y % reduc-SUV del 22%, sin diferencias significativas entre los grupos. Se apreció una cierta correlación aunque no estadísticamente significativa entre el grado de regresión tumoral y el porcentaje de reducción del SUV (p=0,071).

Conclusiones: Se observa una disminución significativa del SUV tras el tratamiento neoadyuvante. Si bien el % de reducción del SUV tiende a ser superior en los pacientes con respuesta patológica, el grado de correlación no es estadísticamente significativo.

P-38

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE EFICACIA Y TOXICIDAD DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL DE RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CONCOMITANTE CON FLUROROPIRIMIDINAS

ORALES Y OXALIPLATINO EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE RECTO LOCALIZADO

Roberto Díaz Beveridge, Jorge Aparicio Urtasun, Alejandro Tormo*, Rafael Estevan**, Ángel Segura, Fina Artés***, Alejandra Giménez, José García, Miguel Corbellas, María Fonfria.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Fe; *Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Universitario La Fe; **Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario La Fe; ***Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Fe.*

Introducción y Objetivos: Presentamos los resultados a largo plazo de nuestra serie de QT-RT concomitante tratados en nuestro centro en los últimos 10 años.

Materiales: Criterios de inclusión: Adenocarcinoma de recto medio ó inferior y estadificación cT3-T4 resecable o N positivo. Esquema de tratamiento: RT externa (50.4 Gy, fraccionamiento estándar) y QT con UFT (400 mg/m²/día) ó capecitabina (825 mg/m²/12 horas para los últimos 18 pacientes) los días de la RT, asociado a oxaliplatino 85 mg/m² q14 días; los 34 pacientes iniciales no recibieron oxaliplatino. A las 4-6 semanas se procedía a la cirugía, con escisión total mesorrectal. A las 4 semanas, se administraban 4 ciclos de QT adyuvante.

Resultados:

- Fueron 126 pacientes (Marzo 1999-Marzo 2009). 65% hombres, edad mediana 63 años (rango 33-77). 45% tumores de tercio inferior, con predominio de estadíos III (71%); estadío clínico más frecuente cT3N1 (53%).
- Se observó un 15% de toxicidad grado 3-4, fundamentalmente diarrea (7%) y emésis (4%), sin muertes tóxicas. En 2 casos el tratamiento se detuvo de forma precoz.
- Intervalo mediano entre QT-RT y cirugía: 45 días, con un 56% de amputaciones abdomino-perineales; 2% fueron irreseccables. 6% de reintervenciones.
- Observamos un 13% de respuestas completas patológicas y un 74% de infraestadificaciones; en un 5% hubo progresión de enfermedad. Sólo hubo afectación ganglionar en el 18%. El 55% recibió el tratamiento adyuvante a dosis plenas; un 10% no llegó a recibirlo.
- Seguimiento mediano: 73 meses (rango 6-125 meses). 20% de recidivas; locales en el 6%. La supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad a 5 y 10 años es de 79% y 66% y de 73% y 52% respectivamente.

Conclusiones: Nuestro esquema es efectivo y bien tolerado, con un bajo riesgo de progresión precoz. El riesgo fundamental continúa siendo la recidiva a distancia y deberíamos intensificar el tratamiento sistémico, probablemente en el momento de la neoadyuvancia.

P-39

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DEL CÁNCER DE RECTO EN ESTADÍOS II Y III CON QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE. TOXICIDAD Y COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

Juan Carlos Cámara Vicario *, Nuria Romero *, Pablo Gil **, Pedro Borrego ***, Alicia Hurtado *, Susana Hernando*, Jesús García-Donas *, Clara Olier *, Grevelyn Sosa ****, Carlos Jara*. *Unidades de Oncología Médica (*), Cirugía General (**), Radiodiagnóstico (***) y Anatomía Patológica (****). Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.*

Introducción y Objetivos: La quimio-radioterapia concomitante (QRC) forma parte del tratamiento habitual en el cáncer de recto (CR). A pesar de su efectividad, no está exenta de importantes toxicidades a corto y largo plazo. El objetivo de este trabajo es analizar la tolerancia y seguridad de la QRC en nuestra institución.

Materiales: Se identificaron de forma retrospectiva todos los pacientes (ptes.) con CR en estadíos II y III tratados con QRC (pre o postoperatoriamente) en el HUFU. Análisis estadístico descriptivo y comparaciones entre variables (chi cuadrado), mediante la aplicación SPSS.

Resultados: Entre febrero-1999 y septiembre-2008, 85 ptes. iniciaron tratamiento con QRC. Ctcas. de los ptes.: H/M: 58/27; mediana edad: 64 a. (36-80); momento de la QRC (neoady./ady.): 52/33; localización (recto sup/med/inf): 37/20/28; Dosis RT: mediana 50.4 Gy (45-59.4). Fraccionamiento: 180 cGy (5 días/sem.); QT concomitante: 5FU IC (44/85), capecitabina (18/85), 5FU/LV (9/85), oxaliplatino (3/85), UFT/LV (3/85); Cirugía: RAB (55/85), AAP (33/85); Abordaje: abierto (65/85), laparoscópico (20/85); Ileostomía: si (31/55), no (24/55); QT ady.: si (74/85), no (11/85); Mortalidad hospitalaria: 0%. Infección herida: 25/85 (29,4%); dehiscencia anastomosis: 4/55 (7,3%); Proctitis ag. G≥3: 5/85 (6%); diarrea ag. G≥3: 16/85 (19%); Proctitis crónica: 10/85 (12,3%); Fístula: 2/85 (2,4%); Estenosis: 18/55 (32,7%); Disf. erectil: 13/58 (22,4%). No se han encontrado diferencias significativas entre las cohortes de ptes. tratados pre y postoperatoriamente en: infección (14/11, p=0,46), dehiscencia (3/1, p=0,58), proctitis crónica (8/2, p=0,26) o disf. erectil (11/2, p=0,30). Sin embargo sí parece existir una mayor incidencia de estenosis de la anastomosis en los pacientes tratados con QRC adyuvante (11/18) vs QRC neoadyuvante (7/18) (p=0,019).

Conclusiones: La incidencia de efectos adversos y complicaciones postquirúrgicas en nuestra serie es similar a lo descrito en la literatura, salvo una importante tasa de estenosis de la anastomosis. A pesar de no tratarse de un estudio comparativo, ésta parece ser más frecuente en los ptes. tratados postoperatoriamente.

P-40

UTILIZACIÓN DEL 18F-FDG PET/TAC COMO PREDICTOR DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO QUIMIORRADIOTERÁPICO PREOPERATORIO DEL CÁNCER RECTAL

Encarna González Flores*, Verónica Conde*, Berta Jiménez*, Victoria Castellón*, Beatriz González*, Pedro Ballesteros*, Antonio Rodríguez**, Mercedes Zurita***, Inmaculada Segura****, Juan Ramón Delgado*.

*Servicio de Oncología Médica**, *Servicio de Medicina Nuclear***, *Servicio Oncología Radioterápica****, *Servicio de Cirugía General*****, *Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

Introducción y Objetivos: La predicción de la respuesta al tratamiento preoperatorio del cáncer rectal, ofrece la posibilidad de identificar a los pacientes en los que se espera una mayor respuesta y por tanto se pueden beneficiar de otros abordajes quirúrgicos. Las técnicas de imagen tradicionales son eficaces para definir la extensión tumoral al diagnóstico pero distinguen mal entre tumor residual y fibrosis post QT/RT. El objetivo de este estudio es la evaluación prospectiva del empleo de FDG-PET/TAC secuencial en la predicción de la respuesta del cáncer de recto localmente avanzado al tratamiento QT/RT preoperatorio.

Materiales: Se incluyeron 17 pacientes con adenocarcinoma rectal localmente avanzado que se iban a someter a tratamiento QT/RT neoadyuvante (capecitabina/RT). El PET/TAC se realizó antes de iniciar el tratamiento y a las 6 semanas de finalizarlo. Los parámetros del PET/TAC evaluados fueron el standard uptake value máximo (SUV max) y la media de disminución en el porcentaje máximo de SUV.

Resultados: Se encontró una correlación con la respuesta histopatológica (pTNM). En todos los pacientes el tumor rectal tenía al inicio un SUV max alto (13.14 +/- 5). Tras el tratamiento neoadyuvante, de los 17 pacientes sometidos a cirugía 15 (88%) fueron clasificados como respondedores con un descenso importante en la captación de FDG ($\geq 75\%$), mientras que los 2 restantes (12%) fueron no respondedores. En los 6 pacientes PET/TAC negativo post-tratamiento (40%) se obtuvieron 3 respuestas completas y 3 respuestas parciales patológicas; y en los 9 pacientes con descenso importante del SUV max (60%) todos obtuvieron una respuesta parcial patológica.

Conclusiones: Los resultados sugieren la utilidad potencial de FDG-PET/TAC como complemento diagnóstico/pronóstico en la evaluación de la respuesta al tratamiento QT/RT neoadyuvante del cáncer rectal. El porcentaje de descenso del SUV(max) parece ser el mejor predictor de respuesta al tratamiento.

P-41

ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE RECTO TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Inmaculada Guasch Jordán*, Esther Casado*, Pablo Collera**, Jesús Montesinos*, Silvia Catot*, Ana Miguel*, Francesc Roset**, Carme Vergara***, Montserrat Domenech*, Josep Buxo*.

Servicio de Oncología, **Servicio de Cirugía, *Servicio Anatomía Patológica. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona.*

Introducción y Objetivos: Varios estudios han mostrado en pacientes afectos de cáncer de recto tratados con QT-RT neoadyuvante que el infraestadaje tumoral "downstaging" y el grado de regresión histológico son factores pronósticos de supervivencia.

Materiales: Estudio prospectivo observacional unicéntrico. Periodo de inclusión: enero/2000 a diciembre/2008. Fueron incluidos 150 pacientes que recibieron fluoropirimidinas y radioterapia concomitante (45Gy) durante 5 semanas y posterior cirugía radical. El estadaje pretratamiento se realizaba con ecografía endorectal +/-RMN.

Resultados: Media de edad 64 a. Estadíos clínicos: EII 53,7%; EIII 34%; El 85% de los pacientes realizó infusión continua de 5FU, el resto capecitabina. En el 28,7% se realizó amputación rectal Miles y en el 69,4% resección anterior; 1,3% irresecables. El 50% eran tumores de 1/3 medio. El análisis patológico de las piezas mostró: pacientes sin afectación ganglionar (69%) se distribuyen pT0/is 14,7%, pT1/2 26% y pT3/4 27,7%; el 26% fueron N+ y en 7 pacientes (4,8%) se demostró M1 durante la cirugía. La tasa de conservación de esfínter fue del 70% siendo del 20% en los pacientes de 1/3 inferior. La toxicidad global grado 3/4 fue del 8,6% con dos muertes tóxicas. Se obtuvo "downstaging" en el 48,7% de los pacientes.

La tasa de recidiva local fue del 0,7%. El grado de regresión (TGR-clasificación de Mandard) fue GR1 16,7%, GR2 26%, GR3 26%, GR4 24%, GR5 4%. Con una mediana de seguimiento de 39 meses, la supervivencia específica a 3 años es del 88% (98% en respondedores frente a 78% en no respondedores). Según GR agrupado: GR1+2+3 93,3%, GR4+5 80,9% (log rank p 0.005). Según estadio patológico, la supervivencia a 3 años: pT0/is 93,3%; pT1/2 97%; pT3/4 90,7%; pN+ 71,1%; pM1 44%.

Conclusiones: En nuestra serie, se confirma el GR y sobre todo el infraestadaje tumoral como factores pronósticos de supervivencia.

P-42

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA DEL ADENOCARCINOMA DE COLON Y RECTO EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS

Elisa Gálvez Muñoz, Javier Gallego, María Guirado, Verónica González, Rosario Salgado, Raúl Carrillo, Natividad Martínez, María José Escudero, Álvaro Rodríguez.
Servicio de Oncología Médica. H. General Universitario de Elche.

Introducción y Objetivos: El cáncer de colon y recto en pacientes menores de 40 años tiene un peor pronóstico que en el resto de la población. El objetivo de este estudio es analizar las características y supervivencia de dichos tumores en este grupo de edad en el área 20 del Servicio Valenciano de Salud. **Materiales:** Se analizaron los 16 casos de cáncer colorrectal diagnosticados en sujetos menores de 40 años entre enero de 2000 y diciembre de 2006, según su forma de presentación, diagnóstico, estadio tumoral, análisis anatomopatológico y tratamiento. Se comparó su supervivencia a 5 años con la publicada con anterioridad para este grupo de pacientes.

Resultados: La distribución por sexo fue de 1:1, con una edad media de 34.50 años (rango, 23-40). Los síntomas predominantes al diagnóstico fueron el dolor abdominal (56.3%), la alteración del ritmo intestinal (43.8%) y el sangrado (43.8%). En 11 pacientes (68.7%) el tumor primario se localizó en colon. El 93.8% de los casos (15 pacientes) fue intervenido quirúrgicamente, siendo en el 25% la intervención quirúrgica de urgencia. En 12 pacientes (75%) se realizó resección quirúrgica del tumor primario con intención curativa. En 2 pacientes (12.5%) el tumor estaba pobremente diferenciado. Doce pacientes (75%) presentaron enfermedad localizada al diagnóstico. En 10 pacientes se administró tratamiento quimioterápico con intención adyuvante (62.5%). Cuatro de los pacientes con enfermedad localizada al diagnóstico presentaron recaída de la enfermedad, siendo exclusivamente locorregional en el 50% de éstos. La supervivencia libre de enfermedad calculada para los 12 pacientes con enfermedad localizada al diagnóstico es del 58.3% (IC95%, 30.44%-86.22%). La supervivencia global a 60 meses para el total de la muestra es de 64.17% (IC95%, 38.36%-89.98%). **Conclusiones:** La supervivencia a 5 años de los pacientes con cáncer colorrectal menores de 40 años de nuestra muestra es comparable a la publicada con anterioridad para este grupo de pacientes.

P-43

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA CON XELIRI + AVASTIN

EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁTICO SIN TRATAMIENTO PREVIO

Pilar García Alfonso, Andrés Muñoz Martín, Ricardo González del Val, Shahi Parkam Khosravi, Yann Izarzuaga Perón, Juan Luis Arranz Cozar, Luis Cabezón Gutiérrez, Ivan Márquez-Rodas, Alicia Soria Lobelle, Gumersindo Pérez Manga.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y Objetivos: Bevacizumab es el primer fármaco antiangiogénico para el tratamiento del cáncer colorrectal metastático. Originalmente testado en esquemas con irinotecan y 5-fluoracilo (5-FU), demostró su eficacia en términos supervivencia libre de progresión (SLP) y en la supervivencia global (SG). Capecitabina es una prodroga tan eficaz como el 5-FU en infusión continua y con similares tasas de toxicidad. **Materiales:** Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo en pacientes con cáncer colorrectal metastático para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento de primera línea con Xeliri + Bevacizumab.

Resultados: Se han incluido un total de 43 pacientes (44,2% varones). La mediana de edad es de 64,7 años (rango 45,1-78,4). El estado ECOG al diagnóstico de la enfermedad metastásica fue de 0-1 en el 97,7% de los pacientes. Las localizaciones primarias más frecuentes fueron recto (32,6%), colon sigmoideo (23,3%) y colon ascendente (16,3%). 23,3% de los pacientes recibieron tratamiento adyuvante. El número medio de ciclos fue de 11 para bevacizumab y 12 para capecitabina e irinotecan (39,5% y 37% de los pacientes necesitaron al menos una reducción de capecitabina e irinotecan, respectivamente). Las reacciones adversas más frecuentes de grado I/II fueron astenia (62,8%), diarrea (58,1%), náuseas (53,5%) mucositis (46,5%) y vómitos (44,2%). Las más frecuentes de grado III/IV fueron náuseas (9,3%), vómitos (7%), astenia (7%) y diarrea (7%). Se practicaron 5 resecciones hepáticas (1 con 3 y los restantes con 2 metástasis resecaadas por paciente) y 2 extrahepáticas. Hubo 40 pacientes evaluables para respuesta distribuyéndose del siguiente modo. RC=5%; RP=62,5%; EE=22,5%. La mediana de SLP ha sido de 10,3 meses. La mediana de SG ha sido de 19,9 meses.

Conclusiones: La administración de bevacizumab al esquema XELIRI consigue prometedores resultados en respuesta y supervivencia, sin modificar notoriamente el perfil de seguridad, presentando una baja tasa de acontecimientos adversos relacionados con bevacizumab.

P-44

EFICACIA Y TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE CARCINOMA COLORRECTAL AVANZADO (CCRA). EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Miguel Ángel Berciano Guerrero, M^a Auxiliadora Gómez, Raquel Serrano, José Carlos Villa, M^a Teresa Cano, M^a José Méndez, Gema Pulido, Jerónimo Jiménez, M^a Jesús Rubio, Enrique Aranda.

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Introducción y Objetivos: El empleo de bevacizumab en primera línea de carcinoma CCRA supone beneficios significativos en términos de respuesta y de tiempo a la progresión.

Objetivos: Analizar la experiencia clínica de nuestro servicio con la utilización de bevacizumab en primera línea de tratamiento del CCRA. Como objetivos fundamentales del análisis, se establecen el tiempo a la progresión, tasa de respuesta y toxicidad.

Materiales: Entre julio de 2006 y febrero de 2009, 72 pacientes diagnosticados de CCRA recibieron una primera línea de tratamiento con bevacizumab. La administración de bevacizumab fue dentro de esquemas de quimioterapia basados en fluoropirimidinas con o sin oxaliplatino o irinotecán. Para el análisis de los datos se hizo un estudio retrospectivo con seguimiento hasta marzo de 2009. Se utilizaron los criterios RECIST para la respuesta y los criterios comunes del National Cancer Institute para la toxicidad.

Resultados:

- Se analizaron 72 pacientes, habiéndose evaluado la respuesta en 66 pacientes. Se encontró Respuesta Completa en 5 pacientes (6'9%), Parcial en 34 (47'2%), Estabilización en 20 (27'8%) y Progresión en 7 (9'7%).
- Teniendo en cuenta todos los pacientes tratados, la mediana de tiempo a la progresión fue de 10'5 meses (IC95%: 8'19-12'87). Con una media de seguimiento de 26'7 meses, no se alcanzó la mediana de supervivencia global (15 eventos).
- La toxicidad relacionada con bevacizumab se muestra en la tabla 1. Hubo una muerte tóxica relacionada con bevacizumab.

Tabla 1. Toxicidad relacionada con Bevacizumab.

Pacientes	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
HTA	1 (1,4)	1 (1,4)	3 (4,2)	-
Hemorragia	3 (4,2)	2 (2,8)	2 (2,8)	1 (1,4)
Proteinuria	1 (1,4)	2 (2,8)	-	-
Perforación	-	-	-	1 (1,4)
Tromboembolismo	-	-	-	1 (1,4)

Conclusiones: La combinación de bevacizumab y quimioterapia es activa y bien tolerada en el tratamiento del CCRA en primera línea.

P-45

EN CÁNCER COLO-RECTAL: ¿LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA? EXPERIENCIA DE 14 MESES DE UN HOSPITAL COMARCAL

Nofre Pons Sureda, Llorenç Estrany, Magdalena Llabres, Pep-Joan Torres, Hermini Manzano.

Comité de tumores digestivos. Hospital Comarcal d'Inca.

Introducción y Objetivos: El hospital Comarcal de Inca cubre un área de 130000 pacientes. Desde Noviembre de 2007 el comité de tumores viene funcionando como instrumento de gestión clínica interdisciplinar, así como de relación con el hospital de referencia. Se recogen los datos de los tumores de colon y recto discutidos en los primeros catorce meses de funcionamiento del comité.

Materiales: Del registro de tumores que se deriva del citado comité se han analizado los 81 casos de cáncer de colon (57) y recto (24). En la serie de casos de cáncer de colon y recto, se pretende analizar las variables diagnósticas, de extensión y del tratamiento.

Se analiza la variable cirugía laparoscópica versus laparotomía clásica en términos de efectividad diagnóstica y morbilidad.

Resultados:

- Se practicó intervención quirúrgica en 60 pacientes. Se intervino por laparotomía a 30 pacientes, y mediante laparoscopia a 29 pacientes. De un caso no tenemos los datos.
- La laparoscopia se utilizó en los tumores de colon (22/44) en mayor proporción que en los tumores de recto (7/16), así como en estadios más precoces (p=0,956).
- La laparoscopia no mostró diferencias significativas respecto de la laparotomía en las variables que se describen en la tabla 1. (página 66)
- La estancia media del ingreso correspondiente a la intervención es significativamente mayor en los casos intervenidos por laparotomía (23,1 días) que por laparoscopia (12,2 días) p=0.008.
- Existió morbilidad postoperatoria significativa en 14 casos (23%), sin que se apreciaran diferencias respecto al tipo de intervención.

Conclusiones: La laparoscopia es una técnica quirúrgica factible y con el mismo rendimiento que la laparotomía en el tratamiento del cáncer de colon y recto en el ámbito de un hospital comarcal.

Tabla 1. Algunas de las variables estudiadas.

	LAPAROTOMÍA	P	LAPAROSCOPIA	TOTAL
Media de edad (años)	71,38	N.S.	72,40	71,38
Demora media (días)	30,41	N.S.	25,10	30,41
Nº de ganglios aislados	17,41	N.S.	12,96	17,41

P-46**EXPERIENCIA ASISTENCIAL CON QUIMIOTERAPIA FOLFIRI-AVASTIN COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN CARCINOMA COLORRECTAL METASTÁTICO (CCRM)**

María José Villanueva Silva*, Gerardo Huidobro Vence*, Carlos Grande Ventura*, Inés Castro Nuñez**, Ruben Ramírez Vargas***, Joaquín Casal Rubio*.

*S. Oncología Médica. **S. Farmacia; ***S. Oncología Radioterápica, H. Meixoeiro-CHU Vigo.

Introducción y Objetivos: Evaluación asistencial de los resultados publicados con la combinación de FOLFIRI-AVASTIN en primera línea de CCRM.

Materiales: Entre diciembre-06 y diciembre-08 se trataron de forma consecutiva 32 pacientes (p) con CCRM en primera línea con FOLFIRI-AVASTIN quincenal (CPT-11: 180mg/m² día 1º; leucovorin 200 mg/m² día 1º, 5-FU 400 mg/m² bolo día 1º y posterior infusión continua 2400 mg/m² de 46 horas, Avastin 5 mg/kg día 3º). Todos los p tenían enfermedad evaluable, PS 0-2, edad < 75 años, adecuada función hematológica, renal y hepática. Se administraron hasta un total de 12 ciclos (18 si respuesta parcial progresiva), salvo toxicidad inaceptable o progresión. Fueron evaluables para toxicidad 32 p; 31 para respuesta (1 abandono precoz).

Resultados: Edad media: 61 años (39-73); V/M: 23/9; PS 0/1/2: 5/23/4; el 41% única localización. Sólo 2 p presentaban afectación hepática masiva (> 70%). Se administraron una mediana de 12 ciclos (2-18). Toxicidad de grado 3-4: 10 pacientes, 31,3 % (2 TVP, 2 emesis G3, 3 diarrea G3, 1 crisis HTA, 2 neutropenia G3 - una con muerte tóxica tras oclusión intestinal por brida). Precisaron reducción de dosis 8 p. Respuestas: RC: 3/31p = 9,7% (IC95%: 2-26); RP: 17/31p = 54,8% (35,7-73,9); EE: 6/31p = 19,4% (7,5-37,5); progresión: 5/31p = 16,1% (5,5-34). Se sometieron a cirugía de rescate 5 p (4 hepáticas y 1 suprarrenalectomía). Mediana de supervivencia libre de progresión: 10,86 meses (10,1-11,6), mediana supervivencia global: 22,9 m (15,8-30,2).

Conclusiones: El elevado número de respuestas observado, preferentemente en pacientes con poca carga tumoral, confirma este esquema como adecuado en población no seleccionada.

P-47**MUTACIONES DE KRAS Y BRAF: VALOR PRONÓSTICO Y PREDICTIVO DE RESPUESTA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. (CCRM)**

M^a José Safont Aguilera, Mireia Gil, Sandra Gallach, Andrea Cabrera, Eloisa Jantus, Amparo Iraola, Sara Blasco, Miguel Berzosa, Vega Irazzo, Carlos Camps.

Servicio Oncología médica. Hospital General de Valencia.

Introducción y Objetivos: La mutación en kras (30-40%) es el principal factor predictivo de respuesta al tratamiento con inhibidores del EGFR. Estudios recientes sugieren el papel predictivo de respuesta de las mutaciones de BRAF (10-20%). Analizamos la frecuencia de mutaciones de ambos genes y su relación con parámetros clínicos y de respuesta en pacientes con CCR metastásico.

Materiales: Pacientes con CCRM y determinación de KRAS y BRAF entre 10/2008 y Mayo/2009. Se analizaron las mutaciones más frecuentes de KRAS y BRAF, las características clinicopatológicas (CP), la respuesta (TR) y SLE.

Resultados: Se analizaron 74 pacientes, 67% varones, con una edad media de 64 años (38-85). Características CP: grado histológico: G1 37%, G2 37% y G3 8%; localización del tumor primario: colon 74%, recto 26%; estadio: EI 3%, EII 11%, EIII 11%, EIV 75%; localización de las metástasis: pulmón 16 %, hepáticas 47%, > 2 23%. Tasa mutación de kras = 32%. Mutaciones más frecuentes Gly12Val (40%) y Gly12Asp (28%). El 21% de los pacientes recibió adyuvancia previa. De los 48 pacientes Kras wt, 25 recibieron AC anti-EGFR: 72% en 1ª línea con TR = 66%.

Conclusiones: La tasa de mutaciones de kras y la TR a AC anti-EGFR en nuestra muestra es concordante con la literatura. En el congreso se presentaran los datos de BRAF y el papel de ambas mutaciones como factores pronósticos y predictivos de respuesta.

P-48**PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO SEGÚN EL ESTADO DE KRAS**

María R. Atienza Amores, Iker López-Calderero, Yolanda Fernández-Díez, Elizabeth Sánchez-Chaves, Marta Benavent, Sergio Sánchez-Cerrato, Manuel Chaves, M^a Luisa Limón, Luis Paz-Ares, Rocío García-Carbonero.

Servicio de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y Objetivos: Establecer si existen factores clínico-patológicos diferenciales en los pacientes con cáncer colorrectal metastásico en función del perfil mutacional de KRAS. **Materiales:** Se seleccionaron pacientes con cáncer colorrectal estadio IV con muestra histopatológica disponible para determinación de mutaciones del gen KRAS. Se analizaron diferentes variables clínico-patológicas que incluyeron: edad, sexo, localización del tumor primario, estadio TNM al diagnóstico, subtipo histológico, grado, invasión vascular, localización de las metástasis, número de órganos afectos, ECOG, CEA, LDH y FA al diagnóstico/recaída, tipo de quimioterapia (QT) y respuesta a la misma. Análisis realizado con SPSS v16.0.

Resultados: Se incluyó una cohorte de 70 pacientes (48% varones, edad mediana 58 años). Localización tumoral: 19% colon derecho, 10% colon transversal, 14% colon izquierdo, 33% sigma y 24% recto. El 67% se diagnosticaron en estadio IV. Localización de las metástasis: el 84% presentaban metástasis hepáticas, 21% ganglionares, 21% peritoneales, 17% pulmonares y 5% óseas. El 95% recibieron QT para enfermedad metastásica (el 62% ≥ 2 líneas). El 52% de los tumores presentaban mutaciones de KRAS (48% 12ASP, 15% 12VAL, 17% 12CYS, 17% 13ASP). El análisis preliminar de los datos sugiere que presentar mutaciones de KRAS se asocia con un mayor número de localizaciones metastásicas, presencia de metástasis sincrónicas al diagnóstico, localización pulmonar ósea o hepática de las metástasis, y una peor respuesta a la quimioterapia no basada en anti-EGFR. No se observaron asociaciones significativas con el resto de variables clínicas exploradas.

Conclusiones: Estos datos sugieren que ciertas características clínico-patológicas pudieran ayudar a identificar en la práctica clínica un perfil de pacientes con mayor probabilidad de presentar mutaciones del gen KRAS.

P-49

TOXICIDAD DE BEVACIZUMAB EN PAUTA TRISEMANAL ASOCIADO A ESQUEMA CAPIRI EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

Paula J. Fonseca, José María Vieitez, Carolina Muriel, Miguel Fernández de Sanmamed, Marta Izquierdo, Pablo Pardo, José Pablo Berros, Guillermo Crespo, Ángel J. Lacave.
Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción y Objetivos: Bevacizumab es activo en cáncer colorrectal metastásico (CCR) asociado con capecitabina e irinotecan (JCO2008; abs4030, JCO2008; abs15085). Su toxicidad se relaciona con la alteración de la neoangiogénesis:

hipertensión arterial (HTA), trombosis, proteinuria, sangrado, mala cicatrización y perforación intestinal. **Objetivo:** analizar la toxicidad atribuible a bevacizumab y su gravedad.

Materiales: Los pacientes con CCR IV irreseccable con Karnofsky $\geq 60\%$ recibieron CAPIRI, capecitabina (850mg/m²/12h días 1-14), irinotecan (240mg/m² día 1) y bevacizumab (7.5mg/Kg día 1) en pauta trisemanal. La toxicidad se analizó antes de cada ciclo según los grados de toxicidad NCI-CTC v3.0.

Resultados: Entre marzo 2005 y noviembre 2007 se incluyeron 85 pacientes. Mediana de edad: 62 años, 16 pacientes >70 , de Karnofsky: 70% y de ciclos recibidos: 14. RO: 63,3%, TP: 18meses y SG: 23meses. La toxicidad atribuible a bevacizumab fue fundamentalmente: HTA, sangrado y proteinuria grado I (tabla 1), sin casos de perforación

Tabla 1. Toxicidad Bevacizumab.

Toxicidad relacionada con bevacizumab	N ^a	%
Hipertensión arterial	74	61,7
Grado I	59	49,2
Grado II	13	10,8
Grado III	2	1,7
Grado IV	0	0
Trombosis	7	5,8
Trombosis venosa profunda	5	4,2
Tromboembolismo pulmonar	2	1,7
Sangrado	55	45,8
Epistaxis	51	42,5
Hemoptisis	1	0,83
Rectorragia	2	1,7
Hematuria	1	0,83
Proteinuria	75	62,4
Grado I	70	58,3
Grado II	5	4,2
Grado III	0	0
Grado IV	0	0
Problemas de cicatrización (fistulas)	2	1,7
Perforación intestinal	0	0
TOTAL de pacientes	120	100

intestinal. La HTA fue más frecuente en pacientes con antecedentes de HTA (61%) que en aquellos sin antecedentes (19%). Ninguno de los 21 pacientes con ascitis al diagnóstico (17,6%) desarrolló toxicidad asociada a bevacizumab a excepción de 5 casos de HTA grado I.

Las complicaciones relacionadas con el agente antiangiogénico en 17 pacientes a quienes no se había resecado el tumor primario fueron 2 casos de rectorragia autolimitada. Los pacientes con antecedentes de trombosis, 7 (5,8%), no tuvieron mayor incidencia de tromboembolismo. La mortalidad fue del 0,83% (1 paciente) por neutropenia febril; hubo un 5% de abandonos por toxicidad (6 pacientes), 2 de ellos por eventos tromboembólicos y un 11,6% de ingresos (14 pacientes), 9 por toxicidad, 3 en relación con el bevacizumab, 2 por tromboembolismo y 1 por rectorragia.

Conclusiones: CAPIRI+bevacizumab es activo en CCR metastásico con una toxicidad atribuible al agente antiangiogénico aceptable que en menos del 2% fue grado ≥ 3 . La ausencia de resección del tumor primario, la presencia de ascitis, los antecedentes de HTA o de trombosis no aumentaron la toxicidad de bevacizumab.

P-50

TRATAMIENTO ADYUVANTE ADAPTADO AL RIESGO EN CÁNCER DE RECTO: SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD (SLE) A 3 AÑOS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Ana B. Custodio Carretero (1), Juan Cristóbal Sánchez (1), Javier Sastre (1), Laura Rodríguez (1), Juan Corona (2), Rosario Alfonso (1), Antonio Calles (1), Jana Bobokova (1), Manuel de las Heras (2), Eduardo Díaz-Rubio (1).

(1) Servicio de Oncología Médica. (2) Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. Red de Centros de Cáncer (RTICC).

Introducción y Objetivos: El tratamiento estándar del cáncer rectal estadios II-A/III-C es la quimiorradioterapia neoadyuvante, considerándose un factor pronóstico desfavorable la ausencia de respuesta. Los pacientes con estadio patológico pT3-4 ó N+ tras la neoadyuvancia presentan una SLE < 50%. En nuestro centro la elección de la quimioterapia postquirúrgica se basa en el grado de infraestadificación patológica. Describimos nuestra experiencia en el subgrupo de pacientes que se planificaron para tratamiento adyuvante.

Materiales: Entre julio/2003-diciembre/2007, 60 pacientes (58.3% varones y 41.7% mujeres, edad media 66 años) con adenocarcinoma de recto inferior (40%) y medio (60%) recibieron quimiorradioterapia neoadyuvante. El estadio clínico inicial por ecoendoscopia fue: 46.6% IIA, 5% IIB, 3.33% IIIA, 35% IIIB, 10% IIIC. El tratamiento consistió en radioterapia (50.4 Gy) concomitante con capecitabina (75%), 5-fluoruracilo (16.6%) o utefos (8.33%). Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (65% resec-

ción anterior baja, 35% amputación abdominoperineal). La quimioterapia adyuvante consistió en monoterapia con fluoropirimidinas (72.7% capecitabina, 27.3% 5-fluoruracilo) en estadio \leq pT2N0 (55%) y poliquimioterapia con oxaliplatino (88.8% FOLFOX-4, 11.2% XELOX) en estadios >pT2 y/o N+ (45%).

Resultados: La tasa de respuestas al tratamiento neoadyuvante fue 65% (pRC 18.3% + pRP 46.7%). Se produjeron recidivas en 6 pacientes con estadio \leq pT2N0 (1 local, 4 sistémicas, 1 local+sistémica) y en 9 pacientes con estadio >pT2N0 (8 sistémicas y 1 local+sistémica). Con una mediana de seguimiento de 37.1 meses, los pacientes con estadio \leq pT2N0 presentaban una SLE a 3 años superior que aquellos con estadio >pT2N0 (78.7% vs. 62.2%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (HR 0.57; IC 95% 0,20-1.61; p=0.28).

Conclusiones: La ausencia de infraestadificación patológica a un estadio \leq pT2N0 tras la neoadyuvancia se asocia a una tasa de recurrencias superior. En relación con controles históricos, la poliquimioterapia adyuvante basada en oxaliplatino en el subgrupo de pacientes >pT2N0 parece reducir el riesgo de recidiva aunque se precisan estudios controlados confirmatorios.

P-51

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DEL CÁNCER DE RECTO EN ESTADÍOS II Y III CON QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION DE ALCORCON

Juan Carlos Cámara Vicario *, Nuria Romero *, José María Fernández-Cebrián **, Raul de la Cruz ***, Jesús García-Donas *, Susana Hernando *, Clara Olier *, Alicia Hurtado *, Alberto Rábano ****, Carlos Jara *.

Unidades de Oncología Médica (*), Cirugía General (**), Radiodiagnóstico (***) y Anatomía Patológica (****). Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.

Introducción y Objetivos: La importancia de la quimiorradioterapia concomitante (QRC) en el cáncer de recto (CR) es bien conocida, reduciendo significativamente el riesgo de recidiva local. Objetivos: analizar la eficacia de la QRC en nuestra institución y buscar variables predictoras de recidiva local y a distancia.

Materiales: Análisis retrospectivo de todos los pacientes (ptes.) con CR en estadios II y III tratados con QRC (pre o postoperatoriamente). Análisis estadístico descriptivo, multivariante y cálculo de supervivencias, mediante la aplicación SPSS.

Resultados: Entre feb-99 y sep-08 85 ptes. iniciaron tratamiento con QRC. Ctcas.: H/M: 58/27; mediana edad:

64 a. (36-80); momento de la QRC (neoady./ady.): 52/33; localización (recto sup/med/inf): 37/20/28; CEA (normal/elevado): 70/15, mediana 2.45 (0,5-150); Estadío prequirúrgico: T3(49/52), T4(3/52), N0(18/52), N+(34/52); Estadío patológico: T0(8/85), Tis(1/85), T1(4/85), T2(20/85), T3(47/85), T4(5/85), N0(42/85), N1(27/85), N2(16/85); Dosis RT: mediana 50.4 Gy (45-59.4). QT concomitante: 5FU-IC (44/85), capecitabina (18/85), 5FU/LV (9/85), oxaliplatino (3/85), UFT/LV (3/85); Cirugía: RAB (55/85), AAP (33/85). QT ady.: si (74/85), no (11/85); Seguimiento mediano: 39 m; Recidiva local: 8/85 (9.4%); Rec. distancia: 21/85 (24.7%); RC patológicas: (8/52, 15,4%). En el análisis multivariante global ninguna variable se correlaciona con recidiva local, mientras que el estadío N patológico se correlaciona con la rec. a distancia ($p=0,01$). En QRC neoadyuvante, la localización (recto inferior, $p=0,017$) se correlaciona con rec. local. En QRC adyuvante, el estadío N patológico se correlaciona con la rec. local ($p=0,012$). Toxicidad y complicaciones postquirúrgicas se presentan en otra comunicación.

Conclusiones: En nuestros pacientes la QRC (mayoritariamente administrada de forma neoadyuvante) reduce la tasa de recidiva local a un 9.4%, con un 25% de recidivas a distancia. El principal predictor global de recaída a distancia es el estadío N patológico. La localización en recto inferior (en los ptes. tratados con neoadyuvancia) y la afectación ganglionar tras la cirugía (en los ptes. tratados con neoadyuvancia) también predicen para la rec. local.

P-52

TRATAMIENTO CON CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO O AVANZADO TRAS FALLO EN LA QUIMIOTERAPIA O DURANTE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES DONDE LA POLIQUIMIOTERAPIA NO ES REALIZABLE

Ferran Losa*, Carles Pericay**, Joaquim Pérez de Olaguer*, Emma Dotor**, Aleydis Pisa**, Eugeni Saigi**, Eduard Batiste-Alentorn***, Esther Casado****, José María Roca*****.

*H. Creu Roja de L'Hospitalet **H. Parc Tauli, Sabadell*** H. General de Vic**** H. Althaia, Manresa***** H. Mutua de Terrassa***** H. Consorci Sanitari de Terrassa. Associació Catalana per la Recerca Oncològica i les seves implicacions Sanitàries i Socials (ACROSS).

Introducción y Objetivos: Más de la mitad de los carcinomas colorrectales son metastásicos o localmente avanzados. La quimioterapia, aunque no constituye una aproximación curativa, ha demostrado incrementos en supervivencia libre

de progresión (SLP) y en la supervivencia global (SG). El objetivo del presente estudio es evaluar el perfil de seguridad de la administración ininterrumpida de capecitabina tras algún fallo a alguna línea de tratamiento o en primera línea.

Materiales: Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo en pacientes con cáncer colorrectal metastásico o avanzado tratados con capecitabina (750mg/m² bid, oral e ininterrumpida hasta toxicidad inaceptable o progresión) tras algún fallo a alguna línea de tratamiento o en primera línea en pacientes donde la poliquimioterapia no es realizable.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes. La mediana de edad fue de 76,7 (rango, 58,3 - 88,1). El 86,6% de los pacientes fue ECOG 0-1. Las localizaciones del tumor primario fueron colon (68,9%), recto (26,7%) y sigma (6,7%). Las localizaciones metastásicas fueron hígado (61,9%), ganglios (19%), pulmón (45,2%) y otras (26,2%). Un 22,2% de los pacientes habían sido previamente tratados con quimioterapia. La mediana de número de ciclos administrados fue de 4 (2-6). En un 17,8% se llevó a cabo una reducción y en un 11,1% tuvo retraso y reducción. Las toxicidades leves-moderadas más frecuentes fueron astenia (44,5%), diarrea (20%) y toxicidad dermatológica (11,1%) Las toxicidades severo-graves más frecuentes fueron síndrome mano-pie (22,2%), astenia (4,4%), vómitos (2,2%), diarrea (2,2%) y mucositis (2,2%). Beneficio clínico se obtuvo en un 38,2% de los pacientes (RP: 17,6 y EE: 20,6%). La mediana de SLP fue de 4,47 meses. La mediana de SG fue de 10,84 meses.

Conclusiones: Los resultados de seguridad obtenidos apuntan que capecitabina puede ser un prometedor candidato a quimioterapia ininterrumpida incluso en pacientes ancianos, en los que el síndrome mano-pie ha de ser cuidadosamente monitorizado.

P-53

TRATAMIENTO CON RT-QT PREOPERATORIA CON CAPECITABINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO ESTADÍOS II-III

Berta Jiménez Rubiano*, Verónica Conde-Herrero*, Beatriz González-Astorga*, Encarnación González-Flores*, Victoria Eugenia Castellón-Rubio*, Aranzazu González-Vicente*, Javier Valdivia-Bautista*, Inmaculada Segura-Jiménez**, Rosario del Moral-Ávila***, Juan Ramón Delgado-Pérez*.

Unidad de Oncología Médica*Servicio de Cirugía General**Servicio de Radioterapia***H. "Virgen de las Nieves"-Granada.

Introducción y Objetivos: El tratamiento preoperatorio con radio-quimioterapia con 5FU en infusión continua (IC) se considera el tratamiento estándar del cáncer de recto (CR) E. II-III. Las fluoropirimidinas orales como la Capecitabina

pueden sustituir al 5FU en IC. Los objetivos de nuestro estudio son valorar el perfil de toxicidad, la eficacia y la preservación del esfínter anal en pacientes con CR E.II-III tratados preoperatoriamente con Capecitabina-RT.

Materiales: Entre Octubre de 2005 y Septiembre de 2008, 51 pacientes con diagnóstico de CR situado a < 12 cm del margen anal fueron tratados con RT (45-50Gy) y Capecitabina (850mg/m²/12h diarios). 15 pacientes (pts) presentaban E.II (T3:11 and T4:4) y 36 E. III (T4:9). Mediana de edad: 70 años (25-81). Hombres: 32. Mujeres: 19. El estudio pretratamiento se realizó con: CEA, RM pélvica, ECO transrectal, ECO o TAC de abdomen, Rx tórax y PET-TAC. Todos los pts fueron intervenidos (resección anterior o amputación abdomino-perineal con excisión total del mesorrecto) 8 semanas después de completar el tratamiento preoperatorio. Tras la cirugía recibieron tratamiento con quimioterapia adyuvante de acuerdo a su estadio preoperatorio.

Resultados:

- De los 51 pts en 36 (70%) hubo respuesta al tratamiento: RCp:9 pts (18%);RP: 27 (52%). 7 pts (14%) presentaron EE y 8 pts (16%) presentaron PT (M1 hepáticas en el acto quirúrgico: 4 pts).
- Cirugía realizada: 19 pts (37%) amputación abdomino-perineal y 32(63%) resección anterior.
- Toxicidades: No muertes tóxicas. Diarrea grado (g.) 4: 2%. Mucositis g. 3: 4%. S. mano-pie g. 3: 4%. Radiodermatitis g. 3: 2%. Anemia g. 3: 2%. Astenia g. 3: 2%. Principal toxicidad: diarrea g. 2: 15%.

Conclusiones: El tratamiento preoperatorio con la combinación de RT-Capecitabina es una alternativa válida en los pacientes con CR E. II-III, con un importante porcentaje de respuestas (70%) y de conservación del esfínter anal, y un perfil de toxicidad aceptable.

P-54

ANÁLISIS DE MUTACIONES DEL GEN KRAS EN CÁNCER COLORRECTAL AVANZADO (CCRA). EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIEGFR. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY

José Ponce Lorenzo*, María Planelles**, Francisco Aparisi*, Amparo Oltra*, José M. Sastre*, José L. Losa**.

*Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios.
**Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de los Lirios.

Introducción y Objetivos: El tratamiento (tto) con anticuerpos monoclonales antiEGFR está indicado en pacientes (pcs) con CCRA y gen KRAS nativo. Analizamos los resultados de la determinación de mutaciones del gen KRAS

de los pcs diagnosticados en nuestro centro, así como la eficacia y seguridad del tto antiEGFR.

Materiales: Análisis retrospectivo de pcs con CCRA, con determinación del estado mutacional del gen KRAS mediante técnica de PCR en tiempo real en Hospital General de Valencia (27 determinaciones), Clínica Universitaria de Navarra (12 det) y Centro Integral Oncológico Clara Campal (2 det).

Resultados: Periodo analizado: 12/08/2008 – 30/05/2009. 41 determinaciones en 39 pcs. 21 pcs KRAS mutado (54%). 1 pc con triple neoplasia sincrónica de colon, los 3 tumores con gen KRAS mutado. Mediana de edad: 66 años. 37 determinaciones en tumor primario (90,3%), 4 en localizaciones metastásicas (9,7%). De los 18 pcs KRAS nativo, 8 han recibido tratamiento anti-EGFR hasta la fecha. 7 pcs esquema FOLFIRI cada 14 días + Cetuximab semanal, 1 paciente Panitumumab en monoterapia. Mediana de ciclos de quimioterapia: 7 (2-10). Mediana de dosis administradas de tto anti-EGFR: 15 (4 - 22). Número total de administraciones de tto anti-EGFR: 105. 1ª línea de tratamiento: 3 pacientes, 2ª línea: 3 pacientes, 3ª línea: 2 pacientes. TR máxima: RP:6 (75%), PE:1 (12,5%), NE:1 (12,5%). 4 pcs continúan con mismo tratamiento; 4 han cambiado: 2 por progresión, 2 por otros motivos. Todos han tenido rash cutáneo (1 G3, 5 G2 y 2 G1). No reacciones alérgicas agudas moderadas o severas. Ningún ingreso por toxicidad.

Conclusiones: En nuestra serie, el porcentaje de pacientes con KRAS mutado es superior respecto a los datos publicados, quizás debido al corto periodo analizado y por consiguiente al número de pcs. La seguridad en la administración y la tasa de respuestas justifica el empleo del tto anti-EGFR en pcs KRAS nativo con CCRA.

P-55

ANÁLISIS DEL VALOR PRONÓSTICO Y PREDICTOR DE RESPUESTA A BEVACIZUMAB DE LA MUTACIÓN DE K-RAS EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO

José María Vieitez de Prado, Paula J. Fonseca, Carolina Muriel, Miguel Fernández de Sanmamed, Pablo Pardo, Marta Izquierdo, José Pablo Berros, Milagros Balbin, Ángel J. Lacave. Servicio de Oncología Médica Del Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción y Objetivos: La mutación de K-ras ayuda a predecir respuesta a cetuximab/panitumumab tanto en primera como en sucesivas líneas (ASCO 08 abstract 2# and 4000#, NEJM2008; 359: 1757. JCO2008; 26: 374. JCO2008; 26: 1626). Sin embargo, existen pocos datos sobre el papel de la

mutación en pacientes tratados con bevacizumab. Nuestro objetivo es analizar el valor pronóstico y predictor de respuesta a bevacizumab de la mutación de k-ras.

Materiales: De los 120 pacientes con cáncer colorectal metastásico irresecable tratados en primera línea con CA-PIRI (capecitabina + irinotecan) y bevacizumab en nuestro servicio, se estudió la presencia de mutación de k-ras en los 105 que estaban vivos en abril de 2008, momento en que se estandarizó esta prueba en nuestro centro. Posteriormente se llevó a cabo un estudio multivariante de regresión logística para respuesta y de regresión de Cox para supervivencia.

Resultados:

- El estado del gen k-ras fue: 54% nativo, 34% mutado y 12% desconocido.
- Las mutaciones más frecuentes fueron: Gly12Asp 39%, Gly12Val 24% y Gly13Asp 20%.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en respuesta: 69% respuestas en gen nativo frente a 56% en gen mutado, $p=0,18$ (tabla 1).
- Tampoco se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de supervivencia en función de si existía (17,8 meses) o no (18,4 meses) mutación del gen ras (tabla 2).
- El modelo de regresión de Cox mostró, en relación con la mutación de ras, una Hazard Ratio (HR) de 0,788, IC95%(0,42-1,47), $p=0,45$.

Tabla 1. Análisis de la relación entre mutación de gen ras y respuestas.

Mutación RAS		Respuesta				Total	
		RC / RP		NC / PE		N	%
		N	%	N	%		
No	44	68,8	20	31,3	64	100	
Sí	23	56,1	18	43,9	41	100	
Total		67	63,8	38	36,2	105	100
p-valor		0,188					

RC= respuesta completa, RP= respuesta parcial, NC= no cambios, PE= progresión de la enfermedad

Conclusiones: A diferencia de lo que ocurre con cetuximab

y panitumumab, la presencia de mutación en el gen k-ras no ha demostrado ser un factor pronóstico negativo ni predictor de menor respuesta a esquemas con bevacizumab, en nuestra serie.

P-56

CÁNCER DE CANAL ANAL, 8 AÑOS DE EXPERIENCIA

Amparo Iraola Lliso, Mireia Gil, M^a José Safont, Nieves del Pozo, Eugenio Palomares, Patricia Olmo, Vega Iranzo, Cristina Caballero, Ana Blasco, Carlos Camps.

Servicio Oncología médica. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: El cáncer de canal anal (CCA) supone el 1,5% de las neoplasias digestivas. El tratamiento estándar es la quimiorradioterapia (QT/RT) radical reservándose la cirugía para los pacientes que no responden o recidivan. Analizamos los resultados de nuestro centro en los últimos 8 años.

Materiales: Pacientes diagnosticados de CCA entre Marzo/2001 y Mayo/2009. Revisamos las características clinicopatológicas (CP), tratamiento, toxicidad y respuesta.

Resultados: Se analizaron 17 pacientes, el 76% varones. Edad media: 51 años (35-72). Características CP: grado histológico: G1-2 84% y G3 16%; localización del tumor: canal anal 24%, margen anal 17%, ambos 58%; PS (0-1: 100%); TNM: T1 (6%), T2 (25%), T3 (31%), T4 (38%); 59% N+ y 11% M1. El 35% de los pacientes eran VIH+ y el 35% VPH+, existiendo coinfección en 2 casos. 15 pacientes (88%) recibieron QT/RT; el 53% recibieron boost adicional Esquema de QT: mitomicina-5Fu n=12 y CDDP-5Fu n=3. Toxicidad aguda G3-4: neutropenia 17%, trombopenia 12%, proctitis 6%. Toxicidad tardía: incontinencia esfinteriana n=2 Respuesta: RC 65% (n=11); RP 6%; PE 12% (n=2). Preciso rescate quirúrgico el 29% de los pacientes. 6 pacientes (35%) han fallecido y 10 (59%) están vivos libres de enfermedad.

Conclusiones: Las características CP son discordantes con la literatura en: porcentaje superior de varones y afectación ganglionar; menor localización en CA, por las características del área (incluye centro penitenciario). El tratamiento QT/RT muestra una tasa de RC=65% con buena tolerancia.

Tabla 2. Análisis de la relación entre mutación de gen ras y respuestas.

Mutación RAS		SUPERVIVENCIA							
		Media	D.T.	Mediana	Mínimo	Máximo	Q ₁	Q ₃	N
No		18,4	6,7	18,0	6,2	34,0	12,3	23,8	64
Sí		17,8	8,2	16,0	4,0	39,0	11,0	24,0	41

DT= Desviación Típica Q₁= 1º cuartil Q₃= 3º cuartil

P-57

DARBEPOETIN ALFA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMORES GASTROINTESTINALES: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO RADAR

M. Martín (1), U. Anido (2), A. Font (3), P. Bueso (4), A. Bustos (5), M.A. Cruz (6), J.A. Gasquet (7), A. Alegre (8).
 (1) Servicio Oncología Médica, Hospital de Sant Pau, Barcelona; (2) Servicio Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; (3) Servicio Oncología Médica, ICO Badalona, Badalona; (4) Servicio Oncología Médica, Hospital de Barbastro, Barbastro; (5) Servicio Oncología Médica, Clínica Vistahermosa, Alicante; (6) Serv. Oncología Médica, Hospital Virgen de la Salud, Toledo; (7) Departamento Médico, Amgen, Barcelona; (8) Servicio Hematología, Hospital de la Princesa, Madrid.

Introducción y Objetivos: Darbepoetin alfa (DA) es un agente estimulador de la eritropoyesis único que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la anemia inducida por quimioterapia (AIQ) tanto en pautas semanales como cada tres semanas. El presente estudio tiene como objetivo describir el patrón de uso de DA en pacientes (pts) con tumores gastrointestinales (GI) y AIQ, dentro del contexto de la práctica clínica en España.

Materiales: Estudio observacional, abierto, retrospectivo, realizado en 58 centros españoles. Pts: ≥ 18 años, diagnosticados de neoplasia no mielóide con AIQ y tratados con DA entre octubre 2005 y octubre 2006. Se recogieron datos demográficos y características clínicas, quimioterapia y radioterapia, administración de DA, transfusiones y niveles de hemoglobina (Hb) desde el inicio del tratamiento con DA hasta un máximo de 16 semanas o la interrupción del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes con tumores GI. Edad mediana: 65,9 años (rango: 36,1-83,2), 63,2% hombres, 73,6% ECOG 0-1, 50% estadio IV. Tumor primario: 68,9% colorectal, 21,7% estómago y 9,4% esófago. Hb media al inicio del tratamiento con DA: 10,3 g/dl (DE1,0). El 68,8% de los pts tenían niveles basales de Hb entre 9-11 g/dL. DA se administró una mediana de 85,5 días (rango: 7,0-112,0) siendo la pauta de 500 microgramos cada tres semanas la más utilizada (64,2%). El 73,8% de los pts alcanzaron el nivel de Hb objetivo ($Hb \geq 11$ g/dl). La Hb media a las 16 semanas de tratamiento con DA fue 11,6 g/dl (DE1,5). Diez pts (9,4%) requirieron transfusiones de hematíes desde la semana 5 al final del periodo de observación. La terapia con DA fue bien tolerada en general. Tan sólo en dos pts (1,9%) se reportó un acontecimiento adverso relevante.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, el tratamiento de la AIQ con DA en práctica clínica habitual en tumores GI resultó efectivo y bien tolerado.

P-58

FLOX MODIFICADO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE COLON

Esther Uña Cidón*.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: Oxaliplatino (Ox) y 5-fluorouracilo (5-FU) son los agentes citotóxicos más utilizados en el tratamiento adyuvante (TA) del cáncer de colon (CC). Los beneficios de añadir Ox a un esquema con 5-FU y leucovorín (LV) son claros, logrando mejoría significativa de la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en pacientes con estadios II y III de CC, independientemente del régimen de 5FU/LV utilizado. Nuestro estudio examina la eficacia y toxicidad de un régimen con 5-FU/LV semanal asociado a Ox quincenal (esquema FLOX modificado) en el TA del CC en nuestra institución.

Materiales: Evaluamos retrospectivamente las historias de pacientes sometidos a cirugía potencialmente curativa de CC estadio III que recibieron TA con el esquema FLOX modificado. El tratamiento consistió en 5-FU 425 mg/m² y LV 20 mg/m² por vía intravenosa (iv) en bolo semanal sin descanso con Ox 85 mg/m² iv administrado en días 1, 15 y 29 de cada ciclo de 4 semanas por un tiempo total de 6 meses.

Resultados: Se reclutaron 42 pacientes. 28 hombres. Mediana de edad 52 años (31-68). Mediana de seguimiento para los pacientes que siguen con vida es de 37 meses. SLE a los 2 años fue del 78% y a 3 años 71%. Toxicidad por trombopenia grado 3 en el 6,8% y la toxicidad de grado 3 neurosensorial se observó en 8,1%. Diarrea grado 3 en el 4,6%. No hubo muertes tóxicas. Astenia grado 3 en el 3,6%. El 25% de los pacientes necesitó reducción de dosis de Ox un nivel (20%); un 5% reducción de dos niveles (40%) y el 8% de los pacientes precisó reducción del 5-FU.

Conclusiones: La SLE fue similar a otros regímenes de combinación de Ox con 5-FU/LV con unas toxicidades manejables. Aunque cada día se tiende a utilizar más la terapia oral asociada a Ox como TA aún en muchos lugares la infusión iv de 5-FU es estándar. El régimen FLOX modificado podría considerarse como una alternativa en el TA de pacientes operados de CC estadio III que no desean catéter central para infusión continua.

P-59

INSATISFACTORIOS RESULTADOS DE LA TAC EN LA ESTADIFICACIÓN CLÍNICA LOCORREGIONAL DEL CÁNCER DE RECTO

Javier Gallego Plazas, Elisa Gálvez, María Guirado, Verónica González, Rosario Salgado, Raúl Carrillo, Elena Asensio,

Asunción Soto, María José Escudero, Natividad Martínez.
Servicio Oncología Médica. Hospital General Universitario Elche.

Introducción y Objetivos: Existe una tendencia a la sustitución de la TAC por la RNM pélvica y la ultrasonografía endorrectal en la estadificación locorregional pretratamiento del cáncer de recto localizado. El objetivo principal de este estudio es confirmar la escasa validez del TAC en la estadificación locorregional en el cáncer de recto localizado para así justificar su sustitución por otras técnicas diagnósticas.

Materiales: De manera retrospectiva se analizaron los datos relativos a la estadificación clínica pretratamiento mediante TAC y su correlación con los resultados anatomopatológicos en un grupo de 45 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma rectal incluidos en un protocolo de tratamiento radioterápico neoadyuvante de ciclo corto en el área 20 del Servicio Valenciano de Salud.

Resultados: En 3 pacientes (6,7%) el tumor fue considerado como estadio clínico I, en 31 pacientes (68,9%) como estadio clínico II, y en 11 pacientes (24,4%) como estadio clínico III. La sensibilidad (S) de la TAC en el diagnóstico de tumores T2 fue del 16,667 % [S (IC 95%): 16,67 (5,78-27,56)], la especificidad (E) del 92,31 % [E (IC 95%): 92,31 (84,53-100)]. Para tumores T3, la S de la TAC fue del 87,88 % [S (IC 95%): 87,88 (78,34-97,42)], y la E del 41,67 [E (IC 95%): 41,67 (27,27-56,07)]. En tumores T4, la TAC mostró una S del 100 % [S (IC 95%): 100], y una E del 95,24 % [E (IC 95%): 95,24 (89,02-100)]. La S de la TAC para valoración de afectación ganglionar fue del 38,10 % [S (IC 95%): 38,10 (23,58-52,62)], y la E del 86,36 % [E (IC 95%): 86,36 (76,10-96,62)].

Tabla 1. Estadificación clínica de los pacientes p.

Estadio	TNM clínico	N=45 (%)
I	cT2 cN0 cM0	3 (6,7)
II	IIA	29 (64,4)
	IIB	2 (4,4)
III	IIIA	1 (2,2)
	IIIB	10 (22,2)

Tabla 2. Comparación entre estadio clínico y ana.

ESTADÍO CLÍNICO	Estadio PATOLÓGICO				TOTAL
	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	
	Estadio I	2	1	-	
Estadio II	7	9	13	1	30
Estadio III	-	3	8	-	11
TOTAL	9	13	21	1	44*

Tabla 3. Comparación entre estadio clínico y ana.

ESTADÍO CLÍNICO	Estadio ANATOMOPATOLÓGICO			TOTAL
	Estadio I y II	Estadio III	Estadio IV	
	Estadio I y II	19	13	
Estadio III	3	8	-	11
TOTAL	22	21	1*	44*

Tabla 4. Sensibilidad y especificidad de la TA.

TAC	PATÓLOGO		
	T2	No T2	TOTAL
	T2	1	3
No T2	5	36	41
TOTAL	6	39	45

S (IC 95%): 16,67 (5,78-27,56).

E (IC 95%): 92,31 (84,53 -100).

Tabla 5. Sensibilidad y especificidad de la TAC.

TAC	PATÓLOGO		
	T3	No T3	TOTAL
	T3	29	7
No T3	4	5	9
TOTAL	33	12	45

S (IC 95%): 87,88 (78,34 - 97,42).

E (IC 95%): 41,67 (27,27 - 56,07).

Tabla 6. Sensibilidad y especificidad de la TAC.

TAC	PATÓLOGO		
	T4	No T4	TOTAL
	T4	3	2
No T4	0	40	40
TOTAL	3	42	45

S (IC 95%): 100 .

E (IC 95%): 95,24 (89,02 - 100).

Tabla 7. Sensibilidad y especificidad de la TAC.

TAC	PATÓLOGO		
	Si N+	N 0	TOTAL
	Si N+	8	3
N 0	13	19	32
TOTAL	21	22	43

S (IC 95%): 38,10 (23,58 - 52,62).

E (IC 95%): 86,36 (76,10 - 96,62).

Conclusiones: Los insatisfactorios resultados obtenidos con la TAC en la estadificación clínica locorregional del cáncer de recto, confirmados en nuestra serie, justifican la creciente utilización de la ultrasonografía endorrectal y de la RNM para este fin.

P-60

PERFIL CLÍNICO - PATOLÓGICO PREDICTIVO DE LOCALIZACIÓN DE RECAÍDA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE COLON ESTADÍOS II Y III

Iker López-Calderero, Begoña Pérez-Valderrama, Elizabeth Sánchez Chavez, Manuel Chaves Conde, Jesús Corral Jaime, María Atienza Reina, Yolanda Fernández, Luis Paz-Ares, María Luisa Limón, Rocío García-Carbonero.

Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y Objetivos: Identificar factores clínico-patológicos diferenciales predictivos de la localización de recaída en pacientes con adenocarcinoma de colon estadios II-III.

Materiales: Cohorte prospectiva de 155 pacientes consecutivos intervenidos de adenocarcinoma de colon estadios II-III. El objetivo principal fue la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años global(SLE_E), hepática(SLE_H), pulmonar(SLE_P), ganglionar(SLE_G) y peritoneal(SLE_{PE}). Las variables analizadas incluyeron: edad, sexo, localización del tumor primario, obstrucción y perforación intestinal, estadio(TNM), grado histológico(GH), ECOG, CEA pre/postquirúrgico, esquema de tratamiento, toxicidad grado III/IV, reducciones y retrasos de quimioterapia. Análisis realizado con SPSS v16.0(Kaplan-Meier y log-rank test con nivel de significación p<0,05).

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (61% estadio II y 39% estadio III). La SLE (5a) fue 73,7% [IC 95%: 72,7-74,7] en estadio II y 56,4% [IC 95%: 56,2-56,6] en estadio III. Con un seguimiento mediano de 50 meses, 40 pacientes han recidivado (58% a distancia). Las localizaciones más frecuentes fueron hepática(9,5%), pulmonar(5,8%), ganglionar(6,5%) y peritoneal(6,5%). La SLE_H fue significativamente superior en mujeres 88% vs. varones 72% y en pacientes con toxicidad grado III/IV 91% vs. grado I/II 73%. La SLE_G fue superior en grados histológicos más diferenciados GHI 97% vs. GHII 75%, y en tumores con menor afectación ganglionar (N0 92%, N1 90%, N2 83%). La SLE_{PE} fue superior en aquellos pacientes no obstruidos 94% vs. 75%, no perforados 92% vs. 70% y en grados histológicos más diferenciados GHI 98% vs. GHII 80%. No se objetivó ningún factor predictivo de SLE_P.

Conclusiones: Determinados factores clínico-patológicos como el sexo, la afectación ganglionar locorregional, la existencia o no de perforación y obstrucción intestinal, grado histológico y la toxicidad podrían influir en el tipo de recaída.

P-61

QUIMIORADIOTERAPIA (QT-RT) NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO CON CAPECITABINA-OXALIPLATINO (XELOX). EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY

José Ponce Lorenzo*, Araceli Moreno**, María Planelles***, Francisco Aparisi*, José Clemente**, Amparo Oltra*, José M. Sastre*.

Unidad de Oncología médica. Hospital Virgen de los Lirios. **Oncología Radioterápica. IVO Alcoy. *Anatomía Patológica. Hospital Virgen de los Lirios.*

Introducción y Objetivos: La QT-RT neoadyuvante basada en fluoropirimidinas ha demostrado disminuir la tasa de recidivas locales y una mejor tolerancia frente al tratamiento adyuvante. La adición de oxaliplatino ha mostrado altas tasas de respuesta.

Materiales: Análisis retrospectivo. Abril 2007 - Mayo 2009. 23 pacientes (pcs) con cáncer de recto localmente avanzado (cT3-T4 y/o cN+). Mediana de edad: 61 años (48-75). 74% Hombres. Tercio inferior: 35 %, Tercio medio: 52 %. Todos disponen de RMN pélvica. Estadios más frecuentes: cT3N2 (48 %), cT3N1 (26%), cT4N2 (13%). QT con XELOX: Capecitabina (825 mg/m² /12 horas días 1-14 y 22-35) y Oxaliplatino (50 mg/m² días 1, 8, 22 y 29) junto con RT concomitante externa, dosis total de 50,4 Gy, 180 cGy/día (45 Gy al volumen tumoral y 5,4 Gy de sobreimpresión). Cirugía tras 5-6 semanas. Posteriormente 6 ciclos de QT adyuvante (Capecitabina 1000mg/12h d.14d. c.21d.) + (Oxaliplatino 100 mg/m² c.21d.).

Resultados: Mediana de tiempo desde 1ª visita de Oncología Médica hasta inicio de tratamiento concomitante: 10 días. Ningún paciente con QT previo inicio de QTRT. Actualmente 3 pcs en curso de neoadyuvancia. 1 paciente falleció por perforación de intestino delgado (cT4N2). 19 pcs completaron el tratamiento neoadyuvante sin reducción. Toxicidades más frecuentes: neuropatía periférica grado 1 (37%) y diarrea grado 1 (32%). Cirugía con escisión mesorrectal total en 19 pacientes, 13 amputaciones abdominopereineales (68%). 6 respuestas completas patológicas (32%) y además 2 pTisN0M0. Infraestadificación patológica: 16 pcs (84%). Complicaciones postoperatorias: 6 pcs (4 abscesos pélvicos, 2 suboclusiones intestinales). QT adyuvante en 9

pacientes (47%), dosis plenas en 4 pacientes. 2 recidivas metastásicas, 1 local. 1 muerte por progresión.

Conclusiones: El tratamiento neoadyuvante es bien tolerado. Obtenemos una alta tasa de respuestas completas patológicas a expensas de complicaciones postoperatorias que influyen en el tratamiento adyuvante. Disponer de Radioterapia en nuestro centro facilita un inicio rápido del tratamiento.

P-62

RADIO-QUIMIOTERAPIA CON CAPECITABINA Y OXALIPLATINO COMO TRATAMIENTO PREOPERATORIO EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA RECTAL ESTADÍO III

Beatriz González Astorga*, Encarnación González*, Berta Jiménez*, Verónica Conde*, Victoria Castellón*, Arantza González*, Raquel Luque*, Mercedes Zurita**, Raquel Conde***, Juan Ramón Delgado*.

Servicio de Oncología Médica, Servicio Oncología Radioterápica**, Servicio de Cirugía General***, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

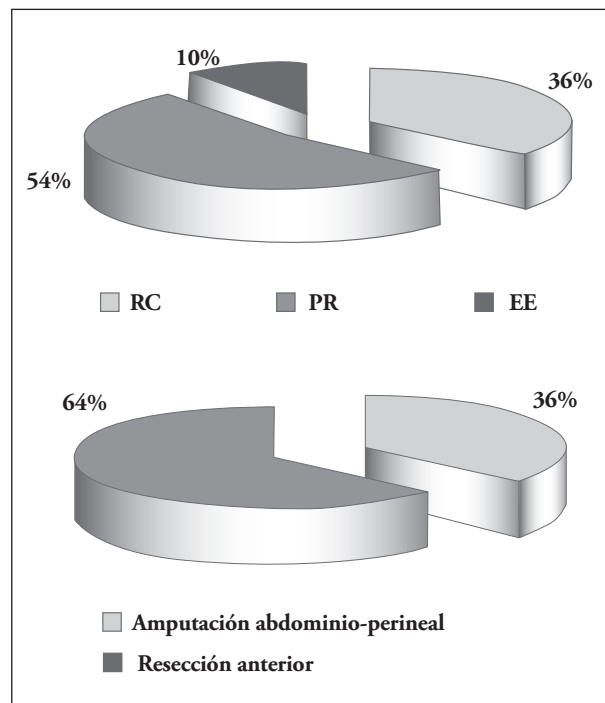
Introducción y Objetivos: El tratamiento preoperatorio de radioterapia combinada con 5-Fluoracilo en infusión continua es considerado un estándar en pacientes con Adenocarcinoma rectal estadio II-III. Oxaliplatino es un candidato razonable para tratamientos de combinación por su eficacia y ser un potente radiosensibilizador. El principal objetivo es evaluar la actividad y seguridad del tratamiento preoperatorio con radioterapia concurrente con Capecitabina y oxaliplatino en pacientes con Adenocarcinoma rectal localmente avanzado.

Materiales: Entre Octubre de 2005 y Enero de 2009 se tratan 11 pacientes con diagnóstico histológico de adenocarcinoma rectal local, estadio III (9 T3 y 2 T4, todos con afectación ganglionar locoregional). Mediana de edad: 66 años (43-75), 10 hombres y 1 mujer. Se realizó estudio de extensión preoperatorio con CEA, ECO transrectal, RM pélvica, ECO abdominal, Rx tórax y PET. Régimen de tratamiento: Capecitabina 825 mg/m²/12h diaria y Oxaliplatino 50 mg/m² semanal durante la radioterapia 3D conformada (dosis total 45-50 Gy). Todos los pacientes se intervinieron a las 8 semanas de finalizar el tratamiento (resección anterior baja o amputación abdomino-perineal con escisión total del mesorrecto). El tratamiento adyuvante se realizó según estadio preoperatorio.

Resultados: De los 11 pacientes, en 10 (90%) hubo infraestadía: 4 pts (36%) con RCp, 6 pts (54%) con RPp y en 1 pt (10%) no hubo diferencias entre el estadio clínico y el patológico. Los resultados quirúrgicos fueron: 4

pts (36%) amputación abdomino-perineal y 7 pts (64%) con resección anterior. Se consiguió una resección R0 en 11 pacientes (100%). Toxicidad: no hubo muertes tóxicas, neurotoxicidad G1-2 18% (2 pts) y la principal toxicidad fue la diarrea G2-3 54% (6 pts).

Figura 1. Tasa de respuestas y resultados quirúrgicos.



Conclusiones: La radioterapia combinada con Capecitabina y oxaliplatino preoperatorio es una alternativa en pacientes con cáncer rectal estadio III, consiguiendo un importante porcentaje de infraestadificación (90%), con preservación del esfínter en más de la mitad de los pacientes. La toxicidad es aceptable y manejable.

P-63

RESPUESTA LOCAL DEL ADENOCARCINOMA DE RECTO METASTÁSICO AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EXCLUSIVO CON QUIMIOTERAPIA

Lucía Teijeira Sánchez, Virginia Arrazubi, Nuria Laínez, Laura Murillo, Rosana Grández, Berta Hernández, Idoia Morilla, Maite Martínez, José Juan Illarramendi, Ruth Vera. *Servicio de Oncología Médica - Hospital de Navarra*

Introducción y Objetivos: La respuesta histológica local del cáncer de recto al tratamiento preoperatorio con

quimiorradioterapia y su relación con el pronóstico ha sido bien documentada. Sin embargo, existe poca evidencia acerca de la respuesta del tumor primario al tratamiento con quimioterapia (QT). Evaluamos la respuesta local del cáncer de recto al tratamiento preoperatorio con QT basada en Oxaliplatino en pacientes con cáncer de recto metastático.

Materiales: Entre Junio-2001 y Abril-2008, se evaluaron 330 pacientes con cáncer de recto, de los cuales 51 fueron estadio IV. Revisamos 8 casos que recibieron QT basada en Oxaliplatino antes de la resección del tumor primario; cinco pacientes recibieron también anticuerpos monoclonales (cetuximab o bevacizumab). En tres pacientes la resección del tumor primario y las metástasis se realizó en la misma intervención y en un paciente la resección de las metástasis hepáticas se realizó en un intervención previa. En cuatro pacientes no se realizó finalmente resección de las metástasis por progresión de la enfermedad o contraindicación hallada durante la cirugía.

Resultados: Evidenciamos respuesta clínica en cinco pacientes y respuesta radiológica en 5 de 7 pacientes evaluados. En cuanto a la respuesta patológica, un paciente (12.5%) mostró respuesta patológica completa y en 3 pacientes únicamente se objetivaron células tumorales aisladas (37.5%). Tras un periodo de seguimiento de 16 meses (7-39), un paciente presentó recidiva local y progresión sistémica y un paciente falleció por progresión de la enfermedad sistémica.

Conclusiones: El tratamiento preoperatorio en el cáncer de recto metastático con Oxaliplatino produce control local de los síntomas, respuesta radiológica y una respuesta completa o casi completa en el 50% de los pacientes. Debido al tamaño de la muestra no podemos relacionar la respuesta histológica con un mejor pronóstico en estos pacientes. Creemos que en casos específicos de cáncer de recto metastático, esta opción terapéutica puede aportar beneficio a algunos pacientes.

P-64

TOXICIDAD SECUNDARIA A OXALIPLATINO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE COLON

Laura Palomar Abad, Carles Bosch, M^a Ángeles Royo, Carmen Molins, Rosa Llorente, José Muñoz, Inmaculada Maestu, Daniel Almenar.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Introducción y Objetivos: El Oxaliplatino-5FU en infusión continua (FOLFOX) está aprobado como tratamiento adyuvante del cáncer de colon estadio III. Su uso en estadio II se limita a pacientes de alto riesgo.

Se analizó la toxicidad aguda y acumulada de la adyuvancia con FOLFOX4, determinando si producía modificaciones significativas en la toxicidad.

Materiales: Estudio retrospectivo (enero 2005–septiembre 2007) de 62 pacientes con cáncer de colon reseccionado (18% estadio II con criterios de riesgo) tratados con FOLFOX-4. Mediana de edad, 61 años. 96% ECOG 0-1. Se descartaron otras causas de neuropatía periférica.

Resultados: Mediana duración de tratamiento (12 ciclos): 6,1 meses (5,37-8). Mediana de dosis de oxaliplatino: 884 mg/m² (383-1020). Dosis recibida: 87,7% de dosis planeada. 14 pacientes (22,6%) no completaron el tratamiento previsto (13 por toxicidad). Todos presentaron algún grado de neurotoxicidad aguda transitoria. La neurotoxicidad fue de aparición precoz (41% G1 tras primer ciclo). El 45,2% presentó neurotoxicidad G2 que obligó a reducir la dosis de Oxaliplatino. 12,9% con repercusión funcional G3, tras dosis acumuladas > 550 mg/m², mantenida 3 meses en 5 pacientes, 6 meses en 2 y 0 al año. Sólo 2 pacientes sufrieron disestesia faringolaríngea durante la infusión de oxaliplatino que cedió tras aumentar el tiempo de infusión. Otra toxicidad (grado 3-4): Trombopenia 1,6%, Neutropenia 40,3%, Fiebre neutropénica 4,8%, Diarrea 6,5%.

Conclusiones: La toxicidad hematológica y digestiva del tratamiento con oxaliplatino en adyuvancia es asumible. La principal toxicidad limitante de dosis es la neurotoxicidad. La neurotoxicidad residual tiene un importante impacto en la calidad de vida.

P-65

TUMORES DIGESTIVOS EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NUEVO HOSPITAL INFANTA LEONOR

Nuria Rodríguez Salas, Carmen González, Almudena Martín, Ana López-Alfonso, Miguel Ángel Lara.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Infanta Leonor.

Introducción y Objetivos: Los tumores digestivos representan un porcentaje muy alto del total de patología atendida en un servicio de oncología. Suponen un importante problema de salud pública y en conjunto, la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años en ambos sexos a nivel mundial. Presentamos los resultados de un análisis descriptivo realizado en el H. Infanta Leonor en el transcurso de su primer año de apertura.

Materiales: Presentamos las características descriptivas en cuanto a edad, sexo, localización del tumor dentro del área gastrointestinal, histología y estadio al diagnóstico de los datos recogidos de 106 pacientes diagnosticados de tumores digestivos entre Abril/08 a Abril/09 en el Hospital Infanta Leonor.

Resultados: Los datos mostraron una mayor incidencia en hombres (65%) que en mujeres (35%), por localización del tumor, la mayor incidencia la presentó los tumores de colon (43%), gástrico (21,5%), recto (19,6%) esófago (4,7%), páncreas (3,7%) seguidos por hígado, apéndice, ano, peritoneo y vesícula. La histología predominante fue adenocarcinoma (72,6%), seguido por carcinoma, en un 7,5% de los casos no se pudo obtener la histología. En cuanto a estadio al diagnóstico la mayoría debutó con estadio IV (35%) seguido de estadio III (36%), estadio II (15%) y estadio I (3,8%). No se pudo determinar es estadio en un 10,4% de los casos.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja datos superponibles con las estadísticas publicadas en la literatura, siendo más frecuente en varones. Destaca el porcentaje mayor de lo esperado de pacientes con estadio IV al diagnóstico. Asimismo los datos coinciden con la histología más frecuente de estos tumores, siendo el adenocarcinoma la más prevalente.

P-66

USO DE BEVACIZUMAB EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA COLORECTAL METASTÁSICO

M^a Carmen Serrano, M^a José Agustín, Vicente Alonso*, Cristina Gómez, Elisa Soler, Reyes Abad.

*Servicio Farmacia, *Servicio Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet.*

Introducción y Objetivos: Analizar la efectividad y seguridad de bevacizumab (BVZ) en pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRM).

Materiales: Pacientes con CCRM tratados con bevacizumab el primer semestre de 2007 y seguimiento hasta marzo 2009. Variables: edad al diagnóstico, localización metástasis, líneas de tratamiento, tasa de respuesta y mediana de SLP, efectos adversos, retrasos del tratamiento y disminución de dosis.

Resultados: 26 pacientes, 16 hombres, mediana de edad al diagnóstico 60 años (38-76). Metástasis hepáticas (61,5%), pulmonares (23,1%), ambas localizaciones (15,4%). Mediana de tiempo desde el diagnóstico de enfermedad metastásica hasta inicio del tratamiento con BVZ: 36 semanas, mediana de líneas de tratamiento previas a BVZ: 2 (0-4). BVZ en primera línea: 27%. Mediana de ciclos de tratamiento con BVZ: 18 (2-39). BVZ se acompañó en primera línea de FOLFIRI (50%), FOLFOX (23,1%) y XELOX (11,5%). El 50% llevo una segunda línea de tratamiento con BVZ y un 27% una tercera. Presentaron RP el 33,3% y EE un 66,7%; mediana de SLP: 12,5 meses (4-25), mayor SLP con FOLFIRI (13,7 meses). Pacientes rescatados para cirugía de metástasis tras el tratamiento con BVZ:

26,9%. Reacciones adversas: neutropenia (26,9%); anemia (26,9%); náuseas y vómitos (50%); diarrea (57,7%); astenia (7,7%); neuropatía (73,1%), mucositis (61,5%), HTA (32%). Uno falleció por hemorragia digestiva. 11,5% requirió eritropoyetina, 38,5% G-CSE, 50% retraso del ciclo y 42,3% disminución de dosis.

Conclusiones: BVZ es efectivo acompañado de distintos regímenes de quimioterapia. Aunque efectivo presenta un perfil de efectos adversos que hay que considerar. BVZ se mantiene en un porcentaje importante de pacientes cambiándose los esquemas asociados.

P-67

CETUXIMAB EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL METASTÁSICO NO CANDIDATOS A QUIMIOTERAPIA

Teresa Pérez Hoyos, Teresa Abad, M^a Ángeles Sala, Elena Galve, Purificación Martínez, Carla Antonilli.

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Basurto, Bilbao (Bizkaia). Servicio Vasco de Salud. Osakidetza.

Introducción y Objetivos: Cetuximab es un anticuerpo IgG1 monoclonal quimérico indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico, con gen KRAS nativo, en combinación con quimioterapia o en monoterapia en aquellos pacientes en los que haya fracasado o no toleren el tratamiento quimioterápico. En nuestro centro hemos ofrecido el esquema bisemanal con intención paliativa a pacientes no candidatos a otras maniobras terapéuticas.

Materiales: Desde Mayo de 2008 10 pacientes, 9 hombres y 1 mujer, con edad media de 66 años (42-81), diagnosticados de adenocarcinoma colorrectal metastásico con K-RAS nativo fueron tratados con Cetuximab en monoterapia. Las razones para no recibir quimioterapia consistían en edad avanzada (30%), comorbilidad severa (20%), progresión o toxicidad previa a regímenes de quimioterapia basados en oxaliplatino, irinotecan y fluoropirimidinas (40%) o rechazo del paciente (10%). Tras información y firma de consentimiento los pacientes fueron tratados según esquema cetuximab 500mgr/m² bisemanal con profilaxis de rash acneiforme mediante hidratación, cuidado de la piel y eritromicina tópica. El ECOG PS de los pacientes 0/1/2 al inicio del tratamiento era 20% / 60% / 20% respectivamente.

Resultados: Se administraron una media de 5 ciclos por paciente (1-16) con toxicidad gr 3 cutánea en 1 paciente, gr 1 en el resto y nula toxicidad gr 4. Se observó progresión dentro de las primeras 4 semanas en 4 pacientes. En 2 de ellos enfermedad estable radiológica mantenida 41 semanas

en un caso y 32 semanas en el otro sin haberse objetivado progresión tumoral en el momento actual. 4 pacientes no han sido aún valorados para respuesta. La totalidad de los pacientes mantuvieron un ECOG PS menor o igual a 2 durante el tratamiento.

Conclusiones: Cetuximab en monoterapia es un tratamiento con escasa toxicidad y modesto beneficio planteable en situaciones de adenocarcinoma colorrectal metastático K-RAS nativo no candidatos a quimioterapia que deseen tratamiento oncológico paliativo activo añadido a un adecuado control sintomático.

Cáncer No Colorrectal

Revisores:

Dra. Antonieta Salud Salvia
Dra. Pilar Escudero Emperador

P-68

ANÁLISIS MUTACIONAL DE LOS GENES KIT Y PDGFRA EN LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

J.A. Virizuela Echaburu, M. Sánchez-León*, F. Henao, I. Trigo, S. Pereira*, A. Hernández**, M. Díaz**, R. González Cámpora*.

Servicio de Oncología Médica. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Mérida**.*

Introducción y Objetivos: Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. El 90% de los casos se localizan en la pared del tubo digestivo, estómago (60%) e intestino delgado (25%). El diagnóstico se sustenta con marcadores inmunohistoquímicos de células intersticiales como receptor *KIT* (CD117) (90%) y el antígeno CD 34 (70%). Se han identificado mutaciones activadoras en genes *KIT* o *PDGFRA*. El gen *KIT* con 21 exones, localizado en brazo largo cromosoma 4 (4q12) en una región de 70kb que codifica una glicoproteína transmembrana de 145 kDa perteneciente a familia de receptores tirosina quinasa, cuyo ligando es el *stem cell factor* (SCF). La unión extracelular del SCF conlleva la dimerización de moléculas *KIT* adyacentes con la siguiente activación de los dominios tirosina quinasa intracitoplasmáticos.

Materiales: Se extrajo DNA en 97 casos siguiendo protocolos estándares en tejido parafinado y/o fresco. Se estudió la presencia de mutaciones en exones 11 y 9 del gen *KIT* y 12 y 18 del *PDGFRA* mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con cebadores localizados normalmente en

las regiones intrónicas. Los productos obtenidos se someten a secuenciación para identificar las mutaciones.

Resultados: Wild-type: 15 casos (15.5%). Mutaciones: 82 casos (84.5%). Gen *KIT*: Exón 11: 65(67%) (Deleciones/ Inserciones: 43, duplicación: 1, sustituciones puntuales: 21). Exón 9: 4 (4.1%) (Duplicaciones: 4). Gen *PDGFRA*: Exón 12: 3 (3.09%) (Sustituciones puntuales: 3, SNP sinónimo: 21). Exón 18: 10(10.3%) (Deleciones: 2, sustituciones puntuales: 8, SNP intrónicos: 28).

Conclusiones:

1. Las mutaciones más comunes interesan al exón 11 del gen *KIT* (67.0%) y al exón 18 del gen *PDGFRA* (10.3%). Wild-type (15.5%). Un 70% de los casos son anteriores al año 2005.
2. En el gen *PDGFRA* son frecuentes los SNP (*Single Nucleotide Polymorphism*). En los casos estudiados las mutaciones en *KIT* y *PDGFRA* han sido excluyentes.

P-69

ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO FASE II DE OXALIPLATINO (O) -CISPLATINO (P) - 5-FLUORACILO (F) Y RADIOTERAPIA (XRT) PREOPERATORIO EN PACIENTES CON CÁNCER ESOFÁGICO (CE), DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA (CEG) Y GÁSTRICO (CG)

Lydia Gaba García, Vanesa Ortega, Manuel Pera, Rosa Gallego, Manuel Vial, Marta Martín-Richard, Clara Montagut, Carlos Conill, Dulce Momblan, Joan Maurel. *Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía Gastrointestinal, Anatomía Patológica (Hospital Clínico de Barcelona).*

Introducción y Objetivos: El objetivo es determinar la eficacia y seguridad del régimen OPF-XRT preoperatorio en pacientes con CE, CEG y CG mediante un ensayo clínico fase II basado en un EC multicéntrico fase I previo.

Materiales: Pacientes con CE, CEG y CG resecable, definidos de alto riesgo (AR) por ultrasonografía endoscópica (USE). La variable resultado fue la respuesta patológica completa (RPC). Si dos RPC se reportaban en los primeros 18 pacientes, el reclutamiento continuaba con 23 pacientes adicionales. Criterios de inclusión: CE (escamoso o adenocarcinoma), CEG o CG con ECOG performance status (PS) 0-1. Estadíaj: USE, tomografía computarizada y laparoscopia en adenocarcinomas. Los pacientes recibieron 2 ciclos de O 85 mg/m², P 55 mg/m², F 3 mg/m² en 96h cada 4 semanas, más XRT con 45 Gy en 25 fracciones; la cirugía se realizó 5-8 semanas post-XRT. Todos los pacientes fueron evaluados periódicamente para eficacia y toxicidad. La RPC fue valorada por un patólogo único,

utilizando la clasificación de Cologne (C) para CE y los criterios de Becker (B) para CEG y CG.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes de cinco instituciones españolas, entre mayo/2004 y diciembre/2007. Los efectos adversos G3/4 incluyeron astenia (27%), infección (7%), diarrea (7%) y estomatitis (5%), dos muertes por toxicidad. 31 pacientes fueron a cirugía, con 94% R0, 3% R1 y 3% R2. En 7 de 41 pacientes (17%) se observó una RPC. Un 64% de CE (9/14) alcanzó grados III/IV de regresión patológica (C) y un 18% (3/17) de CEG y CG lograron la RPC (B). El tiempo libre de enfermedad (TLE) fue de 16,2 (IC: 12,2-NR) meses. La supervivencia global (SG) fue de 28,9 (IC: 22,5-NR) meses.

Conclusiones: Aunque globalmente la RPC, el TLE y la SG no parecen ser superiores a resultados obtenidos por otros ensayos con PF-XRT preoperatorio en pacientes de AR, el régimen OPF-XRT parece especialmente activo en CE.

P-70

EVALUATION OF RESPONSE TO SORAFENIB TREATMENT IN ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC): ROLE OF POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY (PET) IMAGING

Roberto A. Pazo Cid, Verónica Calderero, Teresa Puertolas, Juan Lao, María José Lecumberri, Irene Gil, Julia Madani, María Álvarez Alejandro, Vicente Alonso, Antonio Antón. *Servicio de Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción y Objetivos: Sorafenib increase overall survival in advanced HCC. Conventional radiologic response assesment is difficult and only demonstrates stable disease for most of the cases. PET might be an effective tool for evaluating response.

Materiales: Advanced HCC patients (pts) were assesed before treatment with a TAC-FDG-PET. Those who had an elevated standardized uptake value in any HCC lesion (SUV > 2,5) where reassessed with TAC-PET after 3 weeks on treatment. Sorafenib was administered at the usual 400mg/bid schedule.

Resultados: A basal PET scan was performed in 9 advanced HCC pts : 6 positive PET scans (70%) and 3 negative (30%); mostly were male (6 pts);median age 66,7 years (59 to 75); Child-Pugh status A/B/C 4/4/0; cirrhosis ethiology: HBV 1 pt / HCV 2 pts /Alcohol 4 pts / Primary biliary cirrhosis 1 pt /Unknown 1 pt; alpha -FP mean level was 732,0ng/ml (4,9 to 5338,0). All the 9 patients received at least 6 weeks of sorafenib. A second PET scan was performed to the 6 pts with basal positive PET 3 weeks after sorafenib had been started (range 2-4 weeks); 5 were negative and 1 positive. This correlated with 5 pts with radiologic

stable disease and 1 pt with progressive disease. The 3 pts who had a negative basal PET scan progressed on sorafenib therapy. Median survival was longer for those 5 pts who had a metabolic response on FDG -PET (8 months) than for the 1 pt who had no metabolic response (4 months) and than for the 3 pts who had a baseline low SUV (5 months).

Conclusiones: 70% of advanced HCC showed with increased SUV on baseline FDG -PET; early metabolic response documented after 3 weeks on sorafenib treatment seems to be a good predictor of clinical outcome. A low SUV at base line FDG-PET might predict no response to sorafenib therapy.

P-71

PAPEL DEL FDG-PET/TC EN LA PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA Y LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADO TRATADOS CON QUIMIORRADIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Juan J. Martín Liberal*, Albert Font**, Pamela Céliz**, Javier Jesús Robles***, José Javier Sánchez****, Cristina Gámez***, Anna M^a Boladeras*****, Ana Paula Caresia***, Leandre Farran*****, Maica Galán*.

*Servicio Oncología Médica ICO Hospitalet **Servicio Oncología Médica ICO Badalona ***PET-IDI Hospital Universitario de Bellvitge ****Departamento de Estadística Universidad Autónoma de Madrid *****Servicio de Oncología Radioterápica ICO Hospitalet *****Servicio de Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción y Objetivos: La quimiorradioterapia preoperatoria es ampliamente utilizada en pacientes (p) con cáncer de esófago localmente avanzado. Sin embargo, sólo los pacientes con respuesta histopatológica significativa obtienen beneficio de este tratamiento multidisciplinar. El objetivo de este estudio es evaluar el papel del FDG-PET/TC en la predicción de la respuesta patológica y la supervivencia en pacientes tratados con quimiorradioterapia neoadyuvante.

Materiales: Desde Junio de 2005 hasta Octubre de 2008, 29 p con cáncer de esófago estadios II-IVa fueron tratados concomitantemente con quimiorradioterapia y posterior esofagectomía. Se realizó FDG-PET/TC en 26 p (89%) en situación basal y a 4-6 semanas (mediana: 29 días) después de completar la quimiorradioterapia. Los p se clasificaron en 3 grupos en función de la disminución del tamaño del tumor (TL) y del máximo valor estandarizado de captación (SUV): Grupo 1: no respuesta significativa o progresión (disminución TL y SUV <50%); Grupo 2: respuesta parcial (disminución TL y SUV >50%) y Grupo 3: respuesta completa.

Resultados: 20 p tenían carcinoma escamoso y 9 adenocarcinoma. La mediana de seguimiento fue de 17 meses (m) (rango: 4-33). La respuesta por FDG-PET/TC en 25 p evaluables fue: Grupo 1: 8 p (32%); Grupo 2: 11 p (44%); Grupo 3: 6p (24%). Los resultados del FDG-PET/TC no se correlacionaron con la respuesta histopatológica (p=0,62). La mediana de supervivencia fue de 15m en el Grupo 1; 19,5m en el Grupo 2 y 25,5m en el Grupo 3 (p=0,28).

Conclusiones: Aunque no se observó relación entre la respuesta histopatológica y la respuesta por FDG-PET/TC, los p con respuesta por FDG-PET/TC alcanzaron una mayor supervivencia. Un mayor número de p y un seguimiento más largo son necesarios para clarificar el papel del FDG-PET/TC como marcador predictivo de respuesta patológica y supervivencia en p con cáncer de esófago tratados con quimiorradioterapia neoadyuvante.

P-72

CAPECITABINA COMO FLUOROPIRIMIDINA DE ELECCIÓN EN COMBINACIÓN CON DISTINTAS QUIMIOTERAPIAS EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO O METASTÁTICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FASE II

(1) Carlos Gómez-Martin, (2) Antonio Irigoyen, (3) María García-González, (4) Raquel Serrano, (5) Begoña Pérez, (6) María-José Safont, (7) Margarita Reboredo, (8) Adelaida LaCasta, (9) Pilar Regueiro, (10) Antonio Sánchez.

(1) *Hospital Doce de Octubre, Madrid, Madrid*, (2) *Hospital Virgen de las Nieves, Granada*, (3) *Hospital General Yagüe, Burgos*, (4) *Hospital Reina Sofía, Córdoba*, (5) *Hospital Virgen del Rocío, Sevilla*, (6) *Hospital General, Valencia*, (7) *Hospital Juan Canalejo, La Coruña*, (8) *Hospital de Donostia, San Sebastián*, (9) *Roche Farma*, (10) *Clínica Puerta de Hierro*.

Introducción y Objetivos: Las fluoropirimidinas siguen siendo la piedra angular del tratamiento del cáncer gástrico avanzado (CGA). Capecitabina (Xeloda®), X, una fluoropirimidina oral, ha demostrado no ser inferior a 5-FU en esta indicación. Este ensayo estudia la administración de X con distintos regímenes de quimioterapia en CGA.

Materiales: En este estudio Fase II se incluyeron pacientes (p) con CrCl >60 ml/min, ECOG ≤ 2 y función hepática normal. Los p recibieron, a criterio del investigador, uno de los esquemas siguientes (Cisplatino=C, Capecitabina=X, Epirubicina=E, Docetaxel=D y Oxaliplatino=O): CX (80 mg/m² d1/21 días y 1.000 mg/m² 2 veces al día 2 semanas cada 3 semanas); ECX (50 mg/m² d1/21 días, 60 mg/m² d1/21 días y 625 mg/ml 2 veces/día continuamente); DCX (60 mg/m² d1/ 21 días, 60 mg/m² d1/21 día y 825 mg/m² 2 veces/día dos semanas cada 3 semanas), y EOX (50

mg/m² d1/21 día, 130 mg/m² d1/21 día y 625 mg/m² dos veces/día continuamente). El objetivo 1º era perfil de seguridad y el 2º la eficacia.

Resultados: Desde Marzo 07 a Febrero 08 se incluyeron 158 p, edad media 60 años (20-79), 71% varones, 98% caucásicos y ECOG 0/1/2 (%) 41.8/46.8/10.7. El régimen preferido fue DCX (36,7 %), seguido por CX (26%), ECX (20,2%) y EOX (17,1%). Datos de 102 p con enfermedad medible muestran 57,8% de RR, y 86% de control de la enfermedad. Por grupo, RR fue: ECX 44.5%, CX 46.2%, DCX 71.8%, EOX 57.9%. Tiempo hasta progresión (95% IC): 6 meses (4.9 - 6.7). Mediana de supervivencia (95% IC): 9.8 (8.8-11,2) meses. EA más frecuentes: astenia (53%), vómitos (47%) y diarrea (41%). El síndrome manopie ocurrió en 27 pacientes, (5 p grado 3).

Conclusiones: Xeloda® puede ser fluoropirimidina de elección en combinación con otras quimioterapias como cisplatino, epirubicina, docetaxel y oxaliplatino. Tanto RR como la supervivencia es similar a la descrita previamente con esas combinaciones.

P-73

ESTUDIO PROSPECTIVO DE DOCETAXEL (T), CISPLATINO (C) Y UNA FLUOROPIRIMIDINA ORAL (FO) EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE PACIENTES (PTS) CON CÁNCER ESÓFAGOGÁSTRICO AVANZADO (CEGA)

Aleydis Pisa (1), Carles Pericay (1), Emma Dotor (1), Ferran Losa (2), Miquel Nogué (3), Jordi Alfaro (1), Teresa Bonfill (1), Rosa Querol (1), Irene Moya (1), Eugeni Saigí (1).

(1) *Institut Oncològic del Vallès, Oncología*; (2) *Hospital General d'Hospitalet, Oncología*; (3) *Hospital General de Vic, Oncología*.

Introducción y Objetivos: El TAX-325 permitió la aprobación de CT y 5FU en la primera línea en pts con CEGA. El REAL-2 y el ML 17032 evaluaron el uso de capecitabina (X) con resultados favorables en comparación con 5FU. Presentamos un estudio prospectivo para evaluar la eficacia y seguridad de una FO (X o tegafur) combinada con CT en primera línea en pts consecutivos con CEGA.

Materiales: Se incluyeron pts con adenocarcinoma de la UGE o de estómago sin tratamiento previo (excepto en adyuvancia). Cada ciclo consistía en 21 días: T 75 mg/m² día 1, C 60 mg/m² día 1, y una FO días 2-15 (X 825 mg/m²/12h o tegafur 500 mg/m²/12h con ácido levofolínico continuo 25 mg/m²). La respuesta era evaluada cada 3 ciclos según criterios RECIST. Se mantuvo tratamiento hasta progresión o toxicidad inaceptable. Los ajustes de dosis se realizaron según el CTCAE v3.0.

Resultados: Entre 2003 y 2008 se incluyeron 46 pts (34 varones) con edad mediana 64a (31-78). El 45% tenía enfermedad M1 (40% hepática, 32% peritoneal, 35% ganglionar). El 75% recibió 6 ciclos (mediana 4,5 ciclos/pt). Precisaron reducción de dosis en un 21% y G-CSF en 36%. Efectos adversos G3-4: neutropenia (26%), astenia (17%), diarrea (8%). La ORR fue 61% (7 RC, 12 RP). La SLP fue de 5,2 meses (0,1-14,6) y la mediana de SG fue de 10,0 meses (0,2-41). Los pts tratados con X presentaron una tendencia estadísticamente no significativa hacia una mejor SLP y SG versus tegafur.

Conclusiones: Los resultados de eficacia y el perfil de toxicidad de la combinación de TC con una FO en el tratamiento de primera línea de pts con CEGA son comparables a los datos de estudios previos con 5-FU, con mayor comodidad en pts que mantienen vía oral. La combinación con X presenta una tendencia hacia una mejor SLP y SG versus tegafur.

P-74

TOXICIDAD DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL Y SISTÉMICA NEOADYUVANTE EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL COMO ÚNICA LOCALIZACIÓN METASTÁSICA

Andrés Jesús Muñoz Martín (1), Pilar García-Alfonso (1), Virginia Martínez (1), Luis González-Bayón (2), Ignacio Juez (3), Piedad Reche (4), Santiago González-Moreno (5), Juan Torres (6), Iván Márquez-Rodas (1), Ricardo González del Val (1).

(1) Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2) Servicio de Cirugía General III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (3) Servicio de Oncología Médica. MD Anderson Internacional. Madrid. (4) Servicio de Oncología Médica. Hospital de Torrecárdenas. Almería. (5) Servicio de Cirugía General. MD Anderson Internacional. Madrid. (6) Servicio de Cirugía General. Hospital de Torrecárdenas. Almería.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante sistémica e intraperitoneal (NIPSC) es una nueva modalidad de tratamiento en cáncer gástrico avanzado con diseminación peritoneal. Se desarrolló para incrementar la tasa de citorreducción completa de carcinomatosis peritoneal. En 2006 Yonemura* publicó los resultados de un ensayo clínico fase II con NIPSC y cirugía citoreductora con un aumento en supervivencia global en pacientes que alcanzaron resección completa en comparación con controles históricos y con un favorable perfil de toxicidad (mediana de

supervivencia 20,4 meses). A continuación presentamos la toxicidad observada en la primera experiencia con NIPSC en cáncer gástrico en nuestro país.

Materiales: La quimioterapia intraperitoneal (ip) se administró a través de un catéter peritoneal implantable tipo port-a-cath. Todos los pacientes (pts) recibieron el siguiente esquema de quimioterapia (ver Tabla 1). Tres centros diferentes desarrollaron este protocolo bajo un programa de uso compasivo y se incluyeron diez pts. Mediana de edad: 51 años (rango 32-65). Sexo: 60% varones. Nº de dosis: 6 dosis-5 pts; 5 dosis-2 pts; 4 dosis-2 pts; 3 dosis-1 pt.

Tabla 1. Esquema NIPSC

Quimioterapia intraperitoneal (QT ip)

Docetaxel 40 mg ip dosis total en infusión de 30' día 1/semana
Carboplatino 150 mg ip dosis total en infusión 30' día 1/semana

Quimioterapia sistémica (concomitante con QT ip)

5-Fluorouracilo 600 mg/m² iv en bolo día 1/semana
Methotrexate 100 mg/m² iv en bolo día 1/semana

La quimioterapia sistémica e intraperitoneal se administra de forma simultánea y en esquema semanal. Tras 4 dosis semanales se procede a reevaluación mediante TAC toraco-abdominal y RMN abdominal y si existe respuesta o estabilización de la enfermedad se administran dos dosis extra hasta completar un total de seis dosis.

NOTA DEL AUTOR: SE INCLUYE LA REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA DEL TRABAJO ALUDIDO EN EL TEXTO DENTRO DEL APARTADO INTRODUCCIÓN OBJETIVOS

*Referencia: Yonemura Y, Banou E, Sawa T et al. Neoadjuvant treatment of gastric cancer with peritoneal dissemination. Eur J Surg Oncol. 2006 Aug;32(6):661-5.

Resultados: El efecto adverso más frecuente fue diarrea (80% total, no grado 3-4). El 70% de los pacientes presentó neutropenia grado I-II, con sólo un episodio de neutropenia febril grado III de bajo riesgo. No se utilizó G-CSF como profilaxis primaria. No otros episodios de toxicidad grado III-IV fueron observados. Otros efectos adversos frecuentes: dolor abdominal grado I-II 30%; astenia grado I-II 30%. No muertes tóxicas ni complicaciones relacionadas con el catéter. No toxicidades inesperadas ni tardías han sido descritas.

Conclusiones: Los resultados iniciales sugieren que la NIPSC es factible y segura. Datos procedentes de estudios fase II y III son esenciales para confirmar estos resultados y definir la eficacia de este nuevo abordaje y el esquema de quimioterapia más adecuado.

P-75

TRATAMIENTO ADYUVANTE MEDIANTE QUIMIORADIOTERAPIA SECUENCIAL EN CÁNCER GÁSTRICO

R. Eduardo Pacios Blanco, M^a Belén Ríos, Isabel Castillo, José Miguel Jurado, Irene Zarcos, M^a Teresa Delgado, Rafael Guerrero, José Luis García-Puche.

Unidad Clínica de Oncología, H. Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y Objetivos: La cirugía se ha establecido como el tratamiento estándar en pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado. Debido al elevado número de recidivas, el tratamiento de consolidación mediante quimioterapia y radioterapia es necesario en un intento de erradicar la enfermedad microscópica. Hemos realizado una evaluación, en términos de seguridad y eficacia, del tratamiento adyuvante con quimioterapia en esquema ECF y radioterapia secuencial.

Materiales: 35 pacientes, tratados entre Septiembre de 2001 y Abril de 2007. La distribución de estadios fue la siguiente: 6 E-II; 15 E-III a; 7 E-III b; 7 E-IV. El protocolo comenzó con cirugía en todos los pacientes, realizándose gastrectomía total en 24 y subtotal en 11. Seguidamente se administraron 6 ciclos de quimioterapia basada en epirubicina i.v. (50 mg/m²) y cisplatino (60 mg/m²) en día 1; y una perfusión continua de fluorouracilo (200 mg/m²/día) durante 21 días. Todos los pacientes finalizaron con radioterapia externa sobre región gástrica y cadenas linfáticas adyacentes según el siguiente régimen: 45 Gy, 1.8 Gy/fracción, 5 fracciones/semana, planificación 3D.

Resultados: 33 pacientes completaron el tratamiento (94,3%). Con una media de seguimiento de 2 años, la tasa de supervivencia global fue del 54%, y la tasa de supervivencia libre de enfermedad alcanzó el 50%. La toxicidad debida a la quimioterapia fue principalmente gastrointestinal y hematológica, sólo 1 paciente abandonó el tratamiento debido a neutropenia G III-IV. En cuanto a la radioterapia, 2 pacientes abandonaron el tratamiento debido a mala tolerancia gastrointestinal. Sólo 1 paciente sufrió retraso en el tratamiento debido a complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: El tratamiento adyuvante con quimioterapia en esquema ECF y radioterapia secuencial ha evidenciado un importante impacto en términos de control local y supervivencia global. Este protocolo fue bien tolerado en cuanto a toxicidad aguda y crónica. Sin embargo, estos hallazgos requieren estudios prospectivos.

P-76

TRATAMIENTO DEL PSEUDOMIXOMA PERITONEAL MEDIANTE CITORREDUCCIÓN QUIRÚRGICA

RADICAL Y QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL: TÉCNICA DE SUGARBAKER

Pedro Barrios Sánchez, Isabel Ramos, Cecilia Escayola, Domenico Sabia, Alexandro Bianchi.

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: El pseudomixoma peritoneal (PP) es un síndrome anatomopatológico que se manifiesta como un acúmulo de mucina intrabdominal asociada frecuentemente a voluminosas máxas tumorales. Mayoritariamente su origen es apendicular y su incidencia de 1 caso/año/millón/habitantes. La técnica de Sugarbaker: citorreducción quirúrgica radical (CCR)+quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) es el tratamiento actualmente recomendado con supervivencias a 10 años del 27-85%.

Materiales: Desde Sept06-Dic08 hemos tratado 26 pacientes diagnosticados anatomopatológicamente de PP: 6 adenomucinosis, 3 histologías híbridas y 17 carcinomatosis mucinosas. 14 mujeres/ 12 varones. EM 52,6 años (36-76a). Todos los pacientes previamente habían sido sometidos a algún tipo de cirugía. Tiempo medio diagnóstico PP/tratamiento radical de 31,2 meses. El Índice de Cáncer Peritoneal medio fue de 22,3. Se realizó una citorreducción completa en el 92,3% de los pacientes (CC0: 73,1 y CC1: 19,2%), mediante una media de 4,9 procedimientos de peritonectomías y exéresis visceral en el 91% de los pacientes. Se practicaron 1,7 anastomosis digestivas/paciente y tres estomas definitivos. Tres pacientes fueron tratados en dos tiempos quirúrgicos. Todos los pacientes recibieron HIPEC en modalidad abierta: 19 pacientes con mitC+cisplatino durante 1 hora a 43°C y 7 pacientes con oxaliplatino. Tiempo medio tratamiento: 9,1 horas.

Resultados:

- No hubo mortalidad hospitalaria. Un paciente reintervenido por colección hemática.
- Mediana de seguimiento: 16,2m. Cuatro pacientes recidivaron a nivel peritoneal y tres fueron sometidos de nuevo al tratamiento de Sugarbaker.
- Todos los pacientes están vivos, 21 libres de enfermedad y 5 con enfermedad abdominal.

Conclusiones:

- La baja incidencia del PP, la confusión existente en su definición y clasificación dificultan el diagnóstico y retrasan el tratamiento.
- A pesar del escaso nivel de evidencia existente con el tratamiento de Sugarbaker, los buenos resultados publicados señalan a este tratamiento como el estándar terapéutico en el PP.
- Se trata de un tratamiento complejo y agresivo con resultados muy relacionados con la experiencia del equipo médico y que obliga a ser aplicado en centros de referencia en el contexto de estudios controlados.

P-77

5-FLUOROURACILO/LEUCOVORIN, OXALIPLATINO E IRINOTECAN (FOLFOXIRI), COMO PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA DEL CARCINOMA GÁSTRICO AVANZADO

Carlos Grande Ventura*, María José Villanueva Silva*, Gerardo Huidobro Vence*, Marisol Ucha Sanmartín**, Rubén Ramírez Vargas***, Joaquín Casal Rubio*.

*S^o Oncología Médica; **S. Farmacia; *** S^o Oncología Radioterápica. Hospital Meixoeiro CHU Vigo.

Introducción y Objetivos: Análisis de eficacia y toxicidad de la combinación FOLFOXIRI como primera línea y con carácter asistencial en pacientes (p) con carcinoma gástrico avanzado (CGA), en base a los resultados publicados por Lee y col (Ann Onc 18: 88-92,2007).

Materiales: De abril/07 a enero/09 se han tratado un total de 19 p con diagnóstico de CGA loco-regional irreseccable o metastásico, < 75 años, previamente no tratados, PS 0-2 y adecuadas funciones hematológica, hepática y renal, mediante la combinación de: 5-Fluorouracilo 2000 mg/m² en infusión continua de 48 h/d1-3, Leucovorin 100 mg/m²/d-1, oxaliplatino 85 mg/m²/d-1 e Irinotecan 150 mg/m²/d-1, cada 2 semanas, por un total de 12 ciclos en ausencia de progresión o toxicidad inaceptable. Evaluables 18 p para toxicidad y 17 p para respuesta (2 p salida precoz del estudio).

Resultados: Edad media 63 años (51-75), V/H: 14/5, PS 0/1/2: 3/9/7. Loco-regional avanzado 5p y metastático 14p (órganos afectos 1/2/3:6/4/4. Ganglionar a distancia 27%, peritoneo 23%, hígado 19%, pulmón 11,5%, otros 19%). Se han administrado un total de 195 ciclos (media 10 por p). Eficacia: 1 RC y 9 RP (RR global 58,8%) (IC 95%: 32,9 – 81,6) y 7p EE (41,1%). La toxicidad más relevante por p ha sido: Anemia G 1+2: 83%, neutropenia G 3+4: 33%, plaquetopenia G 1+2: 28%, neurotoxicidad G 1+2: 44%, mucosistis G 1+2: 39%, diarrea G 1+2: 44% y emesis G 3+4: 16,5%. Precizando reducción de dosis 9p (50%). Solo 1p ha recibido QT en 2ª línea. Se ha realizado gastrectomía de rescate en 2p. Mediana de tiempo a progresión de 10 m y de SG de 11 m. Con un 32% de p supervivientes a 1 año.

Conclusiones: El esquema FOLFOXIRI como primera línea en CGA y con carácter asistencial, ha demostrado una elevada actividad con un perfil de toxicidad aceptable, reproduciendo los resultados publicados en series de p seleccionados.

P-78

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS METASTÁSICO: ¿HAY UN PAPEL PARA LA SEGUNDA LÍNEA?

María Fernández Abad, María Jesús Blanco, María Eugenia Olmedo, Federico Longo, M^a Ángeles Vaz, Vanessa Pachón, José Luis García, María Luisa García de Paredes, Carmen Guillén, Alfredo Carrato.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción y Objetivos: Es conocida la quimiorresistencia de esta enfermedad, siendo escasos los pacientes en los que se plantea una segunda línea. Por otra parte, no existe un estándar de tratamiento en pacientes refractarios a gemcitabina. El objetivo principal de este estudio es analizar la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) en pacientes que han recibido una segunda línea de tratamiento.

Materiales: Utilizando la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica, seleccionamos una cohorte retrospectiva de 35 pacientes con adenocarcinoma páncreas que habían recibido al menos dos líneas para la enfermedad metastásica. Se ha analizado la SLP y SG, empleando el paquete estadístico SPSS 15.0. La comparación de medias se ha realizado con la prueba t de Student.

Resultados: La mediana de edad al diagnóstico fue de 61 años (rango 45-80). Un 83% eran pacientes metastásicos o con enfermedad localmente avanzada al diagnóstico. Todos ellos recibieron una primera línea de quimioterapia paliativa con gemcitabina, en monoterapia o dobles, cuya mediana de SLP fue de 6,8 meses (DE 5,05). La mediana de SLP de la segunda línea fue de 4,07 meses (DE 4,15). Un 62,9% recibieron FOLFOX4, un 25,7% capecitabina-erlotinib y un 11,4% otros esquemas. La SLP fue superior con FOLFOX4 de forma significativa (5,6 vs 3,0 meses, p=0,03) con una toxicidad aceptable. El porcentaje de pacientes que recibió una tercera línea fue del 16,6%. La supervivencia global de la cohorte fue de 14,06 meses.

Conclusiones: Nuestra cohorte presenta una SLP con la segunda línea de quimioterapia similar a la descrita en la literatura. El esquema FOLFOX4 ha sido el más empleado con resultados estadísticamente superiores a otros esquemas, con una toxicidad aceptable, posibilitando una tercera línea de quimioterapia en algunos de estos pacientes.

P-79

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO METASTÁSICO: EFICACIA DE SEGUNDAS LÍNEAS DE QUIMIOTERAPIA

Vanessa Pachón Olmos, M^a Ángeles Vaz, María Eugenia Olmedo, Federico Longo, María Fernández, María Jesús Blanco, María Luisa García de Paredes, José Luis García, Carmen Guillén, Alfredo Carrato.

S^o de Oncología Médica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción y Objetivos: No existe ningún esquema de quimioterapia estándar en segunda línea de adenocarcinoma gástrico metastásico. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de estos pacientes, en términos de supervivencia libre de progresión (SLP), y supervivencia global (SG).

Materiales: Utilizando la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica, seleccionamos una cohorte retrospectiva de 27 pacientes con adenocarcinoma gástrico que habían recibido dos o más líneas para la enfermedad metastásica, tratados entre el año 2003 y 2008. Se ha analizado la SLP y SG en toda la cohorte y en el subgrupo con una SLP a la primera línea menor de 6 meses, empleando el paquete estadístico SPSS 15.0. La comparación de medias se ha realizado con la prueba t de Student.

Resultados: La cohorte presenta una mediana de edad al diagnóstico de 59 años (rango 31-82). La mediana de SLP de la primera línea fue de 7,36 meses (DE 4,56). La mediana de SLP de la segunda línea fue de 5,13 meses (DE 4,40). El esquema más utilizado fue FOLFIRI, con una SLP de 6,8 meses, seguido de docetaxel semanal, con una SLP de 4,7 meses, no alcanzando la diferencia la significación estadística ($p=0,4$). La mediana de SG fue de 15,8 meses (DE 11,04). Analizando el subgrupo con SLP de la primera línea mayor o menor de 6 meses, la SLP de la segunda fue significativamente mayor en el primero (5,59 vs 4,53 meses, $p<0,05$).

Conclusiones: Nuestra cohorte presenta una SLP y SG superior a la literatura. FOLFIRI se perfila como un buen esquema de quimioterapia de segunda línea, al incluir un fármaco distinto a los utilizados de manera habitual en primera línea y con una toxicidad aceptable. La introducción de nuevos fármacos y segundas líneas de tratamiento pueden explicar el incremento en SG.

P-80

RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO CON EL TRIPLETE CISPLATINO-5-FU-TAXOTERE

Ángel Segura Huerta, Esteban Rodrigo Imedio, David Lorente Estellés, Roberto Díaz-Beveridge, Jorge Aparicio Urtasun, Alejandra Giménez Ortiz, Helena de la Cueva Sapiña, Paula Richart Aznar, Vicente Alcolea Fuster. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Introducción y Objetivos: Desde la publicación del estudio TAX-325 el esquema DCF se ha posicionado como un estándar para el tto del cáncer gástrico avanzado. En nuestro centro lo hemos adoptado como primera línea en

pacientes con buen estado general. Presentamos nuestros datos de toxicidad y supervivencia para conocer la realidad de este esquema en el contexto asistencial.

Materiales: Pacientes con carcinoma gástrico avanzado, (agosto 2005-mayo 2009). Tratamiento: CDDP (75 mg/m², día 1) y 5FU (750 mg/m²) en i. c. de 120 horas, TAXOTERE 75mg/m² día 1, ciclos trisemanales. Se pauta profilaxis priMaría con G-CSF. Presentamos análisis de respuesta, toxicidad y supervivencia según método de Kaplan-Meier.

Resultados: 28 pacientes, 16 varones (57%) mediana edad 50 años, (19-68). Metastáticos: 18 pacientes, 10 pacientes localmente avanzados. Factores pronóstico: PS $< / = 1$ 75%. Pérdida de peso $< 10\%$ 57%. Localizaciones metastáticas: hepáticas 11%, peritoneales 29%, dos ó más 18%. Mediana de ciclos: 5 (extremos 1- 10). Toxicidad grado 3-4: Neutropenia: 39%, Hemoglobina: 4%, tmesis: 17%, mucositis: 18%, diarrea: 11%, neutropenias febriles: 8%. 25% de pacientes presentaron retrasos en la administración, fundamentalmente por neutropenia. 25% pacientes sufrieron reducción dosis al 75%. 10 pacientes (26%) ingresaron por alguna toxicidad. Respuesta: RC 11%, RP 43%, EE 14%, PE 18%. Mediana seguimiento: 30 meses (4-45), 11 pacientes vivos, 4 sin enfermedad. Han fallecido 17, (61%) todos por la enfermedad. Mediana supervivencia: 12 meses, mediana hasta progresión: 5 meses (40% sin progresión a los 9 meses). Supervivencia proyectada a los dos años 28%.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares reproducen los del trabajo original (TAX-325). Con el empleo de profilaxis priMaría con G-CSF persiste una neutropenia importante pero no hay complicaciones infecciosas de gravedad. Estos resultados apoyan el empleo de esquemas con tripletes en el cáncer gástrico en pacientes con buen estado general.

P-81

TRATAMIENTO PERIOPERATORIO CON EPIRRUBICINA-OXALIPLATINO-CAPECITABINA (EOX) EN CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE LOCOREGIONALMENTE AVANZADO

Julia Madani, Roberto A. Pazo Cid, Verónica Calderero, Teresa Puertolas, Juan Lao, Ester Millastre, Irene Gil, María José Lecumberri, María Álvarez Alejandro, Antonio Antón Torres. *Servicio de Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción y Objetivos: ECF perioperatorio (esquema MAGIC) es un estándar de tratamiento del cáncer gástrico resecable. El estudio REAL2 ha demostrado la equivalencia de Oxaliplatino/Cisplatino y Fluoruracilo/Capecitabina en cáncer gástrico avanzado. Pacientes con cáncer gástrico estadio T3 N+ tienen un elevado riesgo (80%) de presentar

enfermedad avanzada (carcinomatosis peritoneal) en el momento de la cirugía.

Materiales: Tratamiento perioperatorio (3 ciclos pre y 3 ciclos pos-cirugía) con Epirubicina 50 mg/m² d1+ Oxaliplatin 130 mg/m² d1 + Capecitabina 625 mg/m² d1-14 cada 21 días. Tipo de cirugía a criterio del cirujano con al menos D1.

Resultados: 20 pacientes (v:m; 55:45%); ECOG 0/1/2: 10/70/20%; adenocarcinoma de tipo intestinal (50%), difuso (30%) o mixto (20%); Localización en unión GE/gástricos (1/3); TNM basal: T3/T4: 95/5 %; N 0/1/2: 5/60/35 %; M0 100%; el 100% de los pts recibieron al menos 2 ciclos (rango 2-4) de QT preCx y el 80% recibieron al menos 3 ciclos de QT-preCx con un 75% de toxicidades G1/2 (astenia 60%, neuropatía periférica 5%, mucositis 5%, diarreas 3%) y 0% de toxicidades G3/4. Intensidad de dosis: Epirubicina 95%, Oxaliplatin 82%, Capecitabina 95%; mediana de tiempo desde inicio QT hasta cirugía 3,0 meses (2,5-5). 8 pts (35%) no se intervienen (la mayoría por PE) y se intervienen 12 pts (65%; 10 resección radical y 2 derivaciones qx paliativas). Seguimiento medio 8,5 meses (rango 4-29); supervivencia libre de recaída media 6 meses; supervivencia global media 9,5 meses.

Conclusiones: En pacientes con cáncer gástrico locoregionalmente avanzado "resecable" pero de especial mal pronóstico (T3 N1-2) el tratamiento con EOX perioperatorio tiene una tolerancia excelente y puede evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

P-82

VON WILLEBRAND FACTOR AND FIBRINOGEN LEVELS PREDICT OUTCOME IN ADVANCED GASTRIC CÁNCER PATIENTS

Roberto A. Pazo Cid, Ana Godoy, Juan Lao Romera, Julia Madani, Irene Gil, María José Lecumberri, María Álvarez Alejandro, Teresa Puertolas, Verónica Calderero, Antonio Anton Torres.

Servicio de Oncología y Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción y Objetivos: Activation of clotting and fibrinolysis systems are involved in tumor angiogenesis, tumor-platelet adhesion and tumor-endothelial cell adhesion. Von Willebrand factor (vWf), an adhesive ligand with platelets, is elevated in advanced disseminated malignancies and it is involved in the metastatic process.

Materiales: 41 pts with locally advanced or metastatic GC and 20 healthy controls were enrolled. Blood samples were taken before (basal time) and after platinum-fluoropyrimidine-based CMT. We measured plasma levels of vWf, vWf activity-ristocetin cofactor test (vWf: Rcof), vWf Antigen

(vWf:Ag), factor VIII activity test, D-Dimer (DD), Plasminogen, Thrombin Time (TT), Fibrinogen and Reptilase time and plasma GC tumor markers (CEA and CA19.9).

Resultados: Median age 64 (38-89). All pts but 1 received at least 1 cycle of CMT, with a median of 3 cycles (0-10). Median basal ECOG was 1 (r-3). After a median follow-up of 9 months the median TTP was 4 months and the median overall survival (OS) 8 months. At basal time were found elevated levels of vWf:Ag (median 210%; 121,1-492,2%), DD (median 530 gr/L ; 49-17489) and Fibrinogen (median 5,4 gr/L; 2,78-7,67) when compared with healthy controls. Basal time plasma levels of vWf:Ag were significantly correlated with basal CA19.9 levels (p< 0.05). Higher basal Fibrinogen levels predicted worse response to treatment (p= 0.02) and shorter TTP (p= 0.012); however basal time levels of vWf:Ag and DD were not correlated with CMT response, TTP or OS. Higher vWf:Rcof levels after 3 cycles of CMT were correlated with worse treatment response (p= 0.019) and shorter TTP (p< 0.05).

Conclusiones: vWf:Rcof levels during CMT and basal levels of Fibrinogen might both predict response to treatment and TTP in advanced GC pts.

P-83

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTERO PANCREÁTICOS DIAGNOSTICADOS Y/O TRATADOS EN EL HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA ENTRE 1999 Y 2008

William Franco Climent*, Mar Iglesias**, Iria González*, Teresa Fernández*, Alejandro Martínez*, Clara Montagut*, Sònia Servitja*, Joaquim Bellmunt*, Joan Albanell*, Manel Gallén*.

Características Clínicas de los pacientes con tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos Diagnosticados y/o tratados en el Hospital del Mar de Barcelona entre 1999 y 2008.

Introducción y Objetivos: Los tumores neuroendocrinos gastroentero- pancreáticos (TNE-GEP) son tumores poco frecuentes y con una evolución más favorable que el resto de tumores digestivos. El objetivo es describir las características clínicas y supervivencia de los pacientes diagnosticados y/o tratados por TNE-GEP en el Hospital del Mar, Barcelona.

Materiales: Estudio retrospectivo de los TNE-GEP. La identificación de los pacientes se ha obtenido cotejando el registro de tumores del Hospital del Mar y el registro de pacientes del Servicio de Anatomía Patológica. Se han recogido y analizado diferentes variables clínicas y patológicas.

Resultados: Entre 1999 y 2008 se han diagnosticado/tratado 45 pacientes con TNE-GEP. La edad media al diagnóstico fue de 58.9 años. La localización del tumor primario más frecuente fue en páncreas (31%), seguido de estómago (15%) y apéndice (13%). Al diagnóstico, el 35% estaban localizados, el 11% presentaban afectación regional y 42% se presentaron con metástasis. La localización de las metástasis fue predominantemente hepática (89%). Cuarenta pacientes se pudieron evaluar histológicamente, el 60% correspondían a tumores neuroendocrino bien diferenciados, 38% a carcinomas endocrinos bien diferenciados y 2% a carcinomas endocrinos mal diferenciados. La localización pancreática y la colónica presentan valores de ki67 más elevados. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico (páncreas: 10 operados de 14, intestino delgado: 7/8, estómago: 6/7, colorectal: 7/7, apéndice: 6/6, primario desconocido: 0/3). Con un seguimiento mediano de 29 meses, 34 pacientes siguen vivos y 11 han fallecido (6 por progresión de la enfermedad, todos ellos con enfermedad diseminada al diagnóstico, y 5 por otras causas).

Conclusiones: Los TNE-GEP son poco frecuentes y se presentan, en un alto porcentaje, diseminados al diagnóstico. Los tumores con primario pancreático tienen el comportamiento más agresivo en cuanto a extensión y Ki67. El tratamiento quirúrgico es una opción aunque la enfermedad esté diseminada.

P-84

EXPERIENCIA CLÍNICA DEL USO DE SORAFENIB COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE HEPATOCARCINOMA AVANZADO

Aranzazu Manzano Fernández (*), Javier Sastre (*), José María Ladero (**), Rafael Álvarez (*), Eugenio Cuadrado (*), Andrea Irlés (*), Juan Cristóbal Sánchez (*), Juan Francisco Rodríguez (*), Calles Antonio (*), Eduardo Díaz-Rubio (*).

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (); Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

Introducción y Objetivos: El hepatocarcinoma es la neoplasia hepática más frecuente después de las metástasis. Tras los resultados del estudio SHARP y la aprobación del sorafenib por la EMEA en 2007, éste fármaco ha pasado a constituir el tratamiento de primera línea. Nuestro objetivo es describir la actividad y el perfil de toxicidad de los pacientes con hepatocarcinoma avanzado tratados con sorafenib en nuestro centro.

Materiales: Entre Abril de 2007 y febrero de 2009, 20 pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma avanzado recibieron tratamiento de primera línea con sorafenib a dosis de 400 mg cada 12 horas vo continuo hasta la progresión.

Se recogieron los datos de toxicidad, tasas de respuestas y tiempo libre de progresión.

Resultados: Las causas de hepatopatía subyacente fue: VHB 20 %, VHC 50 % y enólica 25 %. El 75 % de los pacientes presentaban un estado funcional Child-Pugh A y un 25 % Child-Pugh B. Estadío BCLC: 35% B, 65% C. La mediana del tiempo libre de progresión fue de 122 días (con un IC95% 79-164). No hubo respuesta por criterios RECIST, 30% enfermedad estable y 55% progresiones (en 3 pacientes no se evaluó respuesta). El 65 % de los pacientes presentaron algún tipo de toxicidad (Tabla 1).

Tabla 1. Toxicidades más frecuentes.

Efectos secundarios más frecuentes	Cualquier grado	Grado 3/4
Diarrea	55 %	15 %
Astenia	55 %	10 %
HTA	25 %	20 %
Síndrome mano-pie	20 %	5 %

Conclusiones: La tasa de complicaciones de nuestros pacientes fue menor que en el estudio SHARP (65 % vs 80 %), siendo mayor la incidencia de hipertensión en nuestro centro (25 % vs 2 %). El tiempo a la progresión fue menor, de 4 meses frente a 5.5 meses aunque todos los pacientes del estudio SHARP presentaban un Child-Pugh A.

P-85

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN NUESTRO MEDIO DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER GÁSTRICO CON EL ESQUEMA DE MC DONALD

Ángel Segura Huerta, Roberto Díaz-Beveridge, Jorge Aparicio Urtasun, Alejandra Giménez Ortiz, José García Sánchez, Miguel Corbellas Aparicio, Paula Richart Aznar, Helena de la Cueva Sapiña, María Fonfria Esparza.

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

Introducción y Objetivos: El tratamiento adyuvante del cáncer gástrico es controvertido. Han aparecido protocolos de tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Presentamos datos de toxicidad y supervivencia de nuestra serie.

Materiales: Pacientes diagnosticados de carcinoma gástrico (T3-4 y/o N+), operados radicalmente. Enero 2001- Mayo 2009. Tratados según esquema de Mac Donald: 5FU en bolus más RT: un ciclo pre-RT, dos ciclos concomitantes (primeros cuatro días y tres últimos), dos ciclos tras RT. Dosis RT 45 Gy sobre lecho gástrico y linfáticos. Análisis supervivencia mediante Kaplan-Meier.

Resultados:

- 60 pacientes, 43 varones, mediana edad 57, (39-75). Estadíos: IB: 3%, II: 28%, IIIA: 27%, IIIB: 18%, IV: (sin metástasis sistémicas) 23%.
- Factores pronóstico: PS < / = 1 en todos. Pérdida peso: ninguna: 43%, < 10%: 23%, > 10%: 30%.
- Gastrectomía total: 60%. 77% operados Unidad esofago-gástrica. 76 % resección D2, 22% D1. Mediana ganglios aislados: 16 (4-56). Mediana afectos: 4 (0-55).
- Indicación: T3-4: 18%, N1: 38%, N2: 25%, N3: 18%. Mediana ciclos: 5 (1- 5). Toxicidad 3-4: anemia: 1 (2%), trombopenia 2 (3,5%), emesis: 7, astenia 7 (12%), mucositis: 13, diarrea: 13 (23%), 12 (20%) ingresaron por complicaciones. 18 (30%) retrasos del tto. 8 (13%) reducción dosis al 75% (mucositis-diarrea). Once (18%) no completaron QT, (10 toxicidad, 1 progresión). No hay muertes tóxicas.
- Mediana seguimiento 65 meses (5-95), 26 pacientes (43%) viven, 23 sin enfermedad. 34 han recaído (sólo uno localmente). 23 % ha recaído en más de una localización, 17% peritoneales. Han fallecido 34, 30 por enfermedad, 4 por otras causas. Mediana supervivencia: 25 meses. Supervivencia 5 años: 39%. Mediana tiempo hasta progresión: 11 meses.

Conclusiones: Resultados inferiores a los del trabajo original. El problema es la recaída sistémica. Influye tanto el % pacientes N3 así como el empleo de QT subóptima. Los pacientes N3 deben tratarse con poliQT preoperatoria. El tto con QT/RT debería limitarse a pacientes T3-4, N1-N2.

P-86**TRATAMIENTO DE LOS HEPATOCARCINOMAS CON RADIOFRECUENCIA**

Miriam Méndez García, Constanza Maximiano, Blanca Cantos, Antonio Sánchez, Mariano Provencio, Clara Salas, Laura Galán, Ana López, Miriam Huelves, Pilar España.
Oncología Médica, Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda.

Introducción y Objetivos: El hepatocarcinoma (HCC) es la neoplasia primitiva de hígado más frecuente y el quinto cáncer más habitual. La incidencia es de 1-5 millones de casos nuevos/año que dan 600000 muertes. El tratamiento del HCC precoz es la resección quirúrgica o el trasplante, y el tratamiento local, la radiofrecuencia y la ablación con alcohol. La radiofrecuencia (RF) induce lesión térmica al poner en contacto una aguja-electrodo con el HCC.

Materiales: Analizamos 13 pacientes con HCC tratado con RF y posteriormente trasplantados de 2002-2008. Se recogieron características de los pacientes, complicaciones de la técnica, se midió en la pieza reseca el tanto por

ciento de necrosis y el tamaño tumoral, y datos de supervivencia y recaídas tras el trasplante. Por pruebas de imagen se tenía tamaño pre-RF y post-RF inmediato.

Resultados:

- 93% de varones, edad media 58 años con hepatopatía viral (70%) y enólica (30%).
- Lesiones en RMN con media de 2,4 cm.
- En cuanto a RF: temperatura máxima 70°C, complicaciones en 30% pacientes.
- En cuanto a las fechas desde diagnóstico a fin del seguimiento, trasplante y radiofrecuencia: 28,7, 21 y 11 meses.
- En preparación histológica: media de 75% de necrosis, 1,85 cm de lesión, con reducción del tamaño de 0,57 cm a 0,87 cm (p 0,02 y 0,007).
- Al finalizar el estudio, 54 % sujetos vivos sin enfermedad, 15% vivos pero recaída viral (sin HCC) y 31% fallecidos.

Conclusiones:

- Técnica en nuestro centro óptima para destrucción tumoral y el 90 % de los pacientes fueron dados de alta tras 24 horas sin complicaciones.
- Necrosis del 75% de la lesión con dos partes: zona central con necrosis coagulativa y periférica con tejido fibroso, polimorfonucleares e histiocitos. Reducción de la lesión de hasta 0,87 cm.
- Durante el seguimiento, 4 muertes, todas en relación al trasplante.

P-87**EFICACIA DE LA QUIMIOTERAPIA (QT) DE SEGUNDA LÍNEA EN CÁNCER DE PANCREAS AVANZADO (CPA)**

Òlbia Serra Solé, Sergi Castillo, Beatriz Rojas, Inés Cabezas, Sandra Merino, Julen Fernández, Jaume Capdevila, Encarna Mur, Josep Gumà, Joan Borràs.
Servicio Oncología Médica H. Universitari Sant Joan de Reus.

Introducción y Objetivos: Existe un claro beneficio en términos de supervivencia y calidad de vida de la gemcitabina como primera línea de QT en CPA. El papel de la segunda línea no está bien establecido dada la dificultad de incluir pacientes en ensayos por bajo PS (performance status) y por la falta de otros fármacos activos en primera línea. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar el papel de la segunda línea de QT en CPA.

Materiales: Estudio retrospectivo de los casos de CPA visitados en nuestro centro entre 1/2003 y 12/2007.

Resultados: De 142 pacientes con CPA, 63 (44%) recibieron una primera línea. 17 (27%) realizaron una segunda línea. 9 hombres y 8 mujeres. Edad media 61 años. PS 0-1/2: 11 / 6. Localización tumoral (cabeza, cuerpo, cola):

12 / 3 / 2. LDH normal/elevada: 14 / 3. Albúmina normal/baja: 13 / 4. Nivel de CA 19.9 basal < 350 vs > 350: 10/7. Esquema QT (xelox/xeloda/gemox/otros) : 5 / 8 / 3 / 1. Número ciclos (1-2/3-4/5-6) : 4 / 6 / 4. Tiempo a la progresión tras primera línea (TPP) > vs < 6 meses: 7 / 10. Paradas de tratamiento por toxicidad: 2. Respuestas globales: RP 4, EE 1 y PE 9. Intervalo libre de progresión (ILP): 3.36 meses (2.42 - 4.30). Supervivencia media (SM): 5.85 meses (3.96 - 7.74). No hubo diferencias en SM ni ILP según las características de los pacientes analizados excepto por CA 19.9 basal ($p=0.0027$ y $p=0.024$ respectivamente).

Conclusiones: El nivel de CA 19.9 basal parece un factor pronóstico claro. Nuestra cohorte no objetivó diferencias según el esquema utilizado. Los tratamientos fueron bien tolerados, con pocas paradas por toxicidad. No obstante, la SM es más baja respecto a otros tumores con segundas líneas establecidas.

P-88

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES GASTRECTOMIZADOS POR CARCINOMA GÁSTRICO

Esther Uña Cidón (1), Amelia Ceballos (2), Eduardo Hortelano (2), Christian Perea (2), Henar Núñez (3), M. Antonia Montenegro (3), Julio Nieto (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2) Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (3) Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: El cáncer gástrico es una de las causas más frecuente de muerte secundaria a cáncer en el mundo. La cirugía radical es el único tratamiento potencialmente curativo, pero sus consecuencias clínicas son muy importantes con repercusión en la calidad de vida de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional de los pacientes sometidos a gastrectomía total como consecuencia de un adenocarcinoma gástrico en nuestro medio.

Materiales: Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal en nuestra institución. Se incluyeron 48 pacientes que habían superado un periodo de seguimiento mínimo de seis meses tras la realización de una gastrectomía total como tratamiento de un cáncer gástrico. Ninguno de ellos presentaba metástasis. Se evaluó su estado nutricional mediante la recogida de datos clínicos, bioquímicos y hematológicos.

Resultados: 18 mujeres y 30 hombres. La mediana de edad fue de 54 años (31-69). El 79% de los pacientes presentaba un peso inferior al considerado normal para su talla y ninguno presentaba sobrepeso. La media de índice de masa corporal (IMC) fue 16,9 kg / metro cuadrado. 31 pacien-

tes presentaban anemia leve (10.5-12 g/dl) y 10 anemia moderada (9-10.5). Sólo siete pacientes presentaron anemia severa (<9) con repercusión sintomática y requirieron soporte hemoterápico. 62% presentó hipoproteïnemia e hipoalbuminemia. La principal complicación posterior a la cirugía fue náuseas (56%) que se controlaron con normas dietéticas básicas y la asociación de procinéticos. El 84% de los pacientes presentaban disminución del apetito. 47 pacientes eran capaces de caminar sin ayuda y realizar una vida autónoma.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a gastrectomía total como tratamiento de un cáncer gástrico presentan una incidencia elevada de anemia, hipoalbuminemia y bajo peso por lo que consideramos que una valoración nutricional adecuada puede ser relevante para la temprana detección y corrección de estas alteraciones.

P-89

GEMCITABINA Y OXALIPLATINO (GEMOX) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO (CPA). ANÁLISIS DE RESPUESTAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA

María Alsina Maqueda*, Raquel Guardado*, Xavier Hernández-Yagüe*, Bernardo Queralt*, Joan Figueras**, Santiago López-Ben**, Antoni Codina-Barrera**, Sandra Rubio*, Carme Carmona*, Joan Brunet*.

*Servicio Oncología Médica, ICO Girona, Hospital Josep Trueta.

**Servicio Cirugía General, Hospital Josep Trueta, Girona.

Introducción y Objetivos: El CPA es uno de los tumores más agresivos y quimioresistentes. Actualmente la 1ª línea en pacientes (p) con CPA y buen índice karnofsky (IK) tiende a ser dobles con Gemcitabina. Analizamos la eficacia de GEMOX como tratamiento de 1ª línea y los posibles factores pronósticos de supervivencia.

Figura 1. Supervivencia Global.

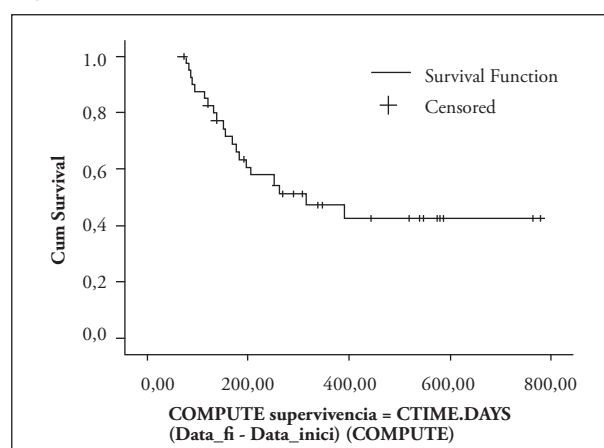


Figura 2. Relación Sv y Ca.

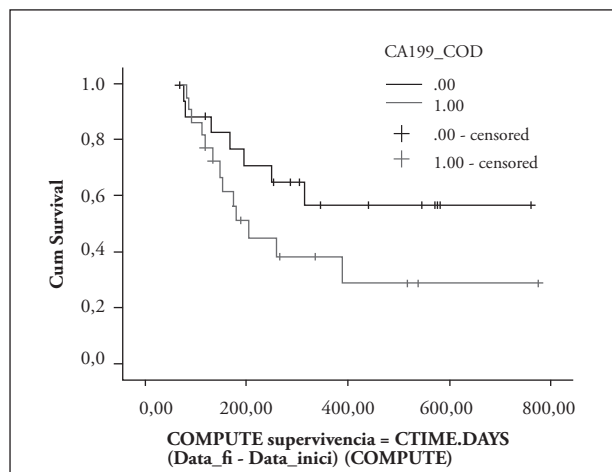


Figura 3. Relación entre Sv y LDH

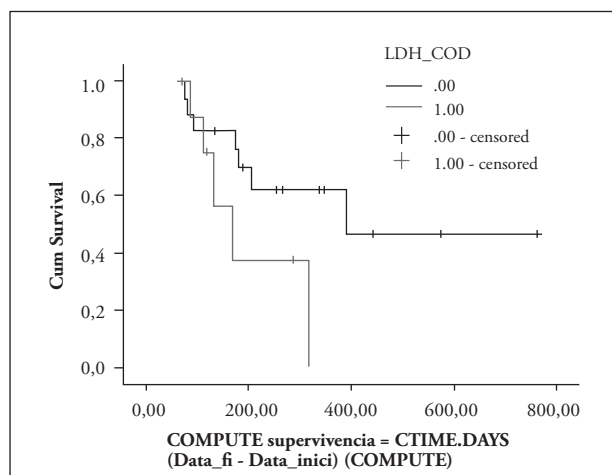
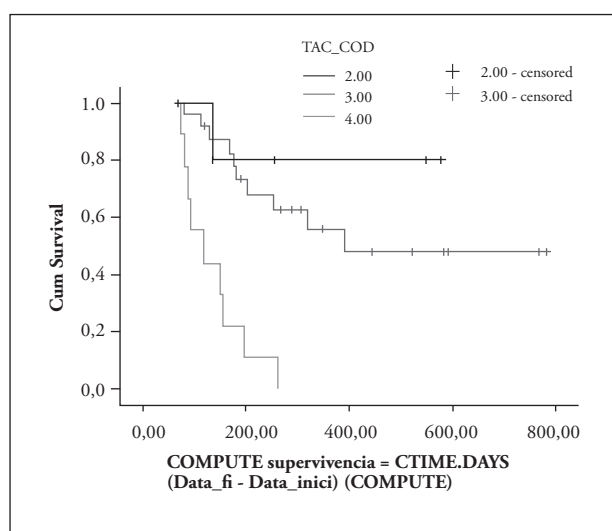


Figura 4. Sv según tipo de rta radiológica.



Materiales: Revisión retrospectiva de 43p con CPA tratados en 1ª línea con GEMOX quincenal. Análisis descriptivo y cálculo de Supervivencia global (SG) (Kaplan-Meier), y análisis de las siguientes variables como posibles factores pronóstico de supervivencia (Sv): IK, edad, Ca 19.9 basal, albúmina, LDH y FA (test de Log Rank).

Resultados: Edad mediana 62 años (42-77), mediana Ca 19.9 basal 3146U/mL (1-52000), mediana albúmina 3,9g/L (2-5), mediana LDH 369U/L (153-651) y mediana FA 178U/L (37-685), IK >70%. Tasas de respuesta radiológica: 18% (8p) respuesta parcial (RP), 56% (24p) estabilización (EE), 21% (9p) progresión (PE); no evaluable el 5% (2p). Tasas de respuesta bioquímica: 12% (5p) respuesta completa (RC), 26% (11p) RP, 39% (17p) EE y 21% (9p) PE; no evaluable el 2% (1p). El análisis univariante de factores pronóstico de Sv no encuentra ninguno estadísticamente significativo, aunque sí una tendencia a la significación para LDH y Ca 19.9 basal. SG: 318 días (109-527). Sv según tasa de respuesta radiológica: 487 días en RP, 391 en EE y 118 en PE (diferencias estadísticamente significativas).

Conclusiones: 43p con CPA han sido tratados con GEMOX en 1ª línea. SG de 318 días. Sv por grupos según tipo de respuesta radiológica y bioquímica diferente y estadísticamente significativa. Existe una tendencia que no alcanza la significación estadística para LDH y Ca19.9 como factores pronóstico.

P-90

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE TRAS CIRUGÍA RADICAL EN CÁNCER GÁSTRICO: EXPERIENCIA EN EL HUMT

Elvira Buxó Orta, Joaquín Rodríguez, Javier Osorio, Noelia Pérez, Israel Gutiérrez, José-María Roca, José-Ángel De Marcos, Antonio Salas, Jorge Espinós, Luis Cirera.

Unidad de Tumores Esófago-Gástricos. Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Introducción y Objetivos: El tratamiento del cáncer gástrico localizado es motivo de controversia. Estudios orientales sugieren que una cirugía gástrica R0 con linfadenectomía D2, y quimioterapia adyuvante, aumentan la supervivencia. La asociación de Mitomicina C (MMC) y Tegafur (TG) ha demostrado su eficacia en población occidental. El objetivo del trabajo es valorar la supervivencia global y por estadios de los pacientes afectos de cáncer gástrico tratados con cirugía R0, linfadenectomía D2 y quimioterapia adyuvante.

Materiales: Desde Enero'98 hasta Marzo'09 se han recogido, de forma retrospectiva, un total de 89 pacientes tratados con cirugía R0 asociada a linfadenectomía D2 y quimioterapia

adyuvante (MMC: 20mg/m² dosis única y TG: 400mg/m²/12h x 3 meses).

Resultados: De los 89 pacientes recogidos, la distribución por sexos fue 58 varones y 31 mujeres, con una mediana de edad de 66 años (38-82 años). El síntoma de presentación más frecuente fue epigastralgia. Se practicaron 31 gastrectomías totales y 58 subtotales, con una media de ganglios resecados de 30,25 (+ 15,5). La anatomía patológica mostró la presencia de 36 adenocarcinomas de tipo difuso, 36 tipo intestinal, y 17 tipo mixto. Estadío patológico: IB: 9; II: 20; IIIA: 26; IIIB: 17; IVa: 17. Todos los pacientes realizaron tratamiento adyuvante. Toxicidad: hematológica grado 3/4: 4p (3,5%); gastrointestinal grado 2/3: 18p (20%); neurológica grado 2: 1p (1,1%). La supervivencia global a 5 años fue del 48,4%. Supervivencia por estadíos: IB: 71%; II: 78%; IIIA: 60%; IIIB: 38%; IVa: 0%. Un total de 39 pacientes (43,8%) recidivaron (locoregional: 22; metástasis: 17), con un ILE de 13,3 meses.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la eficacia del tratamiento quirúrgico radical (R0 + D2) y de la quimioterapia adyuvante (MMC + TG). Éstos resultados, aunque recogidos de forma retrospectiva y en un ámbito asistencial, superan a los obtenidos en ensayos clínicos previos (MAGIC, INT0116).

P-91

RESULTADOS DE EFICACIA Y TOXICIDAD DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS AVANZADO TRATADOS CON LA COMBINACIÓN DE GEMCITABINA Y ERLOTINIB EN UNA ÚNICA INSTITUCIÓN

Roberto Díaz Beveridge, José García Sánchez, Miguel Corbellas Aparicio, Ángel Segura Huerta, María Fonfria Esparcia, Jorge Aparicio Urtasun, Alejandra Giménez Ortiz, Helena de la Cueva Sapiña, Paula Richart Áznar, Vicente Alcolea Fuster .

(1) *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Introducción y Objetivos: La combinación gemcitabina-erlotinib mejora la supervivencia en el cáncer de páncreas avanzado frente a la gemcitabina, con una ganancia significativa pero modesta (medio mes). Hemos adoptado dicho esquema como nuestra primera línea y creemos necesario analizar la toxicidad y supervivencia para conocer la realidad en el contexto asistencial.

Materiales: Pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado o metastático (octubre 2007-mayo 2009). Tratamiento: gemcitabina (1000 mg/m², día 1, semanal, seis semanas de siete, luego tres semanas de cada cuatro

y erlotinib 100 mg día. Analizamos respuesta, toxicidad y supervivencia según Kaplan-Meier.

Resultados:

- **Descripción de pacientes:** 33 pacientes, 23 varones (70%), mediana edad 62 años (rango 43-80). Un 42% eran formas localmente avanzadas irreseccables. El PS era 0-1 en el 82%. Había metástasis hepáticas en un 48%.
- **Descripción de tratamiento:** Mediana de infusiones de gemcitabina 9 (1-63). Toxicidad grado 3-4: neutropenia, mucositis y astenia (18%) y emesis (17%), sin neutropenias febriles. Toxicidad específica del erlotinib: acné grado 2: 3%, acné grado 3: 3%. 1 paciente presentó toxicidad hepática grado 4 y 3 presentaron una posible neumonitis intersticial. Seis casos detuvieron el erlotinib por toxicidad.
- El 45% de pacientes presentaron retrasos en alguna fase, fundamentalmente por neutropenia. El 9% precisó reducción de dosis al 75%. El 64% detuvo el tratamiento por progresión.
- **Análisis de respuesta y supervivencia:** RC 3%, RP 21%, EE 21%, PE 42%. Mediana seguimiento: 17 meses (1-23). Han fallecido 24 (67%), 23 por enfermedad, 1 por otras causas. Mediana supervivencia: 6.4 meses, mediana hasta progresión: 3.5 meses (30% sin progresión a 9 meses).

Conclusiones: Nuestra SG y SLP es similar al ensayo fase III original (Moore MJ, JCO 2007), aunque hemos observado toxicidad de la considerada poco frecuente con el erlotinib (neumonitis y hepática). Parece razonable adoptar este esquema pero debemos vigilar la presencia de estas toxicidades.

P-92

RESULTADOS PRELIMINARES DE EFICACIA Y TOXICIDAD DEL SORAFENIB EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO TRATADOS EN UNA ÚNICA INSTITUCIÓN

Roberto Díaz Beveridge, Miguel Corbellas Aparicio, José García Sánchez, Ángel Segura Huerta, María Fonfria Esparcia, Paula Richart Áznar, Helena de la Cueva Sapiña, Jorge Aparicio Urtasun, Vicente Alcolea Fuster , Alejandra Giménez Órtiz.

(1) *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Introducción y Objetivos: El sorafenib es el primer tratamiento sistémico que ha demostrado actividad en el hepatocarcinoma avanzado (Llovet, NEJM, 2008). Revisamos retrospectivamente nuestra experiencia entre Mayo 2007 y Mayo 2009.

Resultados:

- **Descripción de pacientes:** 26 pacientes, 69% hombres. Edad mediana 61 años (rango 30-77). 85% presentan una hepatopatía crónica (54% hepatitis C, 12% alcoholismo y hepatitis B). Clasificación Child Pugh A en 81% y B en 19%. PS 0-1 en 78%. Clasificación de Barcelona B en 15% y C en 85%. El 69% presentaban invasión vascular (46% de trombosis portales), y 50% metástasis a distancia (pulmón en 32%). El 61% llevó tratamientos previos para el HCC (quimioembolización en 35%). La AFP estaba elevada en un 62%.
- **Descripción de tratamiento:** Dosis inicial 400 mg/12 horas en todos los pacientes. Duración media de tratamiento: 135 días (rango 33-329). 11% de respuestas parciales y 42% de enfermedades estables (control global de 53%). La AFP disminuyó en un 37%. 38% presentaron toxicidad grado 3-4, fundamentalmente astenia (23%), síndrome mano-pie e hipertensión arterial (8%). Fue necesaria la reducción de dosis en un 46%, habitualmente un nivel de reducción (38%). En un 12%, se retiró por intolerancia. No hubo muertes tóxicas. Un 35% recibió tratamiento de segunda línea (tasa de control global de enfermedad de 12%).
- **Análisis de supervivencia:** Mediana de seguimiento de 11 meses (rango 2-27 meses). Mediana de supervivencia (SG) de 15 meses (rango 4-25 meses), con un 60% de SG al año. De forma estadísticamente significativa, son factores pronóstico favorables el PS 0-1, la clasificación Child-Pugh A y la administración de tratamientos previos.

Conclusiones: El sorafenib muestra una actividad significativa en nuestra serie, aunque fue necesario el cuidadoso ajuste de dosis en casi la mitad de casos dada la toxicidad observada. Debería utilizarse con precaución en los pacientes con regular estado general o Child-Pugh B.

P-93

VALORACIÓN DE RESPUESTA Y EXPERIENCIA CLÍNICA CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER GÁSTRICO

Brezo Martínez-Amores Martínez*, Raquel Molina*, Marta Martín*, M^a Laura Villalobos*, José Luis López*, Fátima Navarro*, Mónica Arroyo*, Verónica Gutiérrez**, José Ignacio Busteros***.

*Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Radiodiagnóstico. ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid).

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante (QTNA) en cáncer gástrico está avalada por resultados de

ensayos clínicos fase III incrementando la tasa de reseccabilidad R0 con impacto en supervivencia por lo que debería ser considerada práctica estándar. Comunicamos la experiencia en nuestro centro.

Materiales: Estudio estadístico descriptivo de variables clínico-patológicas y valoración de respuesta en 14 pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado tratados con QTNA.

Resultados: Se presentan 14 pacientes (58 % varones y 42 % mujeres) con una mediana de edad de 56.5 años sin comorbilidades (ECOG 0-1) diagnosticados de adenocarcinoma gástrico localmente avanzado (gastroscoopia, ecoendoscopia y TC-BO-DY) y clasificados según variables: Histología (71.42% enteróide y 28.58% difuso de células en anillo de sello), localización (57.14% antro, 14.28% UGE, 14.28% incisura, 14.2% otras) y estadificación (cT3N1M0 35.72%, cT3N2M0 28.58%, cT4N0M0 21.42%, cT4N2M0 14.28%). Se administró QTNA según esquema Epirubicina-Cisplatino-Capecitabina [ECX] (71.42%) ó Docetaxel-Cisplatino-capecitabina [DCX] (28.58%) con una mediana de 4 ciclos preoperatorios manteniendo dosis plenas en el 64.28% casos con toxicidad manejable. Las respuestas radiológicas (RECIST) fueron parciales en 85.7% de pacientes y estabilizaciones en el resto, por lo que en todos se realizó cirugía: Gastrectomía total más linfadenectomía-D2 R0 (71.42%), R1 (7.15%) o gastrectomía subtotal paliativa R2 (21.43%). Se obtuvieron 3 respuestas completas patológicas (RCp) (21.43%) con un 64.28% de respuestas parciales, 14.28% estabilizaciones y ninguna progresión. Todos los pacientes completaron QT postoperatoria hasta 6 ciclos, estando en la actualidad 10 libres de enfermedad.

Conclusiones: La quimioterapia preoperatoria con esquemas de eficacia demostrada (ECX-DCX) permite un alto porcentaje de respuestas que incrementan la tasa de reseccabilidad R0 y obtención de RCp, principal factor predictor de supervivencia. Realizando un adecuado manejo de toxicidad, la realización del tratamiento completo a dosis plenas es factible en pacientes jóvenes con buen estado general, conforme a los datos publicados.

Cáncer Ginecológico y Genitourinario

Revisores:

Dr. José Pablo Maroto Rey

Dra. Ana Oaknin Benzaquen

P-94

CORRELACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE TOPOISOMERASA II ALFA (TOPO IIA) CON LA EFICACIA DE DOXORUBICINA LIPOSOMAL

PEGILADA (DLP) EN PACIENTES CON CARCINOMA DE OVARIO PLATINO-RESISTENTE: ANÁLISIS DE UN ESTUDIO FASE II DEL GRUPO GEICO

Antonio González-Martín (1), Antonio Casado (2), Isabel Bover (3), Ana Herrero (4), Ana Santaballa (5), Cristina Caballero (6), Cristina Churruca (7), Elisa Calvo (8), Rosa Nadal (9), Belén Ojeda (10).

(1) Centro Oncológico MD Anderson International España, Madrid; (2) Hospital Clínico San Carlos, Madrid; (3) Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca; (4) Hospital Miguel Servet, Zaragoza; (5) Hospital La Fe, Valencia; (6) Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; (7) Hospital de Donostia, San Sebastián; (8) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; (9) Hospital del Mar, Barcelona; (10) Hospital de la Santa Creu i San Pau, Barcelona.

Introducción y Objetivos: La enzima Topo IIa juega un papel crítico en la replicación y recombinación del DNA, y es también la diana de la doxorubicina. En cáncer de mama se ha asociado la respuesta a doxorubicina con la expresión de Topo IIa.

Materiales: Se obtuvo tejido en parafina de pacientes que participaron en un estudio fase II prospectivo con DLP en pacientes con CO platino-resistente (Casado A et al. ASCO 2003. Abstract 1942). La expresión de Topo IIa se determinó mediante inmunohistoquímica (IHC) y la amplificación mediante FISH. Se consideró una IHC positiva la tinción de al menos un 10% de células.

Resultados: Se obtuvieron muestras de 45 de las 82 pacientes incluidas en el estudio. La tasa de expresión de Topo IIa por IHC fue: 0% (20%), < 10% (35.5%), > 10% (44.4%). Sólo una paciente tuvo amplificación. La tasa de respuesta observada en las 44 pacientes evaluables fue: 1 RC (2.2%), 3 RP (6.8%), EE (31.8%). No se observaron respuestas en pacientes sin expresión de Topo IIa. Las 3 pacientes con RP presentaban una tinción > 10%, y la paciente con RC fue la única con amplificación de Topo IIa. La tasa de EE fue similar independientemente de la expresión por IHC. Se presentaron datos de correlación con la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global.

Conclusiones: La expresión y/o amplificación de Topo IIa puede ser un factor predictor de respuesta a DLP en pacientes con CO platino-resistente. Esta hipótesis merece ser confirmada en futuros estudios.

P-95

INCIDENCIA DE TUMORES DE TESTÍCULO GERMINALES CONTRALATERALES. RESULTADOS EN UN GRUPO DE HOSPITALES DEL GRUPO GERMINAL ESPAÑOL

Pablo Maroto, Regina Girones, Daniel Almenar, Joan Carles, Miguel Ángel Climent, Juanjo Satrustegui, Montserrat Domenech, Miguel Ángel Arranz, Antonio Martínez de Prado, Antonio Colmenarejo.

En representación del Grupo Germinal.

Introducción y Objetivos: Analizar la incidencia cruda y acumulada de tumores de testículo germinales contralaterales (TGC) en una cohorte de 2176 pacientes diagnosticados de tumor de testículo desde I/1994 a I/2009 de 23 Hospitales que pertenecen al Grupo Germinal y que colaboraron en el estudio.

Materiales: Todos los pacientes recibieron tratamiento en función de los protocolos vigentes de acuerdo con el estadio y año del diagnóstico. La biopsia del teste contralateral no se realiza de forma rutinaria en España. El seguimiento del teste contralateral consiste de examen físico y ecografía testicular anual.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 50 meses (0 a 200), 49/2176 patients (2.25%) presentaron un TGC, que fue sincrónico en 6 y metacrónico en 43, seminoma en 36 y no seminoma en 13 pacientes. El riesgo acumulado de tumor germinal contralateral en la serie fue de 3.4% a 5 años y de 4.8% (IC 95% 4.2-5%) a 10 años. No identificamos ningún factor predictivo de desarrollar un TGC (quimioterapia previa, histología del primario, edad del diagnóstico).

Conclusiones: En esta serie de pacientes, la incidencia de TGC en España es discretamente inferior a la reportada en otros países Europeos, pero parece superior a la comunicada en estudios anteriores. Es preciso un seguimiento estricto del teste contralateral y una información adecuada a los pacientes.

P-96

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA DISEMINADO Y REFRACTARIO A PLATINO CON PEMETREXED

Sandra Rubio Díez, Carmen Carmona, Pilar Barretina, María Alsina, Xavier Hernández, Miguel Beltran, Jordi Rubió.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Josep Trueta. Instituto Catalán de Oncología de Girona.

Introducción y Objetivos: No existe en la actualidad un esquema de segunda línea eficaz en el tratamiento de los pacientes afectos de carcinoma urotelial de vejiga diseminado refractario a quimioterapia con platino y Gemcitabina. Sweeney et al¹ publicaron el uso de Pemetrexed (Alimta[®]) en este tipo de pacientes con un índice de respuesta del 28% y una mediana de duración de ésta de 5 meses. Posteriores estudios no han conseguido reproducir estos resultados en la misma situación clínica (Galsky et al¹) ni en primera línea asociado con Gemcitabina donde su actividad no parece superior a la de Gemcitabina en monoterapia (Von der Maase et al³).

Materiales: Revisamos retrospectivamente los resultados del tratamiento con Pemetrexed en segunda línea de tratamiento del cáncer de vejiga urinaria en nuestra institución. Se trataron entre marzo 2007 y mayo 2009 once pacientes, 2 mujeres y 9 hombres, de edades comprendidas entre 50 y 80 años e Índice de Karnofsky entre el 70 y el 80%, afectados de cáncer urotelial de vejiga urinaria metastásico y refractario a platinos (Cisplatino o Carboplatino) y Gemcitabina. El esquema fue Pemetrexed 500 mg/m² cada 21 días en monoterapia. Realizamos análisis de efectividad y tolerancia.

Resultados: De los 11 pacientes tratados 6 (55%) recibieron menos de 2 ciclos de quimioterapia, con progresión clínica que impidió su continuación; 3 (27%) recibieron entre 3 y 5 ciclos sin obtenerse respuesta y 2 (18%) recibieron más de 6 ciclos con respuesta parcial > 50% de 8 y 14 meses de duración.

Conclusiones: En nuestra experiencia, Pemetrexed utilizado en pacientes refractarios a quimioterapia basada en platino y Gemcitabina tiene una modesta actividad. Son necesarias series mayores de pacientes o nuevos ensayos fase II para definir su eficacia.

P-97

COSTS OF MANAGING ADVERSE EVENTS IN THE TREATMENT OF FIRST LINE METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA (MRCC): BEVACIZUMAB (BEV) + INTERFERON ALPHA-2A (IFN) COMPARED WITH SUNITINIB IN SPAIN

1 J.Puente, 2. V.Calderero, 3. X.García-Muro, 4. J.M. Trigo, 5.A. J. Castro, 5. V. Martín-Escudero, 6. M. Yébenes, 6. M.A. Casado.

(1) Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain; (2) Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, Spain; (3) Institut Català d'Oncologia, Barcelona, Spain; (4) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, Spain; (5) Roche Farma S.A., Madrid, Spain; (6) Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia, Madrid, Spain.

Introducción y Objetivos: To perform a cost analysis comparing the management of adverse events (AEs) and their associated cost in current clinical practice of bevacizumab (BEV) + interferon alpha-2a (IFN) versus sunitinib (SUN) in patients with metastatic renal cell carcinoma (mRCC) in Spain.

Materiales: A decision analytic model was developed to compare the costs derived from the management of 40 grade 3/4 AEs in patients with mRCC, using published data from published trials (BEV+IFN: Escudier B. Lancet 2007; 370: 2103-11. SUN: Motzer RJ. N Engl J Med 2007; 356:115-24). The analysis was performed from the Spanish public hospitals perspective. Estimation of resources used

in managing AEs was made through an Expert Panel. Cost evaluation (€,2009 values) included direct medical costs: outpatient visits, diagnostic and laboratory tests, hospitalization stays, surgeries, and medication. Unitary cost data were collected from Spanish Data Base of Sanitary Costs 2009 and Catalogue of Medicinal Products.

Resultados: Average cost of managing the grade 3/4 AEs per patient was € 568 for BEV+IFN and € 940 for SUN. The per patient cost savings of € 372 when using BEV+IFN corresponds to a relative saving of 40% when compared to SUN. The main drivers for SUN costs were related to the management of laboratory abnormalities, anaemia, mucosal inflammation, decline in ejection fraction, diarrhoea, thrombocytopenia, rash, epistaxis, and vomiting. In comparison, the main costs for BEV+IFN were associated to the management of gastrointestinal perforation, bleeding, proteinuria, venous thromboembolic event, anorexia and anaemia.

Conclusiones: The costs of managing side effects of sunitinib treatment are significantly greater than those for BEV+IFN in Spain. When selecting treatment options, the management costs of these side effects may be an important factor to consider for healthcare payers.

P-98

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTES CON TUMORES GERMINALES TRATADOS CON QUIMIOTERAPIA

Ma^a Isabel Luengo Alcázar, Enrique González Billalabeitia, Ma^a Ángeles Vicente, Teresa Gracia, José Antonio Macías, Marta Zafra, Alberto Carmona, Inmaculada Ballester, Vicente Vicente, Francisco Ayala.

Servicio de Hematología y Oncología médica del Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y Objetivos: Se pretende evaluar y caracterizar la presencia de fenómenos tromboembólicos en pacientes con tumores de células germinales (TCG) tratados con quimioterapia (QT).

Materiales: Se revisan todos los pacientes diagnosticados de TCG y tratados con QT tipo BEP o EP en nuestro hospital entre enero de 1998 y mayo de 2009.

Resultados: 51 pacientes diagnosticados de TCG fueron tratados con BEP o EP. Mediana de edad 29 años. El 90% (N=46) recibieron BEP y el 10% (N=5) EP. El 26% eran seminoma y 64% no seminoma o mixto. El 22% eran estadio I de alto riesgo, 32% estadio II y 36% estadio III. 3 pacientes presentaron tumor mediastínico primario. La mediana de ciclos administrados fue de 3. 8 pacientes (16%) sufrieron algún tipo de ETE. El 88% (N=7) de los ETE ocurrieron durante la quimioterapia. La mediana de tiempo

a la trombosis fue de 2 meses desde el inicio de la quimioterapia. 2 pacientes presentaron accidente cerebrovascular isquémico (ACVA) hemisférico y 6 pacientes presentaron tromboembolismo venoso (3 TEPs). 1 ETE fue fatal. En el análisis univariante la edad >35 años ($p=0.02$) y la elevación de LDH $> 1.5 \times \text{LSN}$ ($p=0.055$) se asocian con un aumento de riesgo trombótico. En el análisis multivariante la edad > 34 años permanece como factor predictivo de trombosis (HR 10.89; $p=0.006$) y la LDH elevada se asocia con una fuerte tendencia estadística (HR 6.7; $p=0.07$).

Conclusiones: La incidencia de ETE en los TCG tratados con quimioterapia es elevada (16%). En nuestra serie la edad es un factor predictor de eventos tromboembólicos y la elevación de LDH muestra una fuerte tendencia. La mayoría de eventos tromboembólicos ocurren durante la primera línea de quimioterapia.

P-99

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA DE LOS CONDUCTOS COLECTORES DE BELLINI (CCB) EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS A LO LARGO DE DIEZ AÑOS

Ana B. Custodio Carretero (1), Juan Francisco Rodríguez (1), Julia Blanco (2), Sara López-Tarruella (1), José Carlos Plaza (2), José Luis González-Larriba (1), Javier Puente (1), Andrea Irlés (1), Ángel Silmi (3), Eduardo Díaz-Rubio (1). (1) *Servicio de Oncología Médica*, (2) *Servicio de Anatomía Patológica*, (3) *Servicio de Urología*. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y Objetivos: El CCB es un tumor infrecuente originado en los túbulos colectores distales de la nefrona, caracterizado por su pronóstico sombrío y la ausencia de tratamiento estándar eficaz. Analizamos la experiencia de nuestro centro en el manejo de esta neoplasia en los últimos diez años.

Materiales: A través de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica se identificaron los pacientes diagnosticados de CCB entre 1997-2007. Retrospectivamente se recogieron de sus historias clínicas las variables epidemiológicas, clínico-patológicas, terapéuticas y evolutivas descritas a continuación.

Resultados: Estudiamos 19 pacientes (11 hombres y 8 mujeres) con una mediana de edad de 63 años (48-80). Como forma de presentación 13 pacientes referían dolor lumbar, 4 síndrome miccional, 4 hematuria y 6 síndrome constitucional. Al diagnóstico 7 pacientes presentaban enfermedad localizada, 6 localmente avanzada y 6 metástasis a distancia. Todos los tumores mostraban alto grado nu-

clear de Führman y positividad intensa para ulex europaeus y citoqueratinas AE1-AE3. Ocho pacientes presentaron recaídas (mediana de intervalo libre de enfermedad: 10 meses) y 5 permanecen vivos sin enfermedad. En todos los casos se realizó una nefrectomía radical. Se administraron 28 ciclos de tratamiento paliativo en 7 pacientes (1 caso con interferón- α +IL-2, 5 con cisplatino+paclitaxel+gemcitabina y 1 con gemcitabina+oxaliplatino), con aceptable tolerancia, objetivándose 3 respuestas parciales, 1 estabilización y 4 progresiones. Cinco pacientes fueron tratados con radioterapia y 1 con cirugía paliativa. El resto no recibió tratamiento por bajo performance status o complicaciones asociadas. Con una mediana de seguimiento en estadios avanzados de 14 meses (3-60), la supervivencia a 1 y 2 años fue de 50% y 21.4%, respectivamente.

Conclusiones: Nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura y confirman la naturaleza agresiva de esta neoplasia. Aunque la quimioterapia basada en platino y gemcitabina consigue resultados aceptables, se requieren nuevas estrategias terapéuticas para mejorar el pronóstico de la enfermedad diseminada.

P-100

BENEFICIO DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE RESPECTO AL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA LOCALMENTE AVANZADO

Albert Font Pous (1), Pamela Celiz (1), José Luis Gago (2), Nuria González (1), José Javier Sánchez (3), Vanessa Quiroga (1), Juan Areal (2), Alex Martínez (1), Luis Ibarz (2), José María Saladié (2).

Institut Català d'Oncologia, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona; (2) Hospital Germans Trias i Pujol, Servicio de Urología, Badalona, Barcelona; (3) Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Estadística, Madrid.

Introducción y Objetivos: Estudios aleatorizados han demostrado un aumento de la supervivencia en pacientes con cáncer de vejiga infiltrante tratados con quimioterapia neoadyuvante respecto a la cistectomía sola, aunque no se considera un tratamiento estándar. Por el contrario, la quimioterapia adyuvante ha demostrado resultados contradictorios en pacientes de alto riesgo (pT3-4 y/o ganglios regionales afectos). En este estudio se compara la supervivencia en pacientes con cáncer de vejiga infiltrante sin evidencia de afectación extravesical (cT2-4N0M0) tratados con quimioterapia preoperatoria y con quimioterapia adyuvante.

Materiales: Entre 1991 y 2007, 82 pacientes con carcinoma vesical localmente avanzado (cT2-4N0M0) fueron

tratados con quimioterapia seguida de cistectomía. En el mismo periodo, 64 pacientes con estadio patológico pT3-4 y/o ganglios afectos recibieron quimioterapia adyuvante. Entre 1991 y 2000 ambos grupos de pacientes fueron tratados con cisplatino, metotrexate y vinblastina y a partir del año 2001 con cisplatino/gemcitabina.

Resultados: En los pacientes tratados con quimioterapia neoadyuvante, la resección quirúrgica fue completa en 69 pacientes (85%) y en 7 pacientes (8%) los márgenes de resección estaban afectos. El estadio patológico fue: pT0-1 en 40 pacientes (52%), pT2-4N0 en 26 pacientes (34%) y 10 pacientes (13%) tenían ganglios afectos. En 59 pacientes (93%) tratados con quimioterapia adyuvante la resección quirúrgica fue completa. 34 pacientes (53%) presentaban ganglios invadidos y 30 pacientes (47%) estadio pT3-4N0. La supervivencia mediana específica por cáncer no se alcanzó en el grupo de quimioterapia neoadyuvante y fue de 36 meses en los pacientes tratados con quimioterapia adyuvante, mientras que la supervivencia a 5 años fue del 64% y 48%, respectivamente ($p=0.01$).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de un estudio retrospectivo no aleatorizado, nuestros resultados indican un beneficio de la quimioterapia neoadyuvante respecto a la quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de vejiga localmente avanzado.

P-101

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE VEJIGA: NUESTRA EXPERIENCIA

Montserrat Domènech Santasusana*, Anna Agud**, Esther Casado*, Silvia Catot*, Imma Guasch*, Ana Miguel*, Jesús Montesinos*, Anna Arnau***, Josep Badal****, Josep M^a Malet**.

*Servicio Oncología Médica. **Servicio Urología. ***Epidemiología. ****Servicio de Anatomía Patológica. *Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona.*

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante (QN) en cáncer de vejiga ha demostrado beneficio en supervivencia global y libre de enfermedad, de un 5% a 5 años comparado con cistectomía radical sólo. Presentamos nuestra serie de 21 pacientes.

Materiales: Estudio retrospectivo, unicéntrico. Periodo de recogida de datos febrero/2004 a diciembre/2008. Se evaluaron 21 pacientes que recibieron QN (cisplatino/gemcitabina 3 ciclos) y posterior cistectomía radical, de un total de 80 con indicación de cirugía radical de entrada. Los criterios de inclusión: T2 con factores de riesgo (tamaño, permeación vascular/linfática y/o hidronefrosis), cualquier T3, T4 y/o N1.

Resultados: Media de edad 64 años. Los estadios clínicos: T2(11), T3(10), T4(1), N1(2). El 91% de los pacientes recibió los 3 ciclos previstos. Se consiguió respuesta patológica al tratamiento en el del 57% (10 pacientes se infraestadiaron a pT0; 2 pacientes a pTis y pTa, respectivamente). En un 13.6% (3) pasaron a un estadio patológico superior y en 28,6% (6) no se modificó el estadiaje. El tiempo medio entre RTU y cistectomía fue de 4 meses. La toxicidad grado 3-4 por quimioterapia fue en 3 casos hematológica y 4 casos de toxicidad vascular. Con una mediana de seguimiento de 26.5 meses, la supervivencia específica global es del 49.4%. En el subgrupo de respuesta (pT0/tumor superficial) la supervivencia específica es del 100%, mientras que para el grupo no respondedor es del 21.4% (log-rank $p<0.001$).

Conclusiones: A pesar de tratarse de una serie pequeña de pacientes, la tasa de respuesta completa patológica fue del 47%, discretamente superior a lo descrito en la literatura. Asimismo se observa una relación pronóstica entre la obtención de respuesta al tratamiento con Qt neoadyuvante y la supervivencia.

P-102

BIOMARCADORES EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Ana Gloria Sánchez-Ruano, M^a Carmen Blanco-Arias, Mirian del Rosario, Asmiria Arenas de Sotolongo, Julia Molina, Jorge García-Tamayo, Eduardo Blasco-Olaetxea.

Instituto Canario Investigación del Cáncer ICIC Fuerteventura. Universidad de Los Andes Merida Venezuela. Novapth Maracaibo Venezuela.

Introducción y Objetivos: Se ha estudiado la expresión de diferentes biomarcadores en el epitelio cervical de biopsias procedentes de 44 casos de mujeres histerectomizadas con diagnóstico de carcinoma de Cervix. Áreas de neoplasma intraepitelial CIN y Carcinoma Infiltrante fueron estudiadas usando un panel de Anticuerpos Monoclonales mediante técnicas de inmunohistoquímica.

Materiales: Se examinaron la detección de diferentes biomarcadores como p 53, bcl 2, C-Myc, Ki 67, Ciclinas, p 21, p 27, B-caterina, P 16 INK4a y Antígenos de Grupo Sanguíneo en relación con la evolución de la neoplasia intraepitelial, el carcinoma cervical y la infección con el virus del papiloma humano (VPH).

Resultados: Nuestros resultados muestran relación entre la pérdida de expresión de Antígenos relacionados con los Grupos Sanguíneos y la sobreexpresión de p16.

Conclusiones: Pensamos que estos hallazgos pueden ser útiles en el diagnóstico y pronóstico de lesiones premalignas y en el estudio de carcinogenesis del Cáncer de Cuello Uterino.

La actividad transcripcional de diversos genes provoca alteraciones de la heterocigosis y pérdida de regiones cromosómicas que influyen en la sobreexpresión de proteínas o en la pérdida parcial de algunas glicoproteínas en la superficie celular por la activación de genes del VPH.

P-103

FACTORES PRONÓSTICOS CLÍNICOS PARA LA SUPERVIVENCIA EN CÁNCER RENAL METASTÁSICO

M^a José Juan Fita, Miguel Ángel Climent Durán, Salvador Blanch Tormo, José Rubio Briones, Inmaculada Iborra, Joaquín Gavila Gregori, Miguel Ángel Muñoz Quintana, Ángel Guerrero Zotano, Amparo Ruiz Simón, Vicente Guillem Porta.

Servicio de Oncología. Instituto Valenciano de Oncología.

Introducción y Objetivos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de posibles factores pronósticos clínicos para la supervivencia en 85 pacientes con neoplasia renal metastásica, tratados desde 2002 hasta 2008 en nuestro centro.

Materiales: Se estudiaron 85 pacientes con enfermedad renal diseminada. Se evaluó como posibles factores pronósticos para la supervivencia global: edad, ECOG, tipo histológico, metástasis al diagnóstico o durante la evolución, tiempo desde nefrectomía hasta metástasis, número de órganos afectados y tipo de localizaciones metastásicas, cifras de hemoglobina, calcio y LDH. Los pacientes recibieron tratamiento en primera línea con citocinas: 47(55,3%) o antiangiogénicos: 22 (25,9%).

Resultados: Se analizaron 58 varones (68,2%) y 27 mujeres (31,8%). Edad media de 56 años. Fueron metastásicos en el diagnóstico 32 pacientes (37,6%). Carcinoma de células claras: 71 (83,5%); ECOG 0-1: 76(89,4%); Hb>12 g/dL: 44 (51,8%); LDH menor del límite superior de la normalidad (LSN): 52 (61,2%). En el análisis univariante fueron factores significativos para una peor supervivencia global: ECOG 2-3 ($p<0,0001$), diseminación metastásica en el diagnóstico ($p=0,005$), tiempo desde la nefrectomía hasta la metástasis <12 meses ($p<0,001$), mayor número de localizaciones metastásicas ($p=0,004$), afectación hepática ($p=0,035$), ganglionar ($p=0,005$), niveles de Hb<12 ($p<0,001$)LDH>LSN ($p=0,035$). El análisis multivariante objetiva como factores pronósticos desfavorables independientes: tiempo desde nefrectomía hasta metástasis <12 meses ($p<0,0001$), Hb<12 ($p=0,002$) ECOG 2-3 ($p<0,0001$) y metástasis en el momento del diagnóstico ($P=0,007$).

Conclusiones: En cáncer renal metastásico son factores pronósticos favorables independientes para la supervivencia: el buen estado general del paciente en el momento de

la metástasis, nivel de hemoglobina normal, la ausencia de diseminación en el momento del diagnóstico y un tiempo desde la nefrectomía a la enfermedad metastásica mayor de 12 meses.

P-104

RESULTADOS CON LA ACTITUD DE SEGUIMIENTO ESTRECHO EN PACIENTES CON TUMORES GERMINALES TESTÍCULAR (TGT) ESTADÍO CLÍNICO I EN EL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

Miguel Fernández de Sanmamed Gutiérrez, Marta Capelán, Emilio Esteban, Carolina Muriel, Guillermo Crespo, J.Pablo Berros, Pablo Pardo, Marta Izquierdo, Aurora Astudillo*, Ángel J. Lacave.

*Servicio de Oncología Médica en Hospital Central de Asturias/
Servicio de Anatomía Patológica en Hospital Central de Asturias.

Introducción y Objetivos: Los TGT estadio clínico I cuentan con un elevado porcentaje de curación tras la orquiectomía por vía inguinal. La vigilancia estrecha es una opción terapéutica frente a linfadenectomía, radioterapia retroperitoneal electiva o quimioterapia adyuvante, evitando toxicidades sin comprometer la curación. Este estudio describe los resultados con la vigilancia llevada cabo en el HUCA.

Materiales: Desde 1.981 hasta el 2.009, sesenta y tres pacientes con TGT independientemente del riesgo o histología, fueron adscritos a protocolo de vigilancia estrecha: Exploración física, marcadores tumorales (MT), Rx de tórax y Ecografía abdominal (mensualmente el primer año, cada 3 meses el segundo y 6 meses hasta completar 5 años de seguimiento). TC Abdominal hecho solo al inicio, para confirmar las recidivas o si ecografía no informativa para control del retroperitoneo.

Resultados: Cuarenta y dos pacientes (66,7%) no seminoma (NS) y 21 (33,3%) seminoma puro (SP) con una mediana de 28 (límites: 16-47) y 34 años (23-60) respectivamente. Con mediana de seguimiento de 5,25 años (1-286 meses), diecisiete (40,5%) NS y dos (8,5%) SP recidivaron. Tiempo de recidiva, mediana de 6 meses (1,3-21) en NS y en SP a los 15 y 43 meses. Elevación de MT en 12 (70,5%) como primer dato de recidiva, el retroperitoneo localización más frecuente con diez casos (52,6%). Diecisiete recibieron quimioterapia y dos solo cirugía. Todos permanecen vivos sin enfermedad, excepto uno muerto por causa no tumoral. En análisis uni-variante, componente de carcinoma embrionario (CE) > al 50%, único asociado a riesgo de recurrencia ($p=0,066$).

Conclusiones: La actitud de vigilancia estrecha no compromete la supervivencia de los pacientes con TGT estadio clínico I tras orquiectomía. Los MT son el método más precoz de detección de recidiva. La ecografía podría suplantar al TC abdominal. Los factores de mayor riesgo son la histología NS y presencia de CE>50%.

P-105

TOLERABILIDAD DEL USO PROLONGADO DE TRABECTEDINA EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO RECIDIVANTE

José María del Campo, Luca Gianni, Filippo G de Braud, Andrzej Roszak, Martin Eric Gore, Tudor Ciuleanu, Thomas Hogberg, Antonio Nieto, Claudia Lebedinsky, Cristiana Sessa.

(1) Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España; (2) Instituto Nazionale Tumori (INT), Milán, Italia; (3) Instituto Oncologico Europeo, Milán, Italia; (4) Wielkopolskie Centrum Oncology, Poznan, Polonia; (5) Royal Marsden Hospital, Londres, Reino Unido; (6) Oncology Institute, Cluj Napoca, Rumania; (7) Linköping University Hospital, Linköping, Suecia; (8) PharmaMar, Colmenar Viejo, Madrid, España; (9) PharmaMar, Colmenar Viejo, Madrid, España; (10) Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Suiza.

Introducción y Objetivos: Evaluar la tolerabilidad del uso prolongado (>6 ciclos) de trabectedina en pacientes pretratados con cáncer de ovario recidivante (COR).

Materiales: Evaluación retrospectiva de 295 pacientes (pac) con COR tratados con 3 regimenes diferentes de trabectedina en monoterapia: 147 pac: cada semana (c/sem)/3-h (0.58 mg/m²); 54 pac: cada 3 semanas (c/3 sem)/24-h (1.5 mg/m²) y 94 pac: c/3 sem/3-h (1.3 mg/m²). La seguridad/tolerabilidad de trabectedina se evaluó mediante acontecimientos adversos (AA) [MedDRA (v.8)/NCI-CTC (v.2.0)], datos analíticos y exploración física.

Resultados: 116 pac recibieron ≥6 ciclos (949 ciclos). Las características basales fueron: mediana de edad: 57 años (intervalo: 25-79), mediana de número de líneas previas de tratamiento basadas en platino: 1 (1-3), 80% eran platino-sensibles, estado funcional ECOG: 0 (72.4%); 1 (26.7%) y 2 (0.9%). 30.6%, 44.4% y 50% de las pac recibieron ≥6 ciclos, con un máximo de 22, 19 y 29 ciclos, en c/sem/3-h, c/3 sem/24-h y c/3 sem/3-h, respectivamente. La mediana de dosis acumulada fue 9.9 mg/m² (6.2-36.6). Los AA hematológicos de grado (G) 3/4 por pac fueron neutropenia (33.7%), trombocitopenia (5.2%), anemia (0.9%) y fiebre neutropénica (2.6%). Los incrementos de ALT y AST de G3/4 ocurrieron en 49.1% y 18.1% de las pac; el 7.8%, 6.9% y 0.9% de ellas experimentaron vómitos, fatiga y alo-

pecia de G3/4, respectivamente. La magnitud de la neutropenia y los incrementos de ALT/AST de G3/4 disminuyeron en ciclos posteriores. No se observaron signos/síntomas de insuficiencia hepática. Las muertes consideradas como posiblemente relacionadas con el tratamiento ocurrieron en 2/295 pac, pero sólo una muerte ocurrió tras el ciclo 7 (c/sem/3-h).

Conclusiones: No se observó toxicidad acumulada u órgano-terminal con la administración prolongada de trabectedina a pacientes con COR. Trabectedina no indujo AA desagradables comúnmente asociados al tratamiento con fármacos citotóxicos (alopecia, mucositis, toxicidad en piel/uñas, neurotoxicidad o cardiotoxicidad).

P-106

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OVARIO RECURRENTE CON BEVACIZUMAB

Andrés Redondo Sánchez, Pilar Zamora, Enrique Espinosa, César Gómez*, Beatriz Castelo, Álvaro Pinto, Víctor Moreno, Reyes González, María Merino, Manuel González Barón. Servicio de Oncología, Hospital Universitario La Paz. *Sección de Oncología, Hospital Infanta Sofía.

Introducción y Objetivos: En ensayos fase II bevacizumab ha mostrado actividad en el cáncer de ovario recurrente. Actualmente están en marcha ensayos clínicos aleatorizados en primera y segunda línea. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de bevacizumab utilizado por uso compasivo en nuestro centro.

Materiales: Once pacientes con cáncer de ovario recurrente han sido tratadas con bevacizumab por uso compasivo en el Hospital Universitario La Paz desde septiembre 2007 hasta mayo 2009. Cinco pacientes recibieron bevacizumab en monoterapia a 15 mg/Kg cada 3 semanas y 6 pacientes en combinación con quimioterapia, manteniéndose el tratamiento hasta progresión.

Resultados: La mediana de edad fue 56 años (36-79). El 64% de las pacientes había recibido 5 o más líneas de tratamiento, el 91% cumplía criterios de platino-resistencia, y el 82% había experimentado una progresión tumoral tras 3 ciclos de la última línea de quimioterapia previa a la administración de bevacizumab. En el momento del análisis, 10 pacientes eran evaluables para respuesta. Tras 3 ciclos de tratamiento a nivel radiológico la tasa de respuesta parcial, estabilización y enfermedad progresiva fue del 11%, 66% y 22%, respectivamente. El 60% tuvo una disminución del CA 125 superior al 50%. En el 22% la duración de la respuesta osciló entre 6 y 12 meses, y en el 33% fue superior a 12 meses. No se observó ningún episodio de perforación intestinal ni otra toxicidad grado 3-4. La hipertensión arterial grado 1-2 ocurrió

en el 27% de las pacientes. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 6 meses (2-22), y la mediana de supervivencia global desde el inicio de bevacizumab fue de 17 meses (5-30).

Conclusiones: En esta serie de pacientes mayoritariamente platino-resistentes y politratadas bevacizumab ha mostrado una eficacia significativa, con un beneficio clínico en el 77% de las mismas, sin observarse una toxicidad relevante.

P-107

QUIMIOTERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA CON PACLITAXEL, IFOSFAMIDA Y CISPLATINO (TIP) PARA EL TRATAMIENTO DE LA RECURRENCIA DE TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES (TCG)

Francesc Pons Valladares (1), María Plana (1), Isabel Fernandes (2), Francisco Javier Pérez (3), Laura Jiménez (1), Josep María Piulats (1), Eladio Franco (4), Xavier García Del Muro (1), Josep Ramón Germà-Lluch (1).

(1) Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona. (2) Servicio de Oncología Médica, Hospital Sta Maria, Lisboa, Portugal. (3) Unidad de Investigación Clínica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona. (4) Servicio de Urología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona.

Introducción y Objetivos: Los TCG que recidivan tras primera línea de quimioterapia (QT) basada en cisplatino/etopósido, constituyen un subgrupo de especial mal pronóstico con curaciones escasas a una segunda línea de tratamiento. El esquema TIP demostró en 2 estudios fase II una supervivencia libre de progresión (SLP) a 2 años de entre el 32% y el 65%. El objetivo del estudio es revisar los resultados que ofrece TIP en una serie asistencial de pacientes no seleccionados.

Materiales: Estudio retrospectivo de 25 pacientes consecutivos afectados de TCG tratados en nuestro centro entre mayo/2002 y marzo/2009 con QT esquema TIP (Paclitaxel 250 mg/m² día 1; Ifosfamida 1g/m² días 1-5 días; Cisplatino 20 mg/m² días 1-5).

Resultados: La mediana de edad fue de 28 años (15-37 años). La histología fue de seminoma puro en el 24% y de no seminoma en el 76%. Tres pacientes presentaban un tumor primario extragonadal (2 mediastínicos, 1 pineal) y 5 eran de mal pronóstico según los criterios del IGCCCG. En 7 pacientes se realizó cirugía de la masa residual y 4 recibieron 1 ciclo de quimioterapia a altas dosis como consolidación. Se objetivó respuesta completa (RC) en el 40% (20% RC radiológica, 20% con masa residual de fibrosis) y respuesta parcial (RP) con marcadores negativos en el 36% (20% con focos residuales de tumor viable; 16% RP radio-

lógicas no intervenidas). Con una mediana de seguimiento de 16,3 meses (0,4-95,9 meses) se objetivó a 2 años una supervivencia global (SG) del 70,7% (51-90,4%; IC 95%) y una SLP del 47,8% (27,4-68,2%; IC 95%).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran en un grupo no seleccionado de pacientes, una tasa de respuestas, SG y una SLP similares a las publicadas. La QT de segunda línea con TIP se presenta como una buena opción de tratamiento a la recurrencia de TCG en la práctica clínica habitual.

P-108

RELACIÓN ENTRE SOBREENPRESIÓN DE BCL2, P53, KI67 Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL AVANZADO

Ana López-Alfonso*, Brezo Martínez-Amores**, Alberto Arcediano***, Rita María Rogojo***, Ana Blasco**, Susana de Juan*, José Ignacio Martín****, Miguel Ángel Lara*, Javier Cassinello**.

Unidad de Oncología Médica, Hospital Infanta Leonor*, Hospital Príncipe de Asturias**, Fundación Jiménez Díaz****, Hospital General Universitario de Guadalajara***.

Introducción y Objetivos: El carcinoma de células renales representa el 3% de todos los tumores sólidos, siendo responsable del 2% de las muertes por cáncer. Su incidencia se ha incrementado en un 35% desde los años 70, en parte debido a las mejores técnicas diagnósticas. Es importante disponer de una serie de factores predictivos que nos permitan predecir la evolución de la enfermedad y sus posibles complicaciones, elegir el tratamiento más idóneo para cada enfermo y evaluar la respuesta terapéutica.

Materiales: Se han recogido y analizado los datos de 13 pacientes diagnosticados de cáncer renal avanzado entre enero/08 y marzo/09 y tratados con sunitinib. Se ha analizado en las 13 muestras del tumor la expresión de bcl2, p53 y ki67 por inmunohistoquímica. La correlación entre la sobreexpresión de dichos factores y el grado de respuesta se analizó por medio de tablas de contingencia con el programa estadístico spss v15.0.

Resultados: De los 13 casos, un 53% fueron hombres y un 46% mujeres, la histología predominante fue la de células claras (84,6%), el total de los pacientes había sido sometido a resección de la tumoración primaria. Un 69,2% sobreexpresaban bcl2, un 28,5% sobreexpresaban ki67 y un 15,4% presentaban sobreexpresión de p53. De los pacientes con sobreexpresión de bcl2, el 77,7% alcanzaron respuesta parcial. De los pacientes con sobreexpresión de Ki67 un 80% alcanzó algún tipo de respuesta (parcial + estabilización). Sólo el 50% de los pacientes que sobreexpresaban p53 tuvieron respuesta. En

el análisis estadístico ninguna de esta asociación tuvo poder estadístico suficiente debido al escaso tamaño de la muestra.

Conclusiones: Los datos reflejan que la sobreexpresión de bcl2 y Ki67 podrían ser estudiados como factores predictivos de respuesta al sunitinib. Dado el pequeño tamaño muestral los datos no pueden ser concluyentes. Se necesitarían estudios futuros para corroborar estos resultados.

P-109

TOXICIDAD ASOCIADA A NUEVOS FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE CCR METASTÁTICO

Verónica Calderero Aragón, Irene Gil, M^a José Lecumberri, Roberto Pazo, Teresa Puertolas, Juan Lao, Ester Millastre, Ángel Artal, Antonio Anton.

S^o Oncología. Hu Miguel Servet- Zaragoza

Introducción y Objetivos: Las nuevas dianas moleculares para el tratamiento del CCR metastático asocian toxicidades distintas a los citostáticos clásicos. Su prevención, diagnóstico y manejo precoz pueden evitar reducciones innecesarias de dosis que reduzcan la eficacia.

Materiales: Análisis retrospectivo de las toxicidades presentadas con nuevas dianas terapéuticas (bevacizumab, sorafenib, sunitinib, y temsirolimus) desde octubre del 2006 hasta enero 2008 y se analizó su relación con las distintas líneas de tratamiento.

Resultados: Se analizaron 18 casos, con una mediana de edad de 59 años; 14 varones y 4 mujeres, casi todos tumores de células claras (78%). En primera línea de tratamiento 10 pacientes recibieron sunitinib (55%), 5 bevacizumab (28%) y 3 temsirolimus (17%). Nueve recibieron una segunda línea de tratamiento (5 sunitinib, 2 sorafenib y 2 axitinib). Cuatro pacientes alcanzaron 3^a línea con sorafenib y 3 pacientes una 4^a línea con temsirolimus. No hubo toxicidades grado ≥ 3 superiores al 10%. Como toxicidades grado 1-2: sunitinib produjo alteraciones cutáneas (28%), diarreas (60%), astenia (58%) e HTA (30%), con alteraciones hematológicas (60%) y aumento creatinina (32%). Bevacizumab, produjo únicamente HTA (60%) y proteinuria (20%). Sorafenib: toxicidad cutánea (66%), diarreas (50%), astenia (50%) y anemia (30%). Temsirolimus: HTA (17%), astenia (66%), fiebre (66%), hiper glucemia (33%), hiperlipidemia (33%) y anemia (50%). Las toxicidades parecen ser acumulativas: aumentaron con las semanas de tratamiento y sucesivas líneas terapéuticas.

Conclusiones: Las nuevas dianas terapéuticas son eficaces para el tratamiento del CCR metastático, pero no están exentas de efectos secundarios. Son raras las toxicidades grado 3-4. Sunitinib parece ser el fármaco con mayor porcentaje de efectos secundarios y la toxicidad puede ser acumulativa. La toxicidad grado 1-2 es manejable con tratamiento médico y un adecuado diagnóstico precoz.

P-110

ACTIVIDAD DE TEMSIROLIMUS EN SEGUNDA LÍNEA CARCINOMA RENAL METASTÁSICO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

Ana Sebio, Lidia Robert, Pablo Maroto, Cristina Martín, Humberto Villavicencio*, Agustí Barnadas, Nuria Sala, José María Mazarico.

*Hospital de la Santa Creu I Sant Pau; Fundació Puigvert**

Introducción y Objetivos: Temsirolimus está aprobado en el tratamiento del carcinoma renal metastático de mal pronóstico. Hay pocos datos en la literatura de tratamiento con Temsirolimus en pacientes en progresión a inhibidores de tirosín kinasa. Se reportan los resultados de pacientes tratados con temsirolimus dentro de un programa de uso expandido.

Materiales: 8 pacientes con carcinoma renal metastático de pronóstico intermedio (6) o malo (2), el 75 % de con una histología de células claras y todos ellos tratados previamente con inhibidores de la tirosín-kinasa (sunitinib (7), sorafenib (4) o ambos (3)). 2 pacientes recibieron además inmunoterapia previa.

Resultados: Análisis de respuesta: 6 pacientes consiguen estabilización de enfermedad (60 días sin evidencia de progresión), 1 de ellos alcanza una remisión parcial y un paciente progresó durante tratamiento. La media de supervivencia libre de progresión fue de 6 meses; sólo 3 pacientes han fallecido. Dos pacientes continúan vivos y con enfermedad estable a +8 y +18 meses. Análisis de toxicidad: astenia (37%), anemia (50%), hipercolesterolemia (87%) e hipertrigliceridemia (75%). Un paciente presentó neumonitis grado II. Sólo un paciente abandonó tratamiento debido a astenia grado III.

Conclusiones: En un pequeño grupo de pacientes, temsirolimus proporcionó respuestas en segunda y tercera línea en pacientes con carcinoma de células renales metastático. En esta población fuertemente tratada de pacientes, la toxicidad de temsirolimus fue leve.

P-111

CIRUGÍA DE BUFETA CON RECONSTRUCCIÓN TIPO STUDER: ANÁLISIS DE PATRÓN DE RECURRENCIA Y CALIDAD MICCIONAL

José María Mazarico Gallego, Pablo Maroto Rey, H. Villavicencio (3), Gemma Sancho (2), Cristina Martín Llorente, Nuria Sala González, Lidia Robert Faja, Ana Sebio, Oriol Pares Grau (2), Agustí Barnadas.

(1) Servicio Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. (2) Servicio Oncología Radioterapia, HSCSP. (3) Servicio Urología, Fundació Puigvert, Barcelona.

Introducción y Objetivos: Analizar los patrones de recidiva de un grupo de pacientes con carcinoma vesical infiltrante estadios II-III y IV que fueron tratados con cistoprostatectomía radical y reconstrucción ortotópica tipo Studer.

Materiales: Hemos analizado 38 pacientes estadio II, III ó IV entre 7/1998 y 5/2008. Los criterios para considerar una reconstrucción tipo Studer son un diagnóstico de carcinoma vesical infiltrante clínicamente T2, no extensión extravesical y biopsia múltiple normatizada negativa (con análisis de la muestra de uretra prostática) y no contraindicación quirúrgica.

Resultados:

- Mediana de edad: 62 años (47 a 77 años). Estadío patológico: 7 pacientes (18.42%) estadio II, 17 pacientes (0.44.7%) estadio III y 14 pacientes (36.84%) estadio IV.
- 24 pacientes recibieron quimioterapia adyuvante: 11 pacientes CDDP-gemcitabina, 9 CBCA-gemcitabina, 1 CMV, 2 M-CAVI y 1 CDDP- 5-FU.
- Análisis de recaída: 12 pacientes (31.57%) recayeron, 4 a nivel local (10.52%), 5 a distancia (13.15%) y 3 local y a distancia (7.89%). De los 4 pacientes con recaída local (todos estadio III) 2 fueron rescatados con quimioterapia y radioterapia.
- La mediana de tiempo de supervivencia es de 48 meses. No se registraron eventos suficientes para el cálculo de la SLE.
- Hubo cuatro éxitos (10.52%) por otras causas (1 neo de pulmón, 2 insuficiencia respiratoria, 1 cirrosis hepática).
- Calidad miccional: 14 de 33 pacientes (42.2%) presentaron incontinencia nocturna que les obligó al uso de bolsa. No hemos detectado ningún caso de incontinencia total. La frecuencia miccional media es de 3 horas. No hubo recaídas a nivel de uretra prostática en el período de seguimiento.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con carcinoma vesical infiltrante la derivación tipo Studer proporcionó una aceptable calidad miccional. La evolución y el patrón de recaídas concuerda con otras series de la literatura.

P-112

DOXORUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA (DLP) EN COMBINACIÓN CON CARBOPLATINO (CB) EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO RECIDIVADO

Jesús García Gómez*, Elena Álvares**, Juan Cueva***, Silvia Antolín****, Lidia Vázquez*****, Eva Pérez*.

*Complejo Hospitalario Ourense; **Complejo Hospitalario Lugo; ***Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; ****Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña; *****Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción y Objetivos: El tratamiento del carcinoma ovárico recidivado incluye poli quimioterapia con platino. Evaluamos la eficacia y toxicidad de DLP+Cb en pacientes con cáncer de ovario recidivado platino-sensible.

Materiales: Se incluyen pacientes con cáncer de ovario recidivado cuyo intervalo libre de progresión es > 6 meses. Las pacientes reciben 30 mg/m² de DLP más Cb AUC de 5, día 1 cada 28 días.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes. La edad mediana fue 65 años (40-80), ECOG 0 se observó en el 29,6%, ECOG 1 en el 55,5%. La histología tipo papilar seroso fue la más frecuente (70,4%). El 81% recibió una línea previa de quimioterapia. La recidiva peritoneal exclusiva se presentó en el 38,5%. La mediana de ciclos administrados fue de 6 (1-16). Se observó un 25,9% de respuestas completas (IC95 13,17-44,6) y un 37% de respuestas parciales (IC95 21,53-55,77). Toxicidad hematológica de grado 3 ó 4 sucedió en el 2,4% de los ciclos (2 pacientes) afectando serie blanca y plaquetaria. Se documentó 1,9% de estreñimiento grado 3-4, 0,6% de mucositis grado 3, 1,9% de emesis grado 3-4, eritrodisestesia grado 1 en el 17,2% de los ciclos, grado 2 en 1,3%, no se observó grados 3-4. Se produjo una muerte tóxica en el contexto de neutropenia febril. Se produjo retraso o reducción de dosis en el 20,38% de los ciclos. Se administró GSF en el 22% de los mismos. La mediana de supervivencia libre de progresión es de 13 meses (IC 95 9-23), la mediana de supervivencia global es de 27 meses (IC 95 15-NA).

Conclusiones: El tratamiento del cáncer de ovario con recidiva platino-sensible mediante DLC+Cb obtiene un 63% de respuestas (25,9% RC, 37% RP). La toxicidad resultó leve o moderada en la mayoría de los ciclos. La utilización de soporte hematopoyético y reducciones y/o retrasos en la administración de quimioterapia contribuyen en gran medida a la buena tolerancia.

P-113

SUNITINIB COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONO Y TAXANO REFRACTARIOS (HTRPC)

Joan Manel Gasent, Óscar Juan, Melchor Álvares de Mon, Mariano Provencio, Enrique Grande, José Luis González-Larriba, Javier Casinello.

Hospital de Denia, Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, Hospital de Alcalá de Henares, Hospital de Puerta de Hierro, Pfizer Oncology, Hospital Clínico San Carlos, Hospital de Guadalupe.

Introducción y Objetivos: No hay un tratamiento estándar para pacientes HTRPC. Niveles elevados en plasma del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) se han

asociado con una mayor probabilidad de progresión tumoral en pacientes con HTRPC. Sunitinib es un inhibidor multiselectivo de varios receptores de tirosina kinasa incluido el VEGFR. Resultados preliminares sugieren actividad como agente único.

Materiales: Pacientes con HTRPC fueron tratados con sunitinib dentro de un programa de uso compasivo. Los pacientes recibieron una dosis de 50 mg/día de sunitinib en un esquema 4/2. El tratamiento se prolongó hasta progresión de la enfermedad, toxicidad o decisión del paciente y/o médico. Estudiamos la tasa de respuestas medida por disminución de PSA >50% evaluada cada 6 semanas.

Resultados: Seis pacientes con una mediana de 68.5 años (54-82) fueron tratados entre Febrero 2008 y Enero 2009. El estado funcional (ECOG) fue de 1.5 (2-0). Los pacientes habían recibido una mediana de 3.5 líneas de hormonoterapia (2-4) y 2 líneas de quimioterapia (1-2) incluyendo oxaliplatino y capecitabina. Mediana de PSA basal fue 403.5 ng/ml (130-1288). Los pacientes recibieron una media de 2.5 ciclos (2-5) de sunitinib; el tiempo mediano hasta fracaso del beneficio del tratamiento fue de 15 semanas (30, 30, 18+, 12+, 12, 12). El PSA disminuyó >50% en 2 de 6 casos y 2 de los 6 pacientes estabilizaron el PSA. Los efectos adversos más comunes fueron astenia (83% G1-2), diarrea (G1 33%, G2 16% y G3 16%), anemia (33% G1) y trombopenia (17% G1). En dos pacientes se requirió reducir la dosis debido a la toxicidad del fármaco. No se observaron efectos G4 relacionados con el fármaco.

Conclusiones: Aunque en un pequeño grupo de pacientes, se ha observado actividad de sunitinib en una población de pacientes con HTRPC. La toxicidad fue manejable. Se requieren estudios aleatorizados que confirmen la eficacia de sunitinib en cáncer de próstata.

P-114

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE DOCE-TAXEL SEMANAL EN PACIENTES AÑOSOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁTICO

Verónica Calderero Aragón, M^a José Lecumberri, Irene Gil, Roberto Pazo, Teresa Puertolas, Juan Lao, Ana Herrero, Javier Martínez, Vicente Alonso, Antonio Anton.
S^o Oncología Médica-Hu. Migeul Servet- Zaragoza.

Introducción y Objetivos: La administración de docetaxel semanal en pacientes añosos o con comorbilidades podría ser una alternativa válida al esquema habitual.

Materiales: Se evaluó la eficacia y seguridad de este esquema de tratamiento en pacientes ancianos con cáncer de próstata avanzado tratados en nuestro centro entre 2006-2008.

Resultados: Se evaluaron 25 pacientes, con una media de

edad de 74 años (mediana 73). Presentaban CPHR tras al menos 2 maniobras hormonales. El 60 % tenían metástasis óseas, 12% ganglionares y/o viscerales y el 28% ambas. El PSA medio al inicio de QT era de 176 (mediana 50). El 44% tenían ECOG 1, 48% ECOG 2 y 8% ECOG 3. La dosis media semanal fue de 29 mg/m² (30 mediana), en distintos esquemas (1-8/21d el 60%, 1,8,15/28d el 40%), en distintas líneas (85% en primera línea). Se administraron 5.2 ciclos de media (mediana 6). El 72% de los pacientes obtuvo mejora de la sintomatología (16% no mejoría y 12% no evaluables). El 64% presentaron respuesta de PSA >50% (< 50% el 20% y PE el 4%, NE el 12%). La SLP fue de 6.42 meses (4,55-8,29). La toxicidad más frecuente fue la astenia (50% grado 1-2, 5% g3), alopecia (50% g1-2), molestias digestivas (35% g1-2), edemas periféricos (12% g1-2) y neuropatía sensitiva (18% g1-2) con trastornos ungueales (30% g1-2). Ninguna toxicidad g3-4 superó el 5% de los casos. No hubo episodios de fiebre neutropénica y la toxicidad hematológica fue escasa.

Conclusiones: El docetaxel semanal podría ser un esquema alternativo en pacientes muy añosos o con estado general afecto. La eficacia parece ser discretamente inferior a la administración trisemanal y la toxicidad muy similar, salvo menos alteraciones hematológicas, especialmente la fiebre neutropénica.

P-115

INCORPORACIÓN DE AGENTES INHIBIDORES TIROSIN KINASA (ITK) EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE RIÑÓN AVANZADO (CRA): ESTUDIO RETROSPECTIVO BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Carolina Muriel López¹, Emilio Esteban¹, Aurora Astudillo², Alejandro García², Paula Jiménez¹, María Luque¹, Guillermo Crespo¹, José Pablo Berros¹, Miguel Sanmamed¹, Ángel J. Lacave¹.

Servicio de Oncología Médica¹ y Servicio de Anatomía Patológica² del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y Objetivos: El tratamiento del CRA se ha basado en el uso de citocinas (CK) hasta la incorporación de ITK. Se recoge la experiencia de un centro con la utilización de CK e ITK en el tratamiento de pacientes con esta patología.

Materiales: Desde Julio del año 96 a Junio del 08 se revisó de manera retrospectiva el tratamiento utilizado en nuestro servicio para los pacientes diagnosticados de CRA.

Resultados: Se evaluaron 94 pacientes que se clasificaron en 3 grupos en base al tratamiento administrado: Cuarenta y seis pacientes tratados solo con CK, veinte tratados de

forma secuencial con ITK en segunda línea tras CK, y 28 solo con ITK. El 89% eran de pronóstico bueno y el 11% de intermedio. Setenta y ocho fueron evaluables para respuesta y todos para seguridad. La principal toxicidad grado 3-4 (%) fue la astenia tanto con ITK (10) como con CK (15). Las toxicidades grado 1-2 (%) fueron: mucositis (39), sangrado (8), hipertensión arterial (19), cutánea (33) e hipotiroidismo (12,5) con ITK, y anemia (33), tos (29), astenia (39) y emesis (14) con CK. Respuestas objetivas (%): con CK (10,6) y con ITK en primera (46,5) y en segunda línea (35) tras CK. Estabilización de enfermedad (%): Con CK (59) y con ITK en primera (25) y segunda línea (50). La Mediana de Supervivencia Libre de Progresión con CK fue de 122 días (IC 95%: 82-162), con ITK de 201 días (65-337) y 346 días (256-436) en primera y segunda línea respectivamente. La Mediana de Supervivencia Global con CK fue de 229 días (142-316) y 2.074 días (1.152-2.996) con ITK.

Conclusiones: Los ITK han demostrado en pacientes con CRA y en nuestro medio, una actividad dentro de los parámetros descritos en la literatura tanto en primera como en segunda línea de tratamiento con una aceptable tolerancia.

P-116

TOXICIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON SUNITINIB EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL AVANZADO

Brezo Martínez-Amores Martínez*, Ana López-Alfonso**, Ana Blasco***, Marta Martín*, M^a Laura Villalobos*, Mónica Arroyo*, José Ignacio Martín****, Alberto Arcediano*****, Melchor Álvarez de Mon*, Javier Cassinello*****.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). ** Servicio de Oncología Médica, Hospital Infanta Leonor (Madrid). Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). **** Servicio de Oncología Médica, Fundación Jimenez Díaz (Madrid), ***** Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Guadalajara.

Introducción y Objetivos: Sunitinib es un inhibidor tirosinkinasa multidiaria de VEGFR, PDGFRR, c-KIT y flt-3 aprobado para el tratamiento de cáncer renal de células claras (ccCCR) metastático en base a su superioridad en supervivencia y tasas de respuesta aunque no exento de toxicidad moderada e incluso severa. Presentamos la experiencia conjunta de dos centros hospitalarios en términos de eficacia y toxicidad.

Materiales: Estudio estadístico descriptivo de 13 pacientes con cáncer renal avanzado tratados con sunitinib entre enero/08 y marzo/09. Valoración de respuesta y toxicidad.

Resultados: De los 13 casos, 53% fueron hombres y 46% mujeres, todos ellos nefrectomizados, con histología predominante de células claras (84,6%) y categoría de buen o intermedio pronóstico según modelo MSKCC (84.61%). Un 77% de los pacientes presentaban ECOG 1-2. Realizaron tratamiento con Sunitinib según esquema estándar (50 mg x 4 semanas cada 6) en primera línea el 76% de pacientes y el resto en segunda. Se comunicaron datos de toxicidad severa (G3-4) en forma de mucositis (15.3%) e hipertensión (7.7%). Como efectos secundarios moderados (G2) o leves (G1) destacaron: Astenia G1+2 (92.3%), náuseas G1 (70%), mucositis G2 (46.2%), HTA G1+2 (38.5%), eritrodisestesia palmoplantar (30.8%) y diarrea G1 (7.7%). Respecto a toxicidad hematológica existió anemia G2+3 (76%) y neutropenia G4 (7.7%) sin datos de trombopenia en la mayoría de pacientes (61,5%). No hubo complicaciones en el manejo de los efectos secundarios ni muertes tóxicas. En términos de eficacia el 38,5% obtuvo respuesta parcial, el 46,2% presentó estabilización y un 7,7% progresaron de su enfermedad (medido por RECIST). La duración mediana del tratamiento fue de 7.6 meses.

Conclusiones: Los resultados confirman el perfil de efectos secundarios conocidos de Sunitinib, con un perfil manejable de toxicidad. El fármaco demuestra también eficacia en el tratamiento del ccCCR con alta tasa de beneficio clínico en los pacientes, acorde con datos publicados.

Jueves, 22 de octubre
Sala: Área polivalente
08:30-20:00

Cáncer Mama I

Revisores:

Dr. Amadeu Pelegrí Sarlé

Dra. María López García

P-117

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CRIBAJE DEL CÁNCER DE MAMA (CM) EN EL VALLÉS OCCIDENTAL OESTE

Sonia González Jiménez, Elvira Buxó, Antonio García*, José M^a Roca, Romà Bastús, José M^a Lain**, Luis Cirera. *Oncología y Hematología. *Ginecología y Obstetricia. **Ginecología y Obstetricia Consorcio Terrassa. Hospital Universitario Mútua Terrassa. Oficina Técnica Cribaje.*

Introducción y Objetivos: Determinar la incidencia de CM obtenida en una unidad de cribaje y compararla con controles históricos. Objetivar diferencias entre los tumores detectados mediante cribaje respecto a controles históricos. **Materiales:** Rango de edad de 50 a 65 años, ampliable a los 69. Doble lectura mamográfica. Población diana: 43.765 mujeres. Período de mayo de 2002 a diciembre de 2008. Cohorte control histórica de pacientes con CM intervenidas en el Hospital Mútua Terrassa.

Resultados:

- Participación global 72.4% (aumento progresivo del 53, 78 y 82%). 68.017 mamografías realizadas. 9039 recitaciones, 891 biopsias y 250 CM diagnosticados.
- CM 1^a ronda 6.5 por mil para las participantes; 2^a ronda 3.9 por mil; 3^a ronda 3.2 por mil.
- Tasa global de CM 9.8 por mil. 35.2% CM 1er cribaje, 32.1% cribajes sucesivos, 9.4% controles avanzados, 11.8% circuito asistencial (CM intervalo), 6.1% cribaje externo (renuncia al programa) y 5.4% fuera de base de datos.
- El 63.3% CM no corresponden a rango OTC. OTC aporta 36.7%.
- Tasa de carcinoma infiltrante OTC 84% versus 91,4% control. Carcinoma intraductal OTC 16% versus 8,6% control (p.003).
- Incidencia de tumores <10mm OTC 33.1% vs 21% control (p.001). Incidencia de tumores >20mm 26,2%

versus 38% (p.002). Sin diferencias en los tumores de 11 a 20mm.

- Tasa de ganglios positivos OTC 25,2% versus 37,1% control (p.001).

Conclusiones: Consecución de los objetivos de un programa de cribaje. Mayor detección de CM <10mm y carcinoma intraductal con OTC versus control histórico.

P-118

BAJA TASA DE RESPUESTAS COMPLETAS PATOLÓGICAS (PCR) EN EL CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA

Parham Khosravi Shahi, Gonzalo Tapia Rico, Gumersindo Pérez Manga. *Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama es un conjunto de enfermedades neoplásicas molecularmente distintas. Se han descrito al menos 4 subtipos moleculares, con diferente tasa de respuesta a la quimioterapia neoadyuvante (QN), y pronóstico. La mayor parte de los Carcinomas Lobulillares Infiltrantes (CLI) presentan RE+, RP+, y HER2-. Sin embargo, en los ensayos habitualmente no se estratifica a las pacientes (ps) según el subtipo histológico.

Materiales: Hemos llevado a cabo un análisis de subgrupo de pacientes con CLI, incluidos en 4 ensayos fase II llevados a cabo en nuestro centro. La expresión de los marcadores se determinó por IHQ en la pieza de biopsia previa a la QN. El objetivo primario del estudio fue la tasa de pCR en mama y axila.

Resultados: Un total de 185ps incluidos en 4 ensayos fase II fueron evaluados. De ellos, 16ps tenían CLI (8,65%). La mediana de edad fue de 50 años (premenopáusicas 56,2%). La mediana de tamaño tumoral clínico fue de 5cm. El 66,6% tenían estadio clínico III. Según las determinaciones por IHQ: el 75% de las ps tenían RH+/HER2- (Luminal); 6,25% tenían RH+/HER+ (Luminal/HER2), y 18,75% eran triple negativo (TN). La tasa de pCR fue de 6,25% (1p). Esta p era TN. Otra p presentó pCR en mama, pero no en la axila (Luminal/Her2 tratada con trastuzumab neoadyuvante), así la tasa de pCR en mama fue de 12,5%. La tasa de respuestas clínicas fue de 56,25% (RCC=12,5%). La

tasa de cirugías conservadoras fue de 12,5%. La mediana de tamaño tumoral patológico fue de 2 cm. Con una mediana de seguimiento de 31m, la tasa de SLE 4 años fue de 57% (Figura 1), y la SG 3 años fue de 81% (Figura 2).

Figura 1. Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) en el subgrupo de pacientes con Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama.

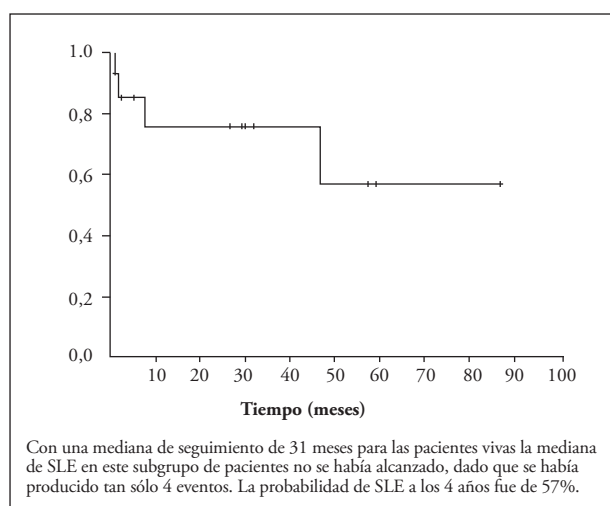
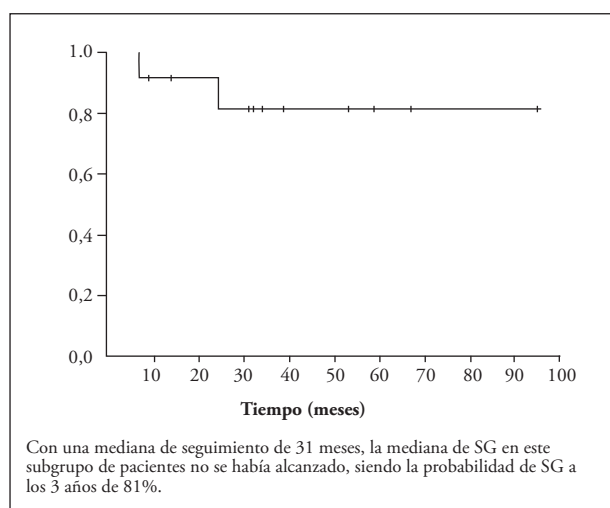


Figura 2. Supervivencia Global (SG) en el subgrupo de pacientes con Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama.



Conclusiones: La tasa de pCR a la QN es muy baja en los CLI, seguramente porque la mayor parte de ellos son tumores Luminales A (poco quimiosensibles).

P-119

ESTUDIO DE PREVALENCIA MRNA DE CICLOOXIGENASA 2 EN SUERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CARCINOMA DE MAMA AVANZADO

Javier García Corbacho*, Juan De la Haba*, Antonio Martínez**, Ignacio Porras*, María José Ortiz*, Gema Pulido*, María Auxiliadora Gómez*, María José Méndez*, Isidoro Barneto*, Enrique Aranda*.

* Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ** Servicio de Bioquímica Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y Objetivos: Ciclooxigenasa 2 (COX-2) es una enzima inducible, que participa en procesos de carcinogénesis, proliferación tumoral, invasividad y procesos de neovascularización tumoral. Estudios previos han demostrado la existencia de mRNA de COX-2 en suero de pacientes diagnosticados de carcinoma de cabeza y cuello y su relación con el estadio de la enfermedad.

Objetivos: Puesta a punto de la técnica y determinación de la presencia de mRNA de COX-2 en pacientes diagnosticadas de carcinoma de mama avanzado (CMA) y conocer la prevalencia de dicha expresión y su correlación con parámetros clínico-patológicos.

Materiales: Inicialmente se extrajo RNA total de sangre completa y de suero de voluntario sano. El control de amplificación de RNA se realizó con un kit de control de RNA, encontrando que amplifican los productos esperados en sangre total y siendo indetectables los transcritos en suero. Posteriormente, presumiendo que la cantidad de RNA disuelto en suero debe ser ínfima, se empleó un kit de extracción de alta eficiencia sobre muestras de pacientes con leucocitosis, evitando cualquier tipo de hemólisis.

La prueba se realizó en paralelo sobre la masa celular resultante del centrifugado, donde se consigue amplificación para mRNA de COX-2, y sobre plasma EDTA, donde ésta no existe. Finalmente, asumiendo que los leucocitos normales no liberan mRNA de COX2 al plasma aunque lo expresen, se realizó dicha determinación en suero de 63 pacientes diagnosticadas de CMA sobre las que se repitió el proceso.

Resultados: En 43 de los 63 sueros (68.25%) se objetivó mRNA de COX-2. Su presencia se correlacionará con factores clínicos e histopatológicos así como con la evolución y respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Es posible la detección de mRNA de COX-2 en suero de pacientes diagnosticadas de CMA y no es detectable en suero de sujetos sanos o con procesos inflamatorios agudos.

P-120

PROGRAMA POST-ALTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EXTRAHOSPITALARIA DE LA MUJER CON ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA

Miguel Gil Gil*, Maribel Pons**, Sonia Pernas*, Anna Lou**, Catalina Faló*, Adela Gejo**, Rosina Fernández***, Ana Rodríguez***, Yolanda Fernández***, José Ramón Germà*.

Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia. Hospital Durán i Reynals, Atenció de salut sexual i reproductiva (ASSIR) de L'Hospitalet** y Unidad Funcional de Mama. Institut Català d'Oncologia. Hospital Durán i Reynals***.*

Introducción y Objetivos: La paciente diagnosticada de un cáncer de mama (CM), con alta dependencia hospitalaria durante 5-10 años, sufre en el momento del alta, de una indefinición sobre el profesional que debe atenderla en atención primaria. Estas mujeres son rechazadas de los programas de cribado y a menudo, arrastran secuelas de los tratamientos administrados. Esto crea gran incertidumbre y sensación de desatención y hace que soliciten de nuevo asistencia hospitalaria. Dado la alta prevalencia de este tumor, este problema genera un alto coste.

Primario: Crear un programa de derivación automatizada desde el Hospital de 3er nivel hacia un equipo de atención integral en primaria dirigido por un ginecólogo "referente" adaptado a las necesidades de la mujer superviviente de CM.

Secundarios: Elaboración de un protocolo consensuado de seguimiento. Organización de los recursos necesarios para atender los aspectos sociales, emocionales, reproductivos, sexuales, de fisioterapia, dietéticos y estéticos de estas pacientes.

Materiales: A finales de 2008 se iniciaron reuniones de los responsables de ASSIR y del CM del ICO Durán i Reynals. Se definió la población a atender (unos 100 casos año) y de los recursos necesarios. Se elaboró un algoritmo de derivación automatizado vía e-mail, una mecánica de actuación y un sistema de consulta telefónica con los oncólogos de mama.

Se acordaron reuniones bimensuales entre ambos equipos.

Resultados: En Mayo 2009 se ha abierto la consulta en el ASSIR de L'Hospitalet. Se han definido los criterios de evaluación de resultados: nº de pacientes derivadas y atendidas y cuestionarios de satisfacción de las pacientes atendidas y del personal sanitario.

Conclusiones: El programa asegura una traslación bidireccional, no traumática, de la asistencia en las mujeres con larga supervivencia de CM. Esto supondrá una descarga importante del número de visitas hospitalarias.

P-121

DIFFERENT TREATMENT BENEFIT FOR LUMINAL A AND LUMINAL B ADVANCED BREAST CANCINOMAS RECEIVING AROMATASE INHIBITORS

Manuel Ruiz-Borrego, Alberto Moreno, Javier Salvador, Joaquina Martínez, M^a Dolores Torregrosa, Teresa Olmos, Juan de la Haba, Victoria Bolós, José Palacios.

H. Virgen del Rocío; Sevilla; H: de Jerez, Cádiz; H. Nstra. Sñra. de Valme, Sevilla; C, Virgen de la Vega, Murcia; H. Lluís Alcanyrs, Valencia, H. 9 de Octubre, Valencia; H. Reina Sofía; Córdoba; Pfizer Oncology, Madrid; H. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y Objetivos: Gene expression profiling of breast cancer has identified two biologically estrogen receptor (ER)-positive subtypes of breast cancer: luminal A and luminal B. Luminal B tumors have higher proliferation and poorer prognosis than luminal A tumors. We analyzed a clinically practical immunohistochemistry assay based on ER, progesterone receptor (PR), Ki67 and HER2 expression to distinguish luminal B from luminal A tumors and investigated its ability to separate tumors according to AI response.

Materiales: 41 women with HR positive MBC receiving AIs have been enrolled in this study. Median age was 67 years (range, 39-84). 71% (29 of 41) of patients have received prior adjuvant therapy. 41% of patients had visceral disease and 58% of patients non visceral disease. 66% (27 of 41) of patients did not receive other prior palliative treatment. Median duration of treatment was 7.9 months (range 1.2-31). Median follow up of patients was 14 months (range 1.2 - 39.5). Best response to the treatment in 37 evaluated patients was: 11% PRs (CI95%: 0.3-21.3), 2.7% CR (CI95%: 0.0-8.2) and 76% of SD (CI95%: 61.2-90.2); 70% of SD \geq 6 months. Clinical benefit (PR+CR+SD) was 89.2% (CI95%: 78.7-99.7). Treatment benefit depending on the molecular subtype has been evaluated at present in 26 patients. 17 cases were classified as luminal B defined as ER and/or PR low expression levels (Allred score for ER or PR equal or less than 4) and/or Ki67 equal or higher than 15%, and/or HER2-positive. 9 cases were classified as luminal A (Allred score for ER and PR equal or higher than 5, KI67 lower than 15% and HER2-negative). Although this number of cases is still small, median time to progression seems to be lower in those patients belonging to the luminal B subgroup (303 vs. 496 days) ($p=0.1785$; RR=2.396).

Conclusiones: Although analysis of more cases is still awaited, preliminary data from this small exploratory study suggest that the benefit with AIs is lower in those patients whose tumors belong to the luminal B molecular subtype.

P-122

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA DISEMINADO CON PACLITAXEL SEMANAL Y BEVACIZUMAB

Andrés Redondo Sánchez, Virginia Martínez, Beatriz Castelo, Álvaro Pinto, Pilar Zamora, Enrique Espinosa, Elena Hernández, Marta Mendiola*, Belén San José**, Manuel González Barón.

*Servicio de Oncología Médica, *Laboratorio de Oncología Traslacional, **Unidad de Bioestadística, Hospital Universitario La Paz.*

Introducción y Objetivos: La combinación bevacizumab y taxano ha demostrado mejorar la supervivencia libre de progresión (SLP) con respecto al taxano en monoterapia en la primera línea de tratamiento del cáncer de mama diseminado. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de paclitaxel semanal-bevacizumab (P-B) administrados de forma asistencial en diferentes líneas de tratamiento.

Materiales: Se analizaron 54 pacientes con cáncer de mama avanzado tratadas con P-B (P a dosis de 80-90 mg/m² días 1, 8 y 15 y B a dosis de 10 mg/Kg días 1 y 15 cada 28 días) en el Hospital Universitario La Paz entre agosto de 2007 y abril de 2009.

Resultados:

- La mediana de edad fue 54 años (33-74). El 60% había recibido al menos una línea de quimioterapia previa a P-B. 43 pacientes fueron evaluables para respuesta en el momento del estudio.
En las enfermas con enfermedad medible se observó una tasa de respuesta global del 56.7% (10.8% de respuestas completas), enfermedad estable en el 24.3%, y progresión en el 18.9%.
El 79.1% de las enfermas tuvo un beneficio clínico (definido como la ausencia de progresión tumoral durante al menos 6 meses, incluyéndose las enfermas con enfermedad no medible).
- La toxicidad más relevante fue la siguiente: 46.3% tuvo neurotoxicidad, la mayoría grado 1-2; 13% hipertensión arterial grado 1-2; y 20% toxicidad grado 3-4 (la más frecuente neutropenia no febril). No hubo muertes tóxicas.
- La mediana de SLP fue de 11 meses (5-16) para las enfermas que recibieron P-B en primera línea y de 8 meses (7-9) para las que lo recibieron en segunda o posteriores líneas (p=n.s.).

Conclusiones: La combinación P-B es muy activa tanto en primera línea como en líneas posteriores del cáncer de mama avanzado, con un perfil de toxicidad fácilmente manejable en la mayoría de las pacientes.

P-123

PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE, ADYUVANTE Y PALIATIVA PRESENTAN DIFERENTES PERFILES DE DAÑO OXIDATIVO EN PROTEÍNAS Y RESPUESTA ANTIOXIDANTE

Laura Vera Ramírez*, María del Carmen Ramírez Tortosa**, Pedro Sánchez Rovira*, César Luis Ramirez Tortosa***, Sergio Granados Principal**, José Antonio Lorente Acosta****, José Luis Quiles Morales*****.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Médico-Quirúrgico, Complejo Hospitalario de Jaén. **Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada. *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Médico-Quirúrgico, Complejo Hospitalario de Jaén. ****Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Granada. *****Departamento de Fisiología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada.*

Introducción y Objetivos: Los agentes antineoplásicos inducen estrés oxidativo en los sistemas biológicos, dañando lípidos, proteínas y ácidos nucleicos. De este modo, afectan a la estructura y a la función celular, alterando procesos biológicos críticos que podrían estimular el desarrollo de resistencias al tratamiento y neoplasias secundarias. El objetivo de este estudio fue analizar el efecto de la quimioterapia sobre el daño oxidativo en proteínas y la activación de los mecanismos defensa antioxidante a nivel sistémico.

Materiales: Seleccionamos 90 pacientes con cáncer de mama que recibieron quimioterapia neoadyuvante, adyuvante o bien quimioterapia paliativa. Las pacientes fueron distribuidas en grupos equivalentes (n=30) y se extrajeron muestras de sangre pareadas, antes y después del tratamiento con quimioterapia. El daño oxidativo en proteínas plasmáticas y la capacidad antioxidante total del plasma, fueron determinados mediante un método colorimétrico basado en la reacción del DNPH (2,4-dinitrofenilhidrazina) con los grupos carbonilo de las proteínas oxidadas y el ensayo TEAC (*Trolox-Equivalent Antioxidant Capacity*), respectivamente.

Resultados: Los resultados mostraron que tan sólo las pacientes neoadyuvantes experimentaron un significativo aumento del daño oxidativo en las proteínas plasmáticas tras la quimioterapia, sin embargo, la capacidad antioxidante total del plasma aumentó significativamente en los grupos de adyuvancia y metástasis tras el tratamiento.

Conclusiones: Los datos sugieren que las diferencias observadas entre el nivel de daño en proteínas plasmáticas de pacientes neoadyuvantes y el de pacientes adyuvantes y metastásicas tras la quimioterapia, se deben a la activación

de las defensas antioxidantes, cuya actividad mantendría un nivel de daño oxidativo elevado que no parece ser modificado a lo largo de sucesivas intervenciones clínicas.

P-124

VALOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE LOS INMUNOFENOTIPOS EN EL CÁNCER DE MAMA

José Miguel Jurado García, Rosario Del Moral*, José Antonio Ortega*, Pablo Iglesias, Maite Delgado, Eduardo Pacios, Irene Zarcos, Manuel Pérez, Isabel Blancas, José Luis García-Puche.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Cecilio de Granada. *Hospital Virgen de las Nieves. Granada.*

Introducción y Objetivos: La afectación ganglionar es el principal factor pronóstico en el cáncer de mama. El objetivo del estudio es determinar el valor pronóstico de los diferentes subtipos biológicos por inmunohistoquímica en la práctica clínica.

Materiales: Un total de 567 pacientes tratadas en el HUVN entre 1998 y 2004 fueron analizadas retrospectivamente. Se clasificaron en cuatro subtipos; triple negativo 14,5% (RE - RP - Her-2 -), Her-2 8,5% (RE - RP - Her-2 +), luminalA 68% (RE + ó RP + y Her-2 -) y luminalB 4% (RE + ó RP + y Her-2 +). Aplicamos el modelo de cox para supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) ajustado por edad (mediana 54), ganglios (N0 62%, N1-3 24%, N>4 13%), tamaño (T1 59%, T2 39%, T3 1,6%) y grado (G1 32%, G2 39%, G3 15%).

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 47 meses. La SG y SLE a los 4 años de luminalesA fue 99,3% y 95,8%, luminalesB 95,6% y 80,4%, Her2 89,8% y 80,9% y TN 74,6% y 58,7%; con diferencias significativas $p=0,0001$, para SG y SLE. La afectación ganglionar también mostró diferencias significativas: N0(98,8% 93,9%) N1-3(90,8% 83,6%) y N>4(87,1% 71,8%), $p=0,0001$. Los factores pronósticos independientes para SG fueron los subtipos biológicos (RR de luminalesB 4,7; Her-2 3,9 y TN 12,8 veces más que luminales A, $p=0,0001$) y afectación ganglionar (RR N1-3 6,6 y N>4 8,3 veces más que N0, $p=0,004$). Para SLE fueron factores independientes los subtipos (RR luminalB 4,8, Her2 3,9 y TN 7,7 respecto a luminalesA, $p=0,0001$) el número de ganglios >4 (RR 2,01 respecto N0, $p=0,049$) y el tamaño tumoral RR (T2 2,8 respecto T1, $p=0,004$).

Conclusiones: Un simple panel de inmunohistoquímica puede clasificar a las pacientes con cáncer de mama en subtipos biológicos con valor pronóstico independiente y nos aporta información adicional a la afectación ganglionar. El fenotipo triple negativo presenta especial peor pronóstico.

P-125

CARDIOTOXICIDAD ASOCIADA A DOXORRUBICINA LIPOSOMAL NO PEGILADA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO PREVIAMENTE TRATADAS CON ANTRACICLINAS

Eva Muñoz Couselo, César Serrano García, Irene Braña García, José Manuel Pérez García, Cristina Saura Manich, Patricia Gómez Pardo, Serena Di Cosimo, Meritxell Bellet Ezquerria, Josep Baselga Torres, Javier Cortés Castán.

Servicio de Oncología Médica Hospital Vall d'Hebrón.

Introducción y Objetivos: El tratamiento quimioterápico en pacientes con cáncer de mama metastásico (CMM) se encuentra limitado por el previo uso de antraciclinas (A) en relación con su potencial riesgo cardiotoxico. Doxorubicina liposomal no pegilada (DLNP) se ha diseñado para reducir el riesgo de cardiotoxicidad preservando el efecto antitumoral. Este análisis retrospectivo ofrece datos sobre cardiotoxicidad de DLNP en 41 pacientes con CMM previamente tratadas con A.

Materiales: Las pacientes debían presentar ECOG 0-2, fracción de eyección ventricular izquierda basal (FEVI) > 50%, y haber recibido previamente tratamiento con A. Evento TIPO A es insuficiencia cardíaca acompañada de disminución de FEVI, y TIPO B la disminución de la FEVI de manera asintomática, con un descenso absoluto $\geq 10\%$ y FEVI final <50%, disminución de FEVI >20% , o FEVI < 40%.

Resultados: 41 pacientes con CCM que previamente recibieron A se trataron con DLNP. La dosis mediana de A fue 360mg/m² (rango 180-480). La dosis mediana de DLNP 300mg/m² (rango 110-660) y la mediana de número de ciclos fue 5 (rango 2-8). La mediana de FEVI basal fue 57'4% con un descenso a 51'2% tras la administración de DLNP y una mediana de descenso de FEVI del 6'9% ($p < 0.001$). No se observaron eventos TIPO A y el 29'26% de las pacientes experimentaron un evento TIPO B sin relevancia clínica. El tiempo medio a la progresión (TTS) fue de 4'13 meses (95%CI 3'81 a 4'46) y la mediana de supervivencia global (OS) fue de 12'07 meses (95%CI 10'45 a 13'68).

Tabla 1. Cardiotoxicidad

Evento	n	%
descenso absoluto de la FEVI >10% y con una FEVI final < 50% stenia	10	24,39%
descenso de la FEVI > 20%	1	2,43%
FEVI final < 40%	1	2,43%

TIPO A: 0 casos (0%)

TIPO B: 12/41 casos (29,26%)

Conclusiones: El descenso significativo de FEVI sin relevancia clínica observado en este análisis sugiere que desde el punto de vista cardiológico, el tratamiento con DLNP en pacientes con CCM parece ser seguro, con TTS y OS similar a los observados en estudios previos.

P-126

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO PERFORM EN LA EVALUACIÓN DE LA ASTENIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y TRATAMIENTO SISTÉMICO, EN CONDICIONES DE PRÁCTICA ASISTENCIAL

César A. Rodríguez, Fernanda Viotti, Maryam El-Hallaj, Virginia Reguero, Rubén Leno, Raquel Bratos, Laura Mezquita, Amalia Gómez-Bernal, Elvira Del Barco, Juan J. Cruz-Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: La astenia relacionada con el cáncer es un síntoma frecuente entre los pacientes oncológicos. El cuestionario PERFORM es una herramienta desarrollada en los últimos 5 años que constituye el primer instrumento diseñado y validado íntegramente en España para la evaluación de la astenia relacionada con el cáncer en nuestros pacientes (Colomer et al, SEOM'07, Rodríguez et al, ASCO'07, Baró et al, Value Health 2009). El objetivo del presente estudio es evaluar de forma la factibilidad de la aplicación del cuestionario PERFORM en mujeres con cáncer de mama y tratamiento sistémico.

Materiales: Un total de 53 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y en tratamiento sistémico realizaron el cuestionario. Se consideraron para la evaluación de los resultados la puntuación final, el número de ítems no completados y los comentarios individuales que acerca del cuestionario realizaron las pacientes. Adicionalmente se recogieron datos correspondientes a Edad, Estadío, Tratamiento y niveles de Hb.

Resultados: Las 53 pacientes cumplieron el cuestionario. Características de las pacientes: Edad (mediana): 54a.; Estadío: temprano 26 pac, avanzado 27 pac.; Tipo de Tratamiento: Quimioterapia (+/-trastuzumab) 24 pac, Hormonoterapia 23 pac. Trastuzumab solo: 6 pac. Resultados: La puntuación media obtenida fue de 42 (12-60). Presentaron mejores puntuaciones las pacientes con estadíos tempranos frente a avanzados (45 vs 39), las sometidas a hormonoterapia o terapia biológica sola frente a quimioterapia (44 vs 47 vs 38), las menores de 60a frente a > 60 (44 vs 34) y las pacientes con Hb ≥ 12 frente a Hb <12 (44 vs 38). Un total de 30 pacientes no completaron 1 ítem, en 6 casos se perdieron 2 ítems y en 2 casos 3 ítems no fueron completados.

Conclusiones: La aplicación del cuestionario PERFORM es factible en pacientes con cáncer de mama en tratamiento sistémico. Pese a que el pequeño de pacientes del estudio limita la interpretación de los resultados, las puntuaciones obtenidas parecen relacionarse con el tipo de tratamiento, estadío, edad y niveles de Hb.

P-127

DERRAME PLEURAL Y/O PERICARDICO EN EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA(IA): A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Amparo Oltra Ferrando*, José Ponce*, Francisco Aparisi*, José M. Sastre*, José Clemente**, Araceli Moreno**.

**Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. **Oncología Radioterápica. IVO Alcoy.*

Introducción y Objetivos: El tratamiento con IA en pacientes con cáncer de mama es bien tolerado generalmente. La retirada del IA debido a efectos secundarios es poco frecuente.

Materiales: Presentamos 3 casos de pacientes que manifestaron derrame pleural y/o pericárdico durante el transcurso del tratamiento con IA. La retirada del IA revirtió el cuadro clínico.

Resultados: Caso 1: mujer de 61 años, hipertensa, sometida a MRM derecha en febrero del 2000, por CDI pT1cN1(1/16)M0, RE y RP +. Recibió quimioterapia (FEC-M x 8 ciclos) más Tamoxifeno 5 años. Marzo 2006: recidiva bronquial y ósea, e inició Letrozol. Descenso paulatino de marcadores, pero cuadro de disnea secundario a derrame pleural bilateral. Descartada malignidad tras toracocentesis, biopsia pleural y PET-TAC. Ecocardiografía sin hallazgos. Se sustituyó Letrozol por Faslodex, tras lo cual mejoría progresiva de la disnea y desaparición del derrame pleural. Caso 2: mujer de 72 años, con hipertensión y fibrilación auricular. Octubre 2006: CDI pT4bN1(1/6)M0 de mama derecha, RE +, RP -. MRM y posteriormente hormonoterapia con Anastrozol. Ingresó por derrame pleural bilateral y edemas en miembros inferiores. Se descartaron como causas recidiva y patología cardiaca. Se retiró anastrozol e inició tratamiento con Tamoxifeno. Actualmente asintomática. Caso 3: mujer de 65 años, hipertensa y diabética tipo II. Marzo 2008: cirugía conservadora de mama izquierda por CDI pT1bN0M0, RE y RP +. Adyuvancia: radioterapia y Anastrozol. Ingresó por derrame pleural izquierdo y pericárdico. Se descartó recidiva y patología cardiaca. Se retiró el IA e inició Tamoxifeno. Actualmente asintomática.

Conclusiones: Ante un derrame pleural y/o pericárdico en el contexto del tratamiento con IA, tras descartar recidiva o patología cardíaca se debe de valorar la retirada del fármaco. La evolución favorable de nuestros 3 casos puede justificar esta actitud terapéutica.

P-128

CONSULTORIO ONLINE SOBRE CÁNCER DE MAMA. VALORACIÓN DE LOS TEMAS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

Marisa García de Paredes*, Eva Bejar**, Francisco Montesinos**, José Ángel García-Saenz***, Blanca Gil de Antuña-no**, Luis Paz Ares****.

* *Oncología Médica. H. Ramón y Cajal. Madrid.* ** *Psicólogo AECC.* *** *Oncología Médica. H. Clínico Madrid.* **** *Oncología Médica. H. Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción y Objetivos: La información sobre cáncer en Internet es una necesidad cada vez más demandada. La **aecc** puso en marcha hace 4 años www.muchoxvivir.org, dirigida a mujeres con cáncer de mama y sus familiares y que cuenta con el aval de HONCODE. Los contenidos de la misma se completan con un *consultorio online* para pacientes y familiares. El análisis de los temas más demandados por la sociedad nos permitirá conocer las necesidades de información no suficientemente cubiertas en la asistencia sanitaria.

Materiales: Durante el año 2008 se realizaron 595 consultas *online*. Para realizar un análisis de los temas más demandados se ha realizado una clasificación en función del tema solicitado, contemplando aspectos médicos, psicológicos, cuidados personales y sociales. A su vez cada uno de estos bloques temáticos se han subdividido en apartados más concretos según la formulación de la consulta *online*.

Resultados: La mayoría de las consultas se referían a aspectos médicos, suponiendo un 78,8 % del total. Cabe destacar que el 28% de estas preguntas se refieren a aspectos diagnósticos y el 38% a dudas sobre el tratamiento. Un 12,4 % de las consultas se refieren a aspectos psicológicos asociados al proceso de enfermedad. Un 4,2 % de las consultas fueron sobre aspectos relativos al cuidado personal, estético o de alimentación y ejercicio físico. Sólo un 2,2% de las preguntas se refirieron a aspectos sociales y de inserción laboral.

Conclusiones: La presencia de síntomas potencialmente sospechosos de cáncer de mama y la angustia que generan es una de las mayores demandas. Es importante destacar el incremento de consultas procedentes de países en vías de desarrollo y población inmigrante (más de un tercio) lo que puede suponer un indicador de la falta de información y educación sanitaria en este colectivo.

P-129

IDENTIFICACIÓN DE CASOS BASAL-LIKE (BL) EN CARCINOMAS DE MAMA (CM) TRIPLE NEGATIVOS (TN) Y PRONÓSTICO

Paula G. Teijido*, María Luque C.**, Teresa Sampedro G.*, Julio Velasco***, Jesús Pinto***, Yolanda Fernández**, Pilar Blay**, Aitana Vallina****, Aurora Astudillo****.

* *Oncología Médica Hospital San Agustín (HSA)*, ** *Oncología Médica Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)*, *** *Anatomía Patológica HSA*, **** *Anatomía Patológica HUCA*.

Introducción y Objetivos: Los CM TN (RE, RP y HER2-) incluyen la mayor parte de los BL, definidos por citoqueratina (CK) 5/6+ y/o EGFR+. El objetivo es valorar la evolución de TN y BL.

Materiales: Se realizó un tissue microarray (TMA) de CM TN, determinando: RE, RP, HER2, p53, CK 5/6, CK 8/18, c-KIT y EGFR.

Resultados: Identificamos 35 CM TN de 341 diagnosticados en el HSA entre noviembre de 2003 y agosto de 2007 (10% de la serie), y 6 casos del HUCA. Se analizaron por TMA 32 de los 41 casos incluidos. El 44% eran <50 años (mediana 52), 31% estadio I, 40% II, 26,8% III y 2,4% IV. Un 46,3% ganglios negativos. El 20% eran medulares, metaplásico o apocrino. El 75,5% eran grado III, 87,8% alto ki67 y 18,8% c-KIT +. Un 35% tenían antecedentes familiares de CM. El 60% cumplieron criterios de BL. Con una mediana de seguimiento de 27,2 meses recidivaron 9 pacientes (22%), todas a distancia (8 pulmonares, 4 SNC, 1 hepática y 2 óseas) y 4 localmente. La mediana de SLE fue de 66,6 meses (IC95% 54,4-78,7). No se observaron diferencias significativas en SLE y SG entre BL y los TN no BL.

Conclusiones: Los CM TN tienen un alto índice de recidivas en los dos primeros años de seguimiento y presentan antecedentes de CM en un 35%. Sólo observamos un 60% de concordancia entre TN y BL sin diferencia en su evolución, por lo que se necesitan nuevos marcadores pronósticos.

P-130

BIFOSFONATOS EN CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON HT ADYUVANTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INCIDENCIA DE REACCIÓN POST-INFUSIONAL

María del Mar Muñoz Sánchez, M^a José Molina Garrido, José Antonio Santiago Crespo, Amaya Olaverri Hernández, *Lidia Martínez Valdivieso, *Dolores Barreda Hernández, # Coral Gallego Torres, # Juana Vega, # Concepción Bermejo, # M^a Sol Sevilla.

* *Sección de Oncología Médica.* * *Servicio de Farmacia.* # *Hospital de Día. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

Introducción y Objetivos: El ácido zoledrónico (AZ) está adquiriendo una relevancia terapéutica creciente en Oncología: 1) Prevención de la pérdida de masa ósea 2aria a hormonoterapia (HT) en pacientes con cáncer de próstata /mama. 2) Prevención de complicaciones óseas en neoplasias malignas avanzadas que afectan al hueso. 3) Hipercalcemia de neoplasia maligna. En los ensayos clínicos la tasa de reacciones adversas tras AZ es baja (sínd pseudogripal – 9%, artralgias-mialgias – 3%, emesis – 6%). Habíamos observado empíricamente peor tolerancia a la infusión de AZ cuando se utiliza en la 1ª indicación, con respecto a 2º y 3º. **Objetivo:** valorar tolerabilidad a la infusión de AZ en pacientes con ca mama con HT adyuvante y AZ (4 mg en 15 minutos cada 6 meses).

Materiales: Recogida y análisis retrospectivo de las pacientes con HT adyuvante que iniciaron tto preventivo con AZ entre mayo 2008 y mayo 2009. Revisión de las Historias Clínicas de la Sección de Oncología y la base de datos del Servicio de Farmacia.

Resultados: 18 pacientes se encontraban con HT e iniciaron AZ entre mayo 2008/mayo 2009; edad media 54 años (rango 44-65 años); 40% N1 en el estadiaje patológico; 100% habían recibido QT adyuvante; 100% se encontraban en situación postmenopáusica; 100% recibían como HT adyuvante un IATG no esteroideo (anastrozol o letrozol). De ellas 7 pacientes (38%) referían reacción post-infusional leve-moderada que requirió tratamiento sintomático en las primeras 48 horas tras recibir AZ: 7 (100%) sínd pseudogripal, 4 (57%) artralgias-mialgias, 1(14%) emesis; no hubo ningún efecto adverso grave: osteonecrosis, insuficiencia renal o insuficiencia hepática.

Conclusiones: A pesar del amplio uso de bifosfonatos en pacientes metastásicos la admón de AZ es bien tolerada. Sin embargo su utilización para prevención de pérdida de masa ósea en pacientes que reciben HT para cáncer de mama conlleva, en nuestra serie, la aparición de reacción post-infusional leve-moderada en el 38% de las pacientes.

P-131

ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO, ANALÍTICO PARA ESTUDIAR FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO DE NUESTRO CENTRO

Mª Isabel Gallegos Sancho *, María Cornide *, Vanesa Ferrandis **, Beatriz Esteban *, Guadalupe García ***, Ana Gómez ***, Laura García **, Ana Hernández **, Leonor Gómez **, Isabel Blanco ****.

* Unidad de Oncología Médica Hospital General de Segovia ** Servicio de Farmacia *** Servicio de Ginecología **** Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción y Objetivos: Las técnicas de DNA-microarrays han permitido diferenciar varios subtipos moleculares de cáncer de mama. Dentro de aquellos tumores con Receptores Hormonales negativos (RH), se encuentra el fenotipo basal. Especial interés dentro de este subgrupo cobran los tumores que no expresando receptores hormonales, tampoco expresan HER-2, recibiendo el nombre técnico de “triple negativos”. Representan un 12-15%, caracterizándose por una especial agresividad. Pocos trabajos han estudiado variables clínicas que intenten predecir su evolución. **Objetivos:** Describir las características de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama triple negativo, e identificar cuáles de los factores epidemiológicos y clínicos analizados se comportan como factores pronósticos.

Materiales:

- **DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el Hospital General de Segovia. Se seleccionaron las pacientes con confirmación histológica de tumor maligno epitelial y fenotipo triple negativo (RE, RP y HER-2 negativos) de la base de codificación del Servicio de Anatomía Patológica, diagnosticadas desde 1998 hasta la fecha de análisis de los datos 10 de mayo del 2009, con tumores localizados o localmente avanzados.
- **VARIABLES A ESTUDIO:** Se estudiaron variables epidemiológicas de las pacientes, del tumor y de los tratamientos recibidos.
- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Se empleo el programa informático SPSS versión 15.0.

Resultados: Se obtuvieron resultados de 45 pacientes, con una media de edad de 58 años, 22% con criterios de mutación BCRA, 17.8% de histología medular, mayoritariamente T1, grado de diferenciación III y elevado índice de proliferación celular. Fueron factores pronósticos significativos: la extensión multifocal/multicéntrica, número de ganglios afectos y localización de las metástasis en la evolución.

Conclusiones:

- Algunas variables clínicas difieren de las encontradas por otros autores.
- Existen diferencias en cuanto a datos de respuesta y supervivencia.
- Todo hace pensar que existen dentro del fenotipo triple negativo diferentes subgrupos con diferente pronóstico (¿mutación BCRA?, ¿componente fenotipo basal?).

P-132

RESONANCIA MAGNÉTICA: DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO Y VALORACIÓN DE RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Teresa Sampedro Gimeno*, Paula García Teijido*, María Luque**, María del Valle López***, María Carmen Campos***, Ramón Delgado***, Susana Serrano***, Jesús Pinto****.

(*), (**), (***) *Servicios Oncología Médica, Radiodiagnóstico y A. Patológica. Hospital San Agustín. Avilés* (**) *Servicio Oncología Médica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción y Objetivos: Analizar la experiencia con quimioterapia neoadyuvante (QTN) en nuestro centro y el papel de la RNM en el diagnóstico y la valoración de respuesta al tratamiento (tto).

Materiales: Estudio retrospectivo de las pacientes (ptes) tratadas con QTN en nuestro centro. Variables clínicas y patológicas y métodos de diagnóstico y de evaluación de respuesta.

Resultados: Veintisiete mujeres y 1 varón fueron tratados entre diciembre de 2003 y julio de 2008, con una mediana de edad de 50 años (34-79). En todos se realizó mamografía diagnóstica. En 25 ptes (89%) se llevó a cabo además ecografía maMaría y en 15 (53%) RNM, aportando ésta nueva información en 7 (47%) por multicentricidad o afectación axilar. Ocho ptes (29%) recibieron QTN en esquema único (esquemas AC, FEC, Epirubicina + Docetaxel o Paclitaxel + Herceptin) y 20 (71%) esquema secuencial (siempre AC seguido de Paclitaxel o Docetaxel con o sin Herceptin). Se llevó a cabo cirugía conservadora en 5 ptes (18%) y en todos se realizó linfadenectomía axilar. En 14 ptes (50%) se empleó RNM en algún momento del tto para valorar su eficacia, observándose respuesta radiológica en 9 de ellos y estabilización en 5. En 17 casos (61%) hubo descenso de T según el TNM, lográndose respuesta completa patológica en 3 casos (11%). El grado de respuesta tumoral según la escala de Miller y Payne fue G1 en el 14%, G2 en el 31%, G3 en el 30%, G4 en el 14% y G5 en el 11%. Tras una mediana de seguimiento de 29 meses han recaído 6 ptes (21%), 4 de los cuales han fallecido.

Conclusiones: La QTN es un tto factible que permite valorar la eficacia previamente a la intervención quirúrgica. La RNM es una herramienta útil en dicha valoración y guarda buena correlación con la respuesta patológica.

P-133

TUMOR PHYLLODES: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 16 CASOS CONSECUTIVOS

Parham Khosravi Shahi, Yolanda Jerez Gilarranz, María Carmen Martínez Riesco, Jorge Adeva Alfonso, Iván Márquez Rodas, Luis Cabezón Gutiérrez, Alicia Soria Lovelle, Rebeca Mondejar Solís, Gonzalo Tapia Rico, María Pilar López Martí.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y Objetivos: El Tumor Phylloides de Mama (TPM) es una entidad infrecuente (<1%). Existen pocos datos publicados sobre su pronóstico. Por ello, hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo de nuestra experiencia institucional en la última década.

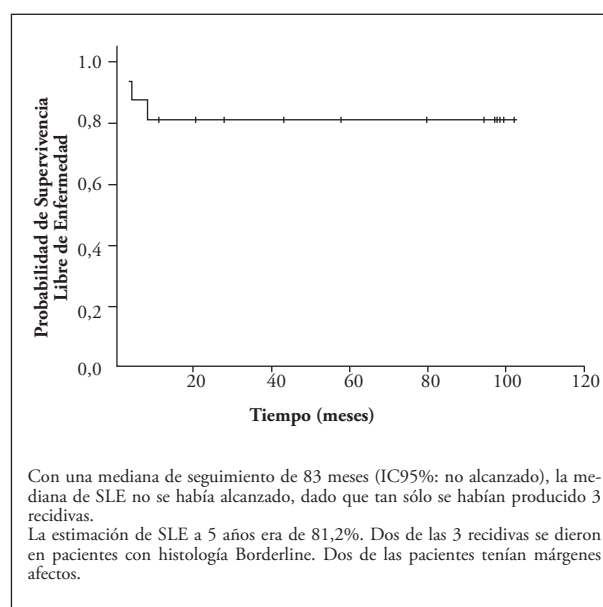
Materiales: Se trata de un estudio retrospectivo de una serie de casos consecutivos de TPM tratados entre Enero-2000 y Diciembre-2008, con el objetivo de evaluar el pronóstico de esta enfermedad.

El objetivo primario ha sido la Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE). Los objetivos secundarios han sido la Supervivencia Global (SG), tipos de tratamiento, lugar de recidiva, y descripción de los hallazgos anatómo-patológicos.

Resultados:

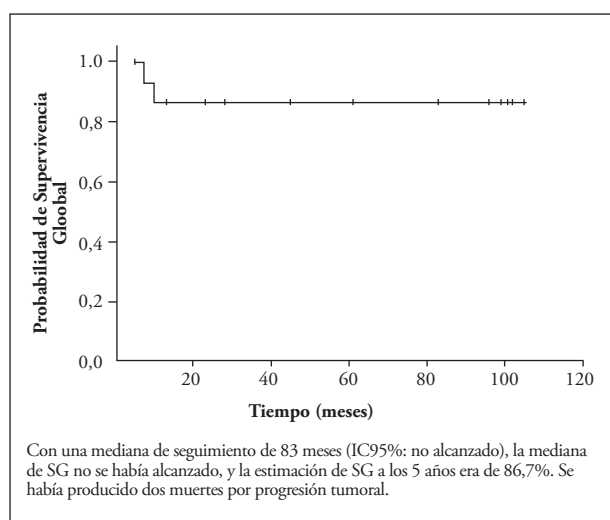
- Se incluyeron 16 pacientes consecutivas tratadas en nuestra institución (2000-2008). Todos los casos se diagnosticaron en estadio localizado. El 100% eran mujeres. La mediana de edad fue 48 años (21-81), el 62,5% eran posmenopáusicas, el 87,5% era unifocal, y 12,5% bifocal, la mediana de tamaño clínico fue 3 cm (IC95%: 1-7). El 25% (4/16) se clasificó como TPM Benigno, el 18,8% (3/16) como Borderline, y el 56,2% restante como Maligno.
- Objetivo Primario - SLE: Con una mediana de seguimiento de 83 meses (IC95%: no alcanzado), la mediana de SLE no se había alcanzado, dado que tan sólo se habían producido 3 recidivas. La estimación de SLE a 5 años era de 81,2%. Dos de las 3 recidivas se dieron en pacientes con histología Borderline. Dos de las pacientes tenían márgenes afectos (Figura 1).

Figura 1. Curva de Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE).



- **Objetivos secundarios:** 1) La mediana de SG no se había alcanzado, y la estimación de SG a los 5 años era de 86,7%. Se había producido dos muertes por progresión tumoral (Figura 2). 2) Tratamiento inicial: Mastectomía radical = 62,5% y excisión amplia = 37,5%. 3). Las tres pacientes tuvieron recidiva local y sistémica (pulmonares) simultánea.

Figura 2. Curva de Supervivencia Global (SG).



Conclusiones: El pronóstico de TPM localizado es favorable tras una terapia local óptima. La presencia de márgenes afectos se asocia a un mayor riesgo de recidiva.

P-134

CÁNCER DE MAMA EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NUEVO HOSPITAL DE VALLECAS (H. INFANTA LEONOR)

Miguel Ángel Lara Álvarez, Nuria Rodríguez Salas, Carmen González Paz, Almudena Martín Marino, Ana López-Alfonso.

Sección de Oncología Médica. Hospital Infanta Leonor de Madrid.

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama representa un problema de salud pública tanto por su incidencia como por su mortalidad. En España se diagnostican unos 16.000 casos al año. El objetivo del estudio es conocer las características de los casos de cáncer de mama atendidos en nuestro servicio durante el primer año de actividad. Se presenta un análisis descriptivo de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el H. Infanta Leonor desde Mayo/08 hasta Abril/09.

Materiales: Presentamos las características descriptivas en cuanto a sexo, histología y tipo de maniobra terapéutica

inicial realizada de los datos recogidos de 57 pacientes diagnosticados durante este primer año.

Resultados: Se objetivó un claro predominio en mujeres con sólo 2 casos diagnosticados en hombres (3,5%). El tipo histológico predominante fue el Carcinoma Ductal Infiltrante (73%), seguido del Intraductal (7%), Lobulillar y Carcinoma Pobremente Diferenciado con un 4% de incidencia en todos ellos, un 2% de Mucinoso, Inflamatorio, Metaplásico y Neuroendocrino. En un 5% de los casos no se pudo determinar la histología. En cuanto al estadio al diagnóstico encontramos un 26,3 % de Estadio I, 24,6 % de estadio IIA, 1,7% estadio IIB, 19,3% estadio IIIA, 1,7% Estadio IIIB, 3,5% Estadio IIIB y un 8,8% de estadio IV. En un 14% no se pudo conocer el estadio en el momento del diagnóstico. Por último, observamos en cuanto a la primera maniobra terapéutica realizada, el 62% de las pacientes recibieron QT de inicio, 26% hormonoterapia, 5,3% recibieron QT neoadyuvante, un 5,3% exclusivamente RT, el 8,8% de los casos se derivó para ampliación de márgenes y en un 12,3% se decidió seguimiento.

Conclusiones: Nuestro estudio es coincidente con los datos conocidos previamente en la literatura en cuanto al tipo histológico, así como al diagnóstico de la enfermedad en estadios iniciales, gracias a los esfuerzos realizados en los programas de detección precoz.

P-135

CÁNCER DE MAMA LOCALIZADO CON FENOTIPO TRIPLE NEGATIVO: SERIE DE CASOS CONSECUTIVOS

Parham Khosravi Shahi, Alicia Soria Lovelle, Gumersindo Pérez Manga.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción y Objetivos: El cáncer de mama (CM) "Basal-like" también conocido como fenotipo triple negativo (FTN), se caracteriza por falta de expresión de RE, RP y Her-2. Sin embargo, no existe una correlación exacta entre el FTN por IHQ y el perfil genético. Este subtipo de CM presenta un peor pronóstico, y por este motivo hemos realizado un análisis de supervivencias en el subgrupo de pacientes (ps) con FTN por IHQ.

Materiales: Hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo de una serie de casos de CM localizado con FTN tratados en nuestra institución en los últimos años, con el objetivo principal de determinar la supervivencia libre de enfermedad (SLE). Los objetivos secundarios del estudio fueron la supervivencia global (SG), el lugar de primera recidiva y la causa de muerte.

Resultados: Tras revisar 295 historias clínicas de CM

localizado, hemos encontrado un total de 24 ps con FTN por IHQ, lo que da lugar a una prevalencia de 8,2% (IC95%:5,3;11,9%). De las 24 ps 1 fue excluida del análisis final por pérdida de seguimiento. Con una mediana de seguimiento de 36m (IC95%:19;53) la mediana de SLE alcanzada en este subgrupo de ps fue de 42m (IC95%:33;51; Figura 1), y la mediana de SG de 82 m (IC95%:41;123; Figura 2), habiendo ocurrido 9 eventos (6 muertes y 3 recidivas). El 50% de las muertes (3/6) tuvieron lugar en el subgrupo de ps tratadas con CMF, lo que da lugar a una tasa de muerte en este subgrupo de 75% frente al 15,8% del subgrupo tratado con una combinación de antraciclinas y taxanos (P=0,040; Figura 3). El 100% de las muertes fueron debidas a la progresión tumoral, y el lugar más frecuente de la primera recidiva fue múltiple con un 44,4%, seguida por las metástasis hepáticas aisladas en 22,2%.

Figura 1. Curva de Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE).

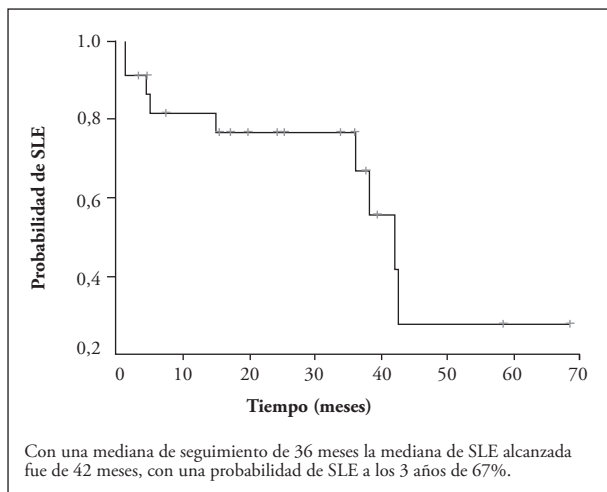


Figura 2. Curva de Supervivencia Global (SG).

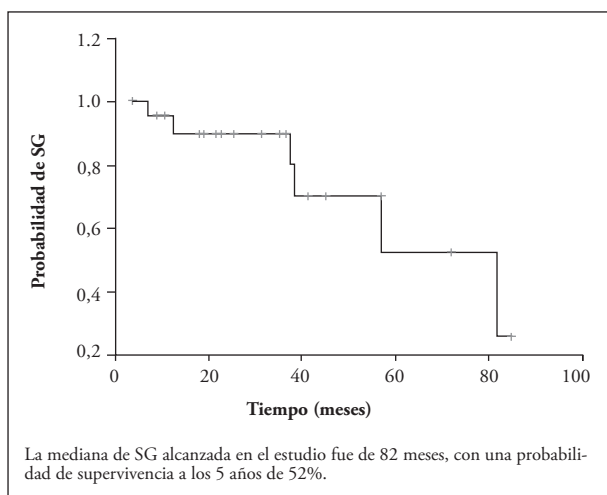
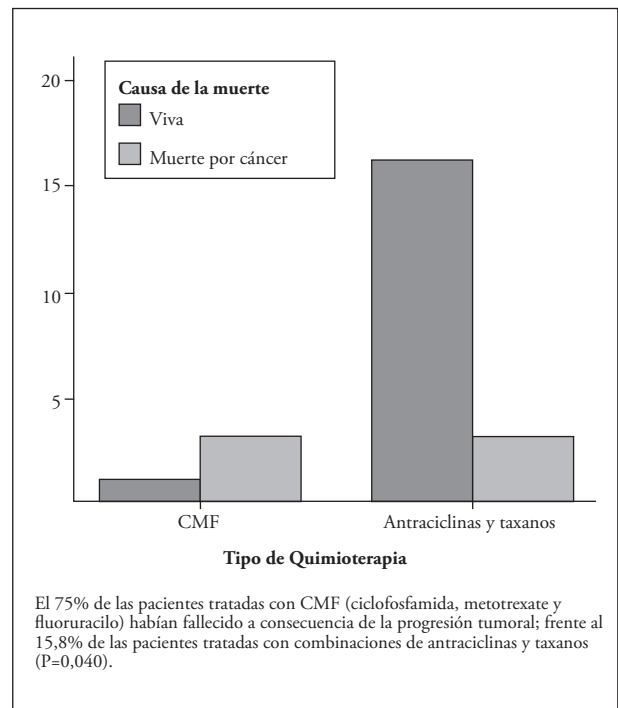


Figura 3. Causas de muerte por cáncer de mama y tipo de quimioterapia recibida.



Conclusiones: Este estudio viene a confirmar el mal pronóstico asociado al CM con FTN, y podría sugerir una relativa resistencia al CMF, lo que debería de ser confirmado en estudios más amplios. Este subtipo de CM debería ser tratado con los fármacos más activos en la adyuvancia.

P-136

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LAS PACIENTES INMIGRANTES CON CÁNCER DE MAMA

Lucía Heras López, Alicia García-Arias, Carmen Buqueras*, Sonia Ruiz*, Esperanza Bachs*, Magdalena Pujol*, Nuria Maíz*, Margarita Casillas, Joaquim Pérez de Olaguer, Ferran Losa.

*Servicio de Oncología Médica. *Unidad de Senología. Hospital General de l'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.*

Introducción y Objetivos: La población inmigrante en Cataluña y especialmente en áreas como Hospitalet de Llobregat (Barcelona) se ha incrementado de forma notable en los últimos años. Aunque la prevalencia de patología neoplásica en esta población es baja debido a que se trata de sujetos de edad predominantemente joven, hemos constatado un aumento importante en algunas neoplasias como el cáncer

de mama. El objetivo es describir el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes (ptes) inmigrantes diagnosticadas o tratadas de cáncer de mama en nuestro centro.

Materiales: Desde Diciembre de 2004 hasta Julio de 2008 se trataron en nuestro centro 12 pacientes inmigrantes afectas de cáncer de mama infiltrante. Se revisaron las historias de las ptes de forma retrospectiva.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 46 años (rango 33-61). Los países de origen fueron: Bolivia 4 ptes, República Dominicana 2, Perú 1, El Salvador 1, Argentina 1, Uruguay 1, Marruecos 1, Guinea Ecuatorial 1. El diagnóstico anatomopatológico de todas las ptes fue de carcinoma ductal infiltrante. La distribución por estadíos fue la siguiente: I (2 ptes), II (2 ptes), III (5 ptes), IV (3 ptes). Entre las pacientes con enfermedad localizada la cirugía fue radical en 6 (66%) y conservadora en 3 (33%).

Conclusiones: El análisis destaca la edad precoz de las ptes al diagnóstico de cáncer de mama (66% eran menores de 50 años) y la presentación como estadíos avanzados en la mayoría de los casos (EIII-IV 66.6%, EI-II 33.3%). Este hallazgo puede sugerir que las diferencias étnicas se comporten como un factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias de mama más agresivas. Además, el bajo estatus socioeconómico de estas ptes puede implicar un retraso en el diagnóstico. Deberíamos animar a las pacientes inmigrantes a consultar de forma más precoz y a participar en los programas de screening poblacional.

P-137

ANÁLISIS EPIGENÉTICO DEL PERFIL DE METILACIÓN DE UN PANEL DE GENES EN CÁNCER DE MAMA

Joaquina Martínez Galán*, Blanca Torres Torres**, Vanesa Gutiérrez Calderón*, Gema Durán Ogalla*, Maysa Lemós Simosono*, M^a José Bermejo Pérez*, Sandra Ríos Arrabal**, M^a Isabel Núñez Torres**, Manuel Benavides Orgaz*, Mariano Ruiz De Almodóvar**.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. **Centro de Investigaciones Biomédicas. Universidad de Granada.

Introducción y Objetivos: Las metilación y la remodelación de la cromatina como alteraciones epigenéticas en el cáncer son factores claves en el proceso de la carcinogénesis. Estos eventos moleculares que alteran la función reguladora y de control de determinados genes sin alterar la información genética, podrían representar futuros biomarcadores en el diagnóstico precoz y dianas moleculares en el tratamiento del cáncer.

Objetivo: Analizar la relación entre metilación génica y fac-

tores clínico-patológicos del cáncer de mama, incluyendo su utilidad en el diagnóstico precoz.

Materiales: Un total de 107 mujeres con el cáncer de mama y 108 mujeres sanas se incluyeron en el estudio entre Enero-02 y Junio-05. Se extrajeron muestras de suero antes y después del tratamiento al grupo casos y sólo 1 muestra al grupo control. Se analizó por PCR cuantitativa en tiempo real (QMS-PCR SYBR) la utilidad del ADN circulante y la metilación de los islotes CpG de las regiones promotoras de; APC, RAR-B,E-Cadherina,ESR1y 14-3-3(*delta*); como biomarcadores. En el grupo sanos se subanalizaron un conjunto de 34 pacientes con enfermedad benigna de mama.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de metilación de ESR1 ($p=0.0112$) y 14-3-3 (*delta*); ($p=0.0047$) entre el grupo casos y control. Se observó que estas diferencias discriminaban entre ambos grupos con una sensibilidad del 81% (95% CI: 72-88%) y especificidad del 88% (95% CI: 78-94%). La metilación aberrante de ESR1 en el suero de las pacientes fue asociada con el fenotipo ER-negativo ($p=0.0179$); y la presencia de 14-3-3(*delta*); metilado con estadíos T3-4 ($p<0.05$) y afectación nodal ($p<0.05$).

Conclusiones: Los avances en Oncología y Biología Molecular progresivamente nos están acercando a conocer algunos eventos clave que pueden mediar precozmente en el desarrollo de un tumor. Probablemente en un futuro próximo una mayor caracterización de la importancia y repercusión de estos eventos podrá ayudar a alcanzar un diagnóstico más temprano, un pronóstico más preciso y un mejor abordaje terapéutico.

P-138

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE POSIBLES FACTORES PREDICTIVOS DE CARDIOTOXICIDAD RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO ADYUVANTE CON HERCEPTIN (H) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA PRECOZ (CMP)

María Ángeles Moreno Santos, Alberto L Moreno, Natalia Chavarría, Ana Vacas, Mohamed Akran Mejdoubi, María Rodríguez de la Borbolla, Andrés Felices*, Encarnación Jiménez.

Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica y Servicio de Cardiología, Hospital de Jerez (SAS).

Introducción y Objetivos: El beneficio del tratamiento adyuvante con H en pacientes con CMP que sobreexpresan HER2 es bien conocido por los diferentes estudios publicados. Su uso también se asocia a eventos cardíacos: insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o descenso de fracción

de eyección ventricular izquierda (FEVI), que vemos en nuestra práctica clínica. El mecanismo de producción del daño cardíaco no está claro, aunque parece ser reversible. Los factores predictivos descritos son la edad, el antecedente de hipertensión arterial (HTA), la administración de antraciclina (A) o radioterapia (RT).

Materiales: Analizamos a las mujeres con CMP tratadas con H adyuvante desde diciembre 2004 a enero 2008, revisando los episodios de ICC o descensos de FEVI recogidos en las historias clínicas. Analizamos los factores predictivos conocidos (edad, HTA, A y RT) y otros posibles predictores como índice Tei ($>0,59 \pm 0,10$), cifras séricas de NT-proBNP y días hasta inicio de H; utilizando el programa G-Stat 2.0.

Resultados: Se incluyeron 38 mujeres, con mediana edad de 47,5 años (sólo 3 > 65); el 18,4% con HTA. Dos mujeres presentaron ICC (5,26%) con elevación de NT-proBNP e hipertensas ($p=0.0015$, Anova). Un 13,1% presentaron reducciones del FEVI $>10\%$ (sin aumentos de NT-proBNP). El índice Tei, la edad y el tiempo de inicio de H no se asociaron a ICC significativamente ($p=0.55$, $p=0.10$ y $p=1$ respectivamente). No presentaron eventos en el seguimiento y dos mujeres han recaído, una de ellas durante el tratamiento con H. Mediana de supervivencia libre de enfermedad de 49 meses.

Conclusiones: La cardiotoxicidad asociada a H es infrecuente, contribuyendo varios factores a ella (quimio-radioterapia y características de pacientes). Creemos necesarios la evaluación de nuevos factores predictivos de ésta para ayudar a la toma de decisiones, entre ellos parecen prometedores la determinación de NT-proBNP (alta correlación en nuestra revisión) o índice Tei ecocardiográfico, no invasivos.

P-139

PRÁCTICA HABITUAL EN NUESTRO CENTRO EN PACIENTES AFECTAS DE MICROMETÁSTASIS O CÉLULAS TUMORALES AISLADAS EN GANGLIOS AXILARES POR CÁNCER DE MAMA

Pablo Luna Fra, Antonia Perelló Martorell, Ana Forteza, Antoni Avellà Mestre, Jesús Damian Alarcón Company, Juli Rifà Ferrer.

Servicio de Oncología Médica, Servicio Anatomía Patológica Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción y Objetivos: El significado clínico y valor pronóstico de las micrometastasis y células tumorales aisladas en ganglios axilares en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama así como la realización de un vaciamiento axilar en este subgrupo de pacientes sigue siendo un tema de controversia.

Materiales: Revisamos a todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama con afectación ganglionar axilar por micrometástasis o células tumorales aisladas, tratadas en nuestro centro entre enero del 2000 y julio de 2008 (103 meses).

Resultados: De un total de 42 pacientes afectas con una edad media de 52 años, 26 presentaban afectación micrometástasis (62%) y 16 por células tumorales aisladas (38%). A todas las pacientes con micrometástasis se les realizó vaciamiento axilar, 3 de las cuales presentaron macrometástasis (7%). Las pacientes afectas por células tumorales aisladas en el ganglio centinela no fueron sometidas a disección ganglionar reglada. El 80% de las pacientes recibió tratamiento con quimioterapia adyuvante. Todas las pacientes que presentaron receptores hormonales positivos (de estrógeno o progesterona) (83%) recibieron tratamiento hormonal. Con una mediana de seguimiento de 32.17 meses se han objetivado 2 recaídas (4.7%).

Conclusiones: En nuestro centro la práctica clínica habitual consiste en realizar disección ganglionar axilar de las pacientes afectas por micrometástasis en la biopsia de ganglio centinela, mientras que las pacientes afectas por células tumorales aisladas no se someten a dicho procedimiento. El número de pacientes afectas por macrometástasis fue bajo (7%).

El tratamiento adyuvante se decide en función del resto de factores pronósticos.

P-140

TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE TRASTUZUMAB

Eva Rodríguez Checa, Isaac Ceballos Lenza, Luz Milva Rodríguez Rodríguez, Marta Llanos Muñoz, Josefina Cruz Jurado, Juana Oramas Rodríguez, Beatriz Alonso Álvarez, Rosa García Marrero, Raquel Hernández Sangil, Norberto Batista López.

Oncología Médica, Hospital Universitario de Canarias.

Introducción y Objetivos: La aparición del Trastuzumab ha representado un punto de inflexión en el tratamiento del cáncer de mama HER2+. Las pacientes con enfermedad metastásica comenzaron a beneficiarse de éste fármaco de manera generalizada a partir del año 2000 (autorización europea). Uno de los efectos secundarios que preocupa en su utilización es la aparición de fallo cardíaco, sobre todo en pacientes con patología previa o tratamiento con antraciclina. En los últimos años han aparecido datos que sugieren que el daño cardíaco podría estar sobreestimado.

Resultados: Presentamos a una paciente, de 77 años en la actualidad, con antecedentes personales de HTA, DM, depresión, osteoporosis, espondilodiscitis en 2005. Diagnosticada en 1992 de ca. de mama izquierda pT2N1M0 con receptores de estrógeno y progesterona positivos,

intervenida mediante cirugía conservadora en 1992 seguido de radioterapia y tamoxifeno por 5 años. En el 2003 se diagnosticó, mediante toracotomía derecha, de metástasis de ca. de mama con múltiples implantes pleurales y pulmonares, receptores hormonales y herceptest positivos. En octubre 2003 inicia tratamiento con Femara y Herceptin cada 3 semanas con respuesta parcial a los 3 meses sin evidencia de enfermedad en la actualidad. Durante 3 años se realizó control cardiológico con ECG y ecocardiograma cada 3 meses y actualmente cada 6 meses sin alteraciones significativas, sólo bloqueo de rama izda desde noviembre 2008.

Conclusiones: La evolución de la enfermedad metastásica en esta paciente tratada con inhibidores de la aromatasas y Trastuzumab es casi idéntica a la que observaríamos en otra similar, con HER2- y tratamiento hormonal exclusivamente. A pesar de su edad, no ha presentado insuficiencia cardíaca clínica o por imagen en ningún momento de los casi 6 años transcurridos. Este caso es una confirmación más de la seguridad que presenta la administración de Trastuzumab en pacientes de edad avanzada cuando no padecen comorbilidades relevantes.

P-141

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE CON DOSIS DENSAS DE 5-FLUOROURACILO, EPIRRUBICINA Y CICLOSFOFAMIDA (FEC 90) SEGUIDAS DE DOCETAXEL EN CÁNCER DE MAMA HER-2-NEU NEGATIVO

Elena Vicente Rubio, Mirta García, Delvys Rodríguez-Abreu, Carmen García Piernavieja, Fernando Molano, María Delcarmen Hernández, Marta Mori, Miguel Soria, Adolfo Murias.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante ha conseguido mayor tasa de cirugía conservadora en cáncer de mama localmente avanzado. La inducción de una respuesta patológica completa se relaciona directamente con un aumento de la supervivencia libre de progresión. Revisar nuestra serie de pacientes con cáncer de mama que recibieron quimioterapia neoadyuvante mediante 5-fluorouracilo, epirrubicina y ciclofosfamida (FEC90) en esquema quincenal seguido de docetaxel.

Materiales: Se estudiaron 81 pacientes con cáncer de mama estadios IIA a IIIB HER-2-neu negativas desde agosto del 2003 hasta abril del 2008. El esquema consistió en 5-fluorouracilo 600 mg/m²/día, epirrubicina 90 mg/m²/día y ciclofosfamida 600 mg/m²/día quincenales un total de 4 ciclos seguido de Docetaxel 100 mg/m² cada 3 semanas

un total de 4 ciclos. Tras finalizar la paciente recibió radioterapia adyuvante y hormonoterapia según protocolo de tratamiento de nuestro Servicio. El objetivo primario fue la supervivencia libre de progresión, y el objetivo secundario fue la tasa de respuestas patológicas (RP) y de cirugía conservadora de la mama (CC).

Resultados: El análisis final incluyó un total de 79 pacientes con una mediana de seguimiento de 36 meses. La mediana de edad fue de 50 años (28-74) y 48 de ellas (63.2%) eran postmenopáusicas. La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de la quimioterapia era de 27 días. 64 pacientes (81%) presentaban al diagnóstico un estadio II y 15 (19%) un estadio III. Se consiguió una RP completa en 21 mujeres (26.5%). Se realizó CC en 61 casos (77.2%). Hubo 4 ingresos por fiebre neutropénica resuelta (5.4%) Se produjeron 8 recidivas y 2 exitus con una mediana de SLP de 37 meses.

Conclusiones: El esquema de dosis densas quincenal con FEC 90 seguido de docetaxel consigue altas tasas de respuestas del 26.5% con buena tolerancia clínica y seguridad así como un aumento en la tasa de cirugía conservadora de la mama.

P-142

UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MAMARIA EN EL ESTADIAJE PREOPERATORIO DEL CÁNCER DE MAMA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Elena Vicente Rubio*, María Del Carmen Hernández*, Mirta García*, Delvys Rodríguez-Abreu*, Carmen García Piernavieja*, Leonor Santos Morin**, Fernando Molano*, Marta Mori*, Miguel Soria*, Adolfo Murias*.

Servicio de Oncología Médica y Servicio de Farmacia**. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.*

Introducción y Objetivos: Una estrategia terapéutica en aumento es la quimioterapia neoadyuvante en tumores localmente avanzados. Necesitamos nuevas herramientas diagnósticas precisas para una correcta estadificación y planificación previas a la cirugía.

Materiales: Revisamos 81 casos de cáncer de mama estadios II-III que recibieron quimioterapia neoadyuvante con FEC 90 en esquema quincenal seguido de Docetaxel 100mg/m² cada 21 días un total de 4 ciclos previo a cirugía. Se analizaron las pacientes evaluadas mediante resonancia magnética de alta resolución previa a la cirugía. Se comparó el resultado de extensión de la resonancia magnética con la ecografía –mamografía y su concordancia con los resultados de la anatomía patológica así como la respuesta radiológica a la quimioterapia neoadyuvante.

Resultados: Analizamos un total de 41 pacientes con quimioterapia neoadyuvante reevaluadas con resonancia maMaría previa a cirugía. Hubo 19 respuestas completas (46.3%), 21 respuestas parciales (51.2%) y 1 estabilización de la enfermedad (10%). La RMN predijo correctamente tamaño tumoral en 21 pacientes (51.2%) con tendencia a infraestimar el tamaño en el 39% de los casos y a sobreestimar en el 26.8%. Hubo 12 falsos positivos (29.3%) y 4 falsos negativos (9.7%) de la resonancia previa a la cirugía.

Conclusiones: La aplicación selectiva de la resonancia en reevaluación tras QT neoadyuvante en cáncer de mama estadios II-III proporciona información fiable para el estudio preoperatorio. Esta técnica podría ser en un futuro una herramienta útil en el estadiaje preoperatorio aunque debe validarse con un número mayor de pacientes.

P-143

RECONSTRUCCIÓN MAMARÍA POSTMASTECTOMÍA

María González Vecino, Federico Mayo Martin.

Cirugía Plástica, Reparadora y Estética Unidad Médica Angloamericana C/ Conde de Aranda Nº1 28001 (Madrid) Hospital Beata M^a Ana 28007 (Madrid) Clínica Novoclinic 28108 Alcobendas (Madrid).

Introducción y Objetivos: La reconstrucción maMaría constituye un escalón dentro del tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama. Actualmente son ampliamente reconocidos los beneficios tanto físicos como psicológicos que aporta la reconstrucción maMaría, y creemos que es beneficioso para la paciente que el oncólogo de mama tenga una serie de nociones básicas que le permitan dar una pequeña información a la paciente, que frecuentemente mostrará sus dudas al especialista con el que más contacto mantiene. Nuestro objetivo es ofrecer una visión general de los tipos de reconstrucción maMaría (inmediata/diferida), así como las indicaciones de cada una de ellas y las técnicas utilizadas según las características de la paciente y los tratamientos adyuvantes que reciba.

Materiales: Se analizan las técnicas más adecuadas para realizar una reconstrucción maMaría (inmediata o diferida) en función de una serie de variables que debemos tener en cuenta en todas las pacientes.

Resultados: La cirugía plástica cuenta con un amplio abanico de posibilidades para realizar una reconstrucción maMaría, tanto en estadios iniciales como avanzados, con tejido propio de la paciente o utilizando expansores y prótesis, estando o no la paciente radiada.

Conclusiones: El conocimiento general de las técnicas de reconstrucción maMaría así como algunas de las indicaciones según las características individuales constituye, a nues-

tro juicio, una información relevante para el especialista en oncología de la mama, como parte integral del tratamiento del cáncer de mama, teniendo en cuenta que dichas nociones le ayudarán a dar una información a la paciente cuyo primer contacto tras el diagnóstico de sus enfermedad será el especialista en oncología.

Cáncer de Pulmón I

Revisores:

Dra. Josefa Terrasa Pons

Dra. Rut Porta Balanyá

P-144

REAL-TIME PCR QUANTIFICATION OF MATURE MICRORNAS FOR MICROMETASTASIS DETECTION IN LUNG AND GENITOURINARY TUMORS

Vanessa (1) Medina Villaamil, Sivia María (1), (2) Díaz Prado, (1) Moisés Blanco Calvo, Silvia (3) Antolín Novoa, Margarita (3) Reboledo López, Rosario (3) García Campelo, Isabel (1) Santamarina Caínzos, Mar (1) Haz Conde, Manuel (1), (3). Valladares-Ayerbes, Luis M. (2) Antón Aparicio.

(1) Inibic, chuac, a coruña, spain (2) Medicine department, university of A Coruña, A Coruña, Spain (3) Oncology service, Chuac, A Coruña, Spain.

Introducción y Objetivos: Amplification of tissue-specific miRNA by RT-PCR is widely used for detecting nucleic acids of circulating tumor cells (CTC). miRNAs are potential therapeutic targets whose overexpression in cancer cells has a pathogenic effect. We hypothesized that tumor specific miRNA detection and quantification in peripheral blood samples could reflect the presence of CTC.

Objetivo: Identify miRNAs with diagnostic value for CTC detection in blood samples from patients with lung and genitourinary tumors.

Materiales: *miRgator*, *miRBase*, *smiRNadb*, *GeneHUB*, *GEPIS*, *microRNA.org* and *miRNAMap* free databases were used to identify miRNAs as biomarkers for CTC detection. In silico data were used to identify miRNAs highly expressed in bladder, lung, prostate and renal tumors but absent in hematopoietic-derived sources. Total RNA, including small RNA, was isolated from cell lines (n=6), normal lung mucosa (n=1), frozen tumoral tissue of lung, prostate and kidney (n=16, n=9 and n=5 respectively) and healthy blood samples (n=19). qPCR were performed using mircury LNATM microRNA PCR System (Exiqon).

Resultados: Potential up-regulated miRNAs of note from this bioinformatic analysis include tissue-specific and oncogenic miRNAs. Some of them as miR-368, miR-377, miR-31, miR-32, miR-200c and miR-145 were selected. To validate the usefulness of these miRNAs as molecular markers for blood micrometastasis detection, qPCR were performed. For instance, relative expression of miR-31 was 6 and 5 higher in bladder cell lines (HT1197 and HT1376 respectively) than in normal peripheral blood.

Conclusiones: These results suggest that this bioinformatic approach is a useful high-throughout method to identified lung and genitourinary associated miRNAs. The selected miRNAs should be further evaluated for their potential as markers for CTC detection. Support: Instituto de Salud Carlos III (PI07/0477). SDP is beneficiary of an IPP contract from XUGA.

P-145

ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO Y POR PCR-RT DE LA EXPRESIÓN DE ERCC1 Y TOPOISOMERASA I EN CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN. CORRELACIÓN CON VARIABLES ANATOMOCLÍNICAS

María Sereno, Javier De castro *, Paloma Cejas*, Miguel ángel García-Cabezas*, Enrique Casado, César Gómez-Raposo, Miriam López-Gómez, Manuel González-Barón.

*Sección ed Oncología, Hospital infanta Sofía. *Servicio de oncología, Hospital La Paz.*

Introducción y Objetivos: El carcinoma microcítico de pulmón (CMP), constituye el subtipo histológico más agresivo de carcinoma broncogénico. Pese a los buenos resultados iniciales con la QT basada en platino e inhibidores de Topoisomerasa II, la mayoría progresan antes del año. Varios estudios correlacionan sensibilidad al platino con la expresión del ERCC1 en CNMP y CMP. Analizar ERCC1 y Topoisomerasa I por PCR-RT e inmunohistoquímica; Correlacionar ERCC1 Y Topoisomerasa I con respuesta a platino y Topotecan; Analizar asociación entre SLP y SG con la expresión de ERCC1 Y Topoisomerasa I.

Materiales: Se seleccionaron 76 pacientes con CMP diagnosticados en La Paz (2000-2007). Se analizó por inmunohistoquímica ERCC1 y se extrajo RNA de muestras parafinadas para PCR de ERCC1 y topoisomerasa I.

Resultados: Todos recibieron tratamiento con QT +/- RT. De ellos, 27 (35.5%) enfermedad limitada (EL) y 49 (65.5%) enfermedad extendida (EE). Todos recibieron platino y etopósido; 49 (64%) recibieron segunda línea: 25 CVA, 16 taxol y 8 Topotecan; 15 (19.7%) tercera línea: 5 con Taxol, 9 Topotecan y uno Gemcitabina-Vinorelbina. Se

clasificaron como platino-sensibles o resistentes de acuerdo a SLP tras platino: > ó < 3 meses: 43 (56.5%) sensibles y 29 (38.1%) resistentes, 4 evaluables (5.2%). Con seguimiento de 5 años, las SLP y SG fueron de 7.1 y 9.7m. Se analizó la inmunohistoquímica de ERCC1 en 72 CMP: 32 (42.1%) con tinción positiva y 35 (46%) negativa 5 no valorables. Se analizó ERCC1 en sensibles y resistentes. Sensibles: 16 (37%) positivos vs 23 (53%) negativos. Resistentes: 18 (62%) positivos vs 10 (34%) negativos. Existía tendencia a asociación entre ERCC1 y platino-resistencia, (p=0.06). Se analizó ERCC1 y Topoisomerasa I por PCR y correlación con SLP y SG (datos definitivos se mostrarán en el congreso).

Conclusiones: La elevada expresión de ERCC1 parece estar asociada a platino-resistencia en CMP, (p=0.06) (pte resultados PCR).

P-146

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DE VEGFR1 EN CARCINOMAS NO MICROCÍTICOS DE PULMÓN. CORRELACIÓN CON EL MAXSUV Y OTROS PARÁMETROS CLÍNICO-BIOLÓGICOS

Luis León Mateos, Álvaro Ruibal *, Ihab Abdulkader **, Franciso Gude ***, Aida Sánchez Salmón *, Urbano Anido Herranz, Antonio Gómez Camaño ****, Jerónimo Forteza **, Rafael López López.

*Servicio de Oncología Médica, Medicina Nuclear *, Anatomía Patológica **, Epidemiología *** y Oncología Radioterápica ****. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela.*

Introducción y Objetivos: Genes implicados en la vía de la angiogénesis y en la regulación del ciclo celular pueden tener implicaciones pronósticas y servir como nuevas dianas terapéuticas en pacientes con cáncer de pulmón. En el presente trabajo se estudia la expresión inmunohistoquímica de VEGFR1 y otros factores, y su posible correlación con el maxSUV 18-FDG.

Materiales: Mediante tissue-arrays se ha estudiado la expresión inmunohistoquímica de VEGFR1, utilizando un anticuerpo monoclonal (Flt-1 RR9S, Santa Mónica biotechnology) en 100 pacientes con CNMP (42 adenocarcinomas y 58 epidermoides). Se ha establecido la correlación entre VEGFR1 y otros factores biológicos.

Resultados: VEGFR1 se expresaba en 40/42 adenocarcinomas (+: 35 y ++ 5), expresión mayor (p<0,0000) que la apreciada en carcinomas epidermoides (-: 25; +: 33 y ++: 0). La expresión de VEGFR1 no se correlacionó con el estadio clínico pero sí negativamente con la expresión de ciclina B1 (r: -0,27; p:0,008), MIB1 (r: -0,30; p:0,003) y p53 (r: -0,21; p:0,0042). También se correlacionó positivamente

con la expresión de p16 (r: 0,31; p:0,002). No constatamos correlación entre la expresión de VEGFR1 y la expresión de EGFR, HER-2, HIF1a and HIF2a,
Tras análisis multivariante, la expresión de VEGFR1 no fue factor pronóstico de supervivencia, pero sí el estadio clínico (I-II vs III-IV: HR: 2,3; p:0,0008). En 40 casos se comparó la expresión de VEGFR1 y del max SUV de la 18F-FDG-PET, sin observarse relación alguna entre ambos (VEGFR1+: 1,6-47; 16,4+/-9,5; VEGFR-: 4,0-32,1; 16,0+/-6,3).

Conclusiones: 1) la expresión de VEGFR1 es mayor en los adenocarcinomas que en los carcinomas epidermoide y no se correlaciona con el estadio clínico.; 2) la expresión de VEGFR1 se correlaciona positivamente con la de p16 y negativamente con la de ciclina B1, MIB1 y p53 y p63; 3) La expresión de VEGFR1 no fue factor pronóstico de supervivencia tras análisis multivariante.

P-147

RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO GGCP 022/05: CISPLATINO-DOCETAXEL Y POSTERIOR RADIOTERAPIA TORÁCICA CONCOMITANTE CON DOCETAXEL QUINCENAL EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO (CPNMLA)

Joaquín Casal Rubio, Sergio Vázquez, Martín Lázaro, Begoña Campos, Carlos Grande, Luis León, Manuel Caeiro, José Luis Firvida, Margarita Amenedo, Antonio Gómez. *Grupo Gallego de Cáncer de Pulmón (GGCP).*

Introducción y Objetivos: El tratamiento (trto) en los pacientes (p) con CPNMLA es quimioterapia (QT) con radioterapia torácica (RTTx) concomitante. El GGCP presenta los resultados finales de un estudio fase II de QT de inducción con Cisplatino-Docetaxel (C-D) seguido de RTTx concomitante con D quincenal.

Materiales: 71 p portadores de CPNMLA (Estadíos IIIA2/IIIB excepto T4 pleural) fueron incluidos en el estudio con QT de inducción: C (40 mg/m²/iv d 1-2) y D (75 mg/m²/iv d 1) cada 3 semanas por 3 ciclos y en caso de no PR ó cirugía, RTTx conformada (66 Gys, 180 cGy/d) con D concomitante quincenal (30 mg/m²/iv x 4 dosis). Las características de los p son: edad media 62,4 años (43-74); 5 mujeres y 66 hombres; PS 0/1: 19/52 p; 41 p epidermoide (57.7%), 19 p adenocarcinoma (26.7%) y 11 p célula grande (15.6%); 21 p estadio IIIA (29.6%) y 50 p estadio IIIB (70.4%). 66 p evaluables para respuesta y 68 p para toxicidad. Seguimiento medio: 19,4 m.

Resultados: Respuesta tras C-D de inducción: 1 RC y 39 RP (RG 60.6%; IC95%:49-72), 19 EE (28.7%) y 7 PR (10.7%). 9 p cirugía: 5 RPp, 1 EEp, 1 PRp y 2 p no re-

secables. 46 p completan la QT-RTTx concomitante (1 p no evaluable): 8 RC y 27 RP (RG 77.7%; IC95%:66-90), 4 EE (9%) y 6 PR (13.3%). Las medianas de SLPR y SG son 12 m y 21 m. La principal toxicidad al C-D (193 ciclos: 2.8 x p) G1-2%/3-4% por p: neutropenia 17.6/28; anemia 42.6/1.4; náuseas/vómitos 41.2/2.9; diarrea 26.4/0. Durante la fase concomitante (176 dosis de D: 3.8 x p): neutropenia/anemia G1-2%: 28/39; esofagitis G1-2%/3%: 45.6/2.1 y neumonitis G1-2%/3%: 28.2/2.1.

Conclusiones: En p con CPNMLA, C-D seguido de RTTx concomitante con D quincenal es un esquema de trto eficaz y de moderada toxicidad, siendo sus resultados de supervivencia aceptables.

P-148

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LOS DATOS CENSURADOS? MODELACIÓN EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Mauro Javier Oruezabal Moreno*, Beatriz García Paredes*, Javier Sánchez-Rubio*, Laura Rodríguez Lajusticia*, María Rosario Burón Fernández***, Coralía Bueno Muiño*.

*Unidad OncoHematológica, **Unidad de Farmacia, ***Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina de Parla.

Introducción y Objetivos: El método de Kaplan-Meier estima la supervivencia con datos censurados. Las observaciones incompletas cambian el número de pacientes expuestos, lo que se tendrá en cuenta en el instante en el que se observen sucesos. La validez interna del estudio requiere que el porcentaje de censurados sea inferior al 20%. **Objetivo:** análisis del porcentaje de casos censurados.

Materiales:

- Se realizó una búsqueda en MEDLINE, utilizando: “lung AND phase AND III AND first-line “, entre 2000 y 2009.
- La selección de los artículos fue por muestreo de juicio.
- Se evaluó: tamaño muestral, tiempo inclusión, criterio finalización, tiempo seguimiento, variable principal, diferencia variable principal, significación estadística, número no censurados, mediana variable principal y número censurados.
- No se utilizó estrategias de imputación de datos para las variables con información desconocida en la publicación.
- Se realizó un análisis descriptivo e inferencial mediante ANOVA, con p<0.05. Se estudió la fiabilidad mediante el coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: Se encontraron 242 artículos, extrayendo 17 fases III en cáncer de pulmón no microcítico y primera línea.

Tabla 1. Análisis descriptivo.

ARTICULO	TAMAÑO MUESTRAL	TIEMPO DE INCLUSIÓN (MESES)	FINALIZACIÓN ESTUDIO	TIEMPO DE SEGUIMIENTO (meses)	VARIABLE PRINCIPAL	DIFERENCIA EN MEDIANA DE VARIABLE PRINCIPAL (meses)	SIGNIFICACION ESTADISTICA	CASOS NO CENSURADOS	ME-DIANA TIEMPO DE SUCESO (meses)	NUMERO CASOS CENSURADOS	PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON OBSERVACIÓN CENSURADA.
1	1043	19	Por número de eventos	21	Sup Libre Progresión	0,6	SI	665	6,7	378	36,2%
2	390	23	Por tiempo de seguimiento	8	Tiempo fallo tratamiento	0,89	NO	-	4,11	-	-
2	390	23	Por tiempo de seguimiento	8	Tiempo fallo tratamiento	0,89	NO	-	4,11	-	-
3	1833	17	Por número de eventos	15	Supervivencia Global	0	SÍ	1270	10,3	563	30,71%
4	623	-	Por número de eventos	24,5	Supervivencia Global	1,2	NO	-	9,9	-	-
5	690	-	Por número de eventos	21,8	Supervivencia Global	0,7	NO	-	9,2	-	-
6	452	30	Por número de eventos	12,2	Supervivencia Global	1	NO	-	15,9	-	-
7	413	41	Por número de eventos	-	Supervivencia Global	0,4	NO	301	9	112	27%
8	300	22	Por número de eventos	10	Supervivencia Global	0,8	NO	209	8,9	91	30,3%
9	1172	10	Por tiempo de seguimiento	-	Supervivencia Global	0,2	NO	193	14	979	83,5%
10	400	27	Por número de eventos	-	Supervivencia Global	0,75	NO	305	11	95	23,75%
11	1093	10	Por número de eventos	12	Supervivencia Global	1	NO	732	10,9	361	33%
12	311	23	Por tiempo de seguimiento	11	Supervivencia Global	1,7	SI	-	11,3	-	-
13	240	39	Por tiempo de seguimiento	6	Supervivencia libre de progresión	0,75	NO	-	6,5	-	-
14	570	22	Por número de eventos	8	Supervivencia Global	1,1	NO	415	9,3	155	27,1%
15	1218	18	Por tiempo de seguimiento	10	Supervivencia Global	1,2	NO	-	11,3	-	-
16	400	12	Por tiempo de seguimiento	24	Supervivencia Global	0,1	NO	-	7,9	-	-
17	354	36	Por tiempo de seguimiento	20,5	Supervivencia Libre progresión	1,6	SI	-	6,6	-	-

*En blanco las casillas cuyos resultados no se describen en la publicación

Los resultados han sido:

1. Porcentaje medio de censurados de 36,4%.
2. No diferencias significativas en el porcentaje de censurados entre estudios significativos y no significativos (33,4% [-1,42%-68,3%] y 41,9% [-2,1%-86%], $p=0,823$).
3. No diferencias significativas en la diferencia de la variable principal entre los estudios significativos y no significativos (0,30 [-3,51-4,11] y 0,62 [-0,01-1,26], $p=0,484$).

4. Diferencias no significativas en el tamaño muestral entre estudios significativos y no significativos (1438 [311-6456] y 613 [404-1231], $p=0,284$)
5. Coeficiente de correlación intraclase de $r= 0,98$ indicando asociación lineal.

Conclusiones: 1. El porcentaje de censurados en los fase III de cáncer de pulmón no microcítico es superior al recomendado (5-20%) disminuyendo la potencia de la estimación.

2. El porcentaje de censurados aumenta en los estudios finalizados por número de eventos, por lo que los estudios significativos deberían tener un seguimiento más prolongado.

P-149

¿ES REALMENTE ÚTIL EL PET/TAC COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EL CÁNCER DE PULMÓN?

Jordi Remon Masip, Susana Martínez Peralta, Montserrat Zanui Maestre, Montserrat Velasco Capellas, Paula Cerdà Serdà, Pilar Lianes Barragán.

Servicio de Oncología Médica - Hospital de Mataró (Barcelona).

Introducción y Objetivos: El PET/TAC es una herramienta diagnóstica fundamental en Oncología. En Catalunya las indicaciones para solicitar un PET/TAC vienen marcadas por la "Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdica" (AATRM). Nuestro centro introdujo el PET/TAC en 01/07. El objetivo de nuestro trabajo es ver de forma retrospectiva cómo ha cambiado el estadiaje del cáncer de pulmón con el PET/TAC.

Materiales: Dos tercios de pacientes con cáncer de pulmón son tributarios de tratamiento radical (cirugía o quimioradioterapia radical) y por tanto susceptibles a realizar un PET/TAC. En este grupo hemos realizado un estudio observacional retrospectivo para comprobar en qué porcentaje el PET/TAC ha cambiado el estadiaje y la actitud terapéutica.

Resultados: Según nuestro Registro Hospitalario de Tumores, se diagnostican 100 cánceres de pulmón/año. De 01/07 al 04/09, hemos realizado 190 PET/TAC. El cáncer de pulmón ha supuesto el 36% (69/190) de las solicitudes de PET/TAC siendo el principal motivo el estadiaje inicial. En 39 de los 69 casos (56%) el estadiaje no ha variado. En 30/69 casos (43%), el PET/TAC sí ha variado el estadio: en 14 casos ha visto enfermedad metastásica, es decir, el PET/TC detecta un 46% de enfermedad metastásica oculta, en un 30% el PET/TAC ha permitido detectar pacientes inicialmente tributarios de cirugía hacia quimioradioterapia radical, y en un 24% el PET/TAC ha provocado un cambio de quimioradioterapia a cirugía. En este último grupo la concordancia PET/TAC y anatomía patológica ha sido del 70%.

Conclusiones: El PET/TAC detecta un cambio del estadiaje en el 43% de los casos, un 46% ha provocado el cambio de un tratamiento curativo a uno paliativo y en un 24% de los casos ha permitido un "downstaging", en concordancia con otros estudios.

P-150

QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN CON CISPLATINO-DOCETAXEL (C-D) Y POSTERIOR RADIOTERAPIA TORÁCICA CONCOMITANTE CON C-D QUINCENAL EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO

(CPNMLA). ESTUDIO GGCP 035/07 DEL GRUPO GALLEGO DE CÁNCER DE PULMÓN (GGCP)

Joaquín Casal Rubio*, B. Campos**, M. Lázaro***, L. León****, S. Varela**, G. Huidobro*, P. González***, J.L. Fírvida*****, M. Amenedo*****, S. Vázquez**

*S^o Oncología Médica, Hp Meixoeiro, Complexo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI). **S^o Oncología Médica, Hp Xeral-Calde, Lugo. ***S^o Oncología Médica, Hp Xeral-Cies, CHUVI. ****S^o Oncología Médica, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. *****S^o Oncología Médica, Complexo Hospitalario de Ourense. *****S^o Oncología Médica, Centro Oncológico de Galiza, A Coruña.

Introducción y Objetivos: Con la intención de mejorar los resultados del estudio GGCP 022/05 (ASCO 2008: P 7561) en pacientes (p) con CPNMLA, se diseñó uno nuevo asociando durante la concomitancia cisplatino al docetaxel quincenal.

Materiales: 81 p portadores de CPNMLA (Estadios IIIAN2/IIIB, excepto T4 pleural) han sido incluidos en el estudio con QT de inducción: C (40 mg/m²/iv d 1-2) y D (75 mg/m²/iv d 1) cada 3 semanas por 3 ciclos y en caso de no PR ó cirugía, RT Torácica conformada (66 Gys, 180 cGy/d) con C-D concomitante quincenal (ambos a 30 mg/m²/iv x 4 dosis). P: edad media 61.1 años (44-75); 7 mujeres y 74 hombres; PS 0/1: 22/59 p; 42 p epidermoide, 22 p adenocarcinoma y 17 p célula grande. 20 p estadio IIIA (24.6%) y 61 p estadio IIIB (75.4%). 72 p evaluables para respuesta (4 p en C-D de inducción) y 78 p para toxicidad. Media de seguimiento 7.8 m.

Resultados: Tras C-D de inducción: 42 RP (RG 58.3%;IC95%:46-70), 21 EE (29.2%) y 9 PR (12.5%). 6 p cirugía (1 pendiente): 3 Rpp, 1 EEp y 1 p no resecable. 45 p completan la fase concomitante con: 5 RC, 30 RP (RG 77.7%;IC95%:65-89), 3 EE y 7 PR. Las medianas de SLPR y SG son: 10 m y 15 m. La SLPR y la SG a 1 año: 43.2% y 56.5%. Las principales toxicidades al C-D de inducción (217 ciclos, 2.8 x p) son (G1-2%/3-4% por p): neutropenia 13.2/26.9; anemia 32.1/3.8; náuseas/vómitos 29.4/5.1; diarrea 15.3/10.2. En la fase concomitante (181 dosis de C-D: 3.4 x p) por p: neutropenia/anemia G1-2%: 13.2/35.8; esofagitis G1-2/3%: 50.2/1.8 y neumonitis G1-2%: 24.5.

Conclusiones: La QT de inducción con C-D seguido de RT Torácica concomitante con C-D quincenal es un esquema de tratamiento efectivo y de perfil moderado de toxicidad en p con CPNMLA, siendo sus resultados de supervivencia prometedores.

P-151

ERLOTINIB COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO TRAS TRATAMIENTO CON

QUIMIORADIOTERAPIA EN PACIENTES (P) CON CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP) ESTADÍO III: UN ESTUDIO FASE II DEL GRUPO GALLEGO DE CÁNCER DE PULMÓN

Joaquín Casal Rubio*, Sergio Vázquez**, Francisco Javier Barón***, José Luis Fírvida****, Martín Lázaro*****, Margarita Amenedo*****, Guillermo Alonso*****, Francisco Javier Afonso*****, Lucía Santomé*****, María José Villanueva*.

*Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital do Meixoeiro, Vigo; ** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Xeral Calde, Lugo; *** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; **** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; ***** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Xeral Cies, Vigo; **** Servicio de Oncología Médica, Centro Oncológico de Galicia, A Coruña; ***** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña; **** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol; **** Servicio de Oncología Médica, Hospital POVISA, Vigo.

Introducción y Objetivos: La combinación de quimioterapia basada en platino y radioterapia es el tratamiento estándar para p con CNMP estadio III inoperable. Erlotinib, un inhibidor tirosina-quinasa del EGFR, aumenta la supervivencia en p con CNMP recurrente o metastático. En este estudio, evaluamos el papel de erlotinib como terapia de mantenimiento tras un tratamiento estándar de quimioradioterapia en CNMP estadio III.

Materiales: En este estudio fase II, abierto y no aleatorizado se incluyeron p con CNMP estadio IIIA/IIIB –sin derrame pleural/pericárdico maligno- inoperable que, tras un tratamiento estándar de quimioradioterapia, no tenían evidencia de progresión de enfermedad. El tratamiento de estudio fue erlotinib 150 mg/día vo durante 6 meses. Principales criterios de inclusión: PS 0-2, adecuadas funciones medulares, hepáticas y renales y enfermedad medible por criterios RECIST. Objetivo principal: Porcentaje de p sin evidencia de progresión de enfermedad tras 6 meses de tratamiento con erlotinib. Objetivos secundarios: Tiempo a la progresión, SG, tasa de respuesta y perfil de seguridad.

Resultados: Se presentan datos de 37 p de los 55 incluidos en el estudio. Características basales: mediana de edad 62 años (rango 41-76); hombres 94.6%; raza caucásica 100%; fumadores/no fumadores (%) 97.3/2.7; PS 0/1/2(%) 18.9/75.7/2.7; adenocarcinoma/carcinoma epidermoide/carcinoma de células grandes (%)16.2/75.7/5.4; estadio IIIA/IIIB (%) 16.2/83.8. El régimen de quimioradioterapia

previa más común fue cisplatino/docetaxel/RT (83.8%). 27 p evaluables para respuesta: RC 22.2%; RP 14.8%; EE 55.6%; PE 7.4%. Mediana de tiempo a la progresión 7.3 meses (IC 95% 5.8-16.9) y mediana de SG 18.7 meses (IC 95% 11.8-NA). Toxicidades más frecuentes: rash 30.6% (3 p gr. 3) y diarrea 16.7%.

Conclusiones: Erlotinib en mantenimiento tras quimioradioterapia en CNMP estadio III es un régimen activo y bien tolerado. En esta población donde la mayoría de los pacientes son hombres, fumadores con carcinoma epidermoide, el tratamiento con erlotinib alcanzó una mediana de supervivencia de 18.7 meses.

P-152

CISPLATINO-VINORELBINA COMO PRIMERA LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN AVANZADO: ¿ES NECESARIO EL CONTROL HEMATOLÓGICO DEL DÍA 8?

Blanca Cantos Sánchez de Ibargüen*, Carlos Camps**, Bertomeu Massutti***, Vicente Alberola****, Manuel Cobo#, Rafael Rosell##, Ulpiano Jimenez###, Manuel Domine####, F. Javier Pérez #####, Mariano Provencio*.

* Servicio de Oncología Médica Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, ** Servicio de Oncología Médica Hospital General de Valenci, *** Servicio de Oncología Médica Hospital de ALicante, **** Servicio de Oncología Médica Hospital Arnau Villanova Valencia, # Servicio de Oncología Médica Hospital Carlos Haya de Málaga, ## Servicio de Oncología Médica Hospital Germans Terias i Pujol, ### Servicio de Oncología Médica Hospital de la Princesa, #### Servicio de Oncología Médica Fundación Jimenes Díaz, ##### Servicio de Oncología Médica ICO Barcelona.

Introducción y Objetivos: La combinación Cisplatino-Vinorelbina (día 1 y 8) es una opción terapéutica en la primera línea de cáncer de pulmón no microcítico avanzado (CPNM). Uno de los objetivos principales de estos tratamientos es mantener la calidad de vida con la menor toxicidad posible. De forma rutinaria se realiza un hemograma el día 8 sin que exista evidencia científica de la incidencia de neutropenia en este día. Pretendemos evaluar la necesidad de realizar este control hematológico con el régimen quimioterápico indicado.

Materiales: 180 pacientes sin tratamiento quimioterápico previo, con diagnóstico de CPNM avanzado que recibieron tratamiento con Cisplatino intravenoso 75 mg/m² día 1 y Vinorelbina 25 mg/m² día 1 y 8 cada 3 semanas durante un máximo de 6 ciclos. Se analizaron de forma retrospectiva los datos de estos pacientes incluidos en un estudio farmacológico del Grupo español de cáncer de pulmón.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Edad media	62,5 años (rango 39-78)
Sexo	87,2% hombres 12,8% mujeres
Habito tabáquico	80,6% (fumadores o exfumadores) 19,4% No fumadores
PS	100% 0-1
Histología	48,2% Adenocarcinoma 36% Escamoso 15,8% Otros
Estadio	17,2% IIIB 82,8% IV

Resultados: Características de los pacientes en la Tabla 1. Se analizaron 750 ciclos. La vinorelbina del día 8 se administró en 661 ciclos (88.1%) y la dosis fué reducida o cancelada debido a toxicidad hematológica en un 2% de los ciclos. En un análisis por subgrupos, el porcentaje de pacientes menores de 70 años y que no han necesitado modificación de dosis en el ciclo previo que presenta toxicidad hematológica el día 8 es del 0,8%.

Conclusiones: Nuestro estudio identifica un subgrupo de pacientes por debajo de 70 años en los que el Hemograma que se realiza el día 8 podría evitarse con un aceptable margen de seguridad. Es necesario confirmar esta hipótesis con nuevos estudios prospectivos diseñados para confirmar este dato.

P-153

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO (CPNMA) CON ERLOTINIB EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

M^a Ángeles Sala González, Elena Galve Calvo, Purificación Martínez del Prado, M^a Teresa Abad Villar, Teresa Pérez Hoyos, Carla Antonilli.

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

Introducción y Objetivos: Evaluar la respuesta a ERLOTINIB en p. con CPNMA tratados con Erlotinib en primera línea de tratamiento en nuestro hospital.

Materiales:

- Entre Febrero 06 y Marzo 09, 25 pacientes (p.) con diagnóstico de CPNMA fueron tratados con Erlotinib (150 mg/día) en primera línea de tratamiento.
- Características: Mujeres: 13 p. (52%).
- Mediana edad: 69 años (30-84); 11 p. habían sido fumadores, 3 p. eran fumadores y 11 p. no habían fumado nunca, todos caucásicos. Histología: Adenocarcinoma

16 p. (64%), Indiferenciado no microcítico 4 p., BAC: 5 p. Se determinó el estado mutacional en 14 p. (4 p. mutado y 3 p. no mutado y 7 p. material insuficiente), en 11 p. no se determinó.

- Localización metástasis: Pulmonares 5 p. (20%), oseas 5 p. (20%), hepáticas 2 p. (8%), ganglionares 2 p. (8%), más de 2 localizaciones 21 p. (44%). 11 p. dentro de ensayo clínico.

Resultados:

- 5 p.(20%) Respuesta parcial (RP), 5 p.(20%) Enfermedad Estable (EE) y 4 p. Enfermedad Progresiva (EP). No evaluable 11 p. Los pacientes con mutación 2p. (50%) RP y los otros 2 p. no evaluables.
- Los 5 p. que tuvieron RP. (todos no fumadores, adenocarcinomas, 3 mujeres y 2 hombres).
- 7 p. cumplían los criterios clínicos (mujer + no fumador+adenocarcinoma) : 3 p. RP (75%) 1 p. EE (25%), 3 p. no evaluables.
- Hubo progresión en 20 p.
- Toxicidad: Grado III-IV : 3 p., Grado I-II: 16 p. Cutanea 3 p. (12%), gastrointestinal 4 p. (16%), Ambas 12 p. (48%), Ninguna 6 p. (24%) . Ajuste de dosis en 5 p.

Conclusiones: Los factores predictores de respuesta fueron el estado mutacional ó la asociación de criterios clínicos (mujer + no fumador+adenocarcinoma), pudieran ser utilizados para seleccionar pacientes que se traten en primera línea con Erlotinib.

P-154

LIGANDOS Y RECEPTORES DE PDGF: EXPRESIÓN EN TEJIDO TUMORAL Y ESTROMA EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Elena Sanmartín, Eloísa Jantus Lewintre, Rafael Sirera, Tom Donnem, Roy Bremnes, Ana Blasco, Cristina Caballero, Alfonso Berrocal, Sara Blasco, Carlos Camps.

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: La angiogénesis tumoral es un proceso complejo en el cual intervienen células endoteliales, tumorales y estromales. La familia de ligandos y receptores de PDGF juega un papel muy importante en dicho proceso. Este estudio analiza la expresión de ligandos y receptores de PDGF en células tumorales y estroma en tumores reseca- bles de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM).

Materiales: Se estudiaron retrospectivamente 44 muestras de tumores reseca- bles de CPNM. Las áreas más representativas de células tumorales y de estroma fueron seleccionadas para construir bloques de "microarrays" titulares (TMA), extrayéndose RNA a partir de los mismos. Se amplificaron los genes de la familia de PDGF por RTqPCR usando

primers y sondas TaqMan®. La Cuantificación relativa se realizó mediante fórmula de Pfaffl, normalizándose los resultados frente a un calibrador (cDNA de NCI-H23).

Resultados: La edad mediana de los pacientes fue de 68,5 años (28-82), el 86% eran hombres. Los subtipos histológicos encontrados fueron: 76% epidermoides, 19% adenocarcinomas y 5% otros. No se encontraron diferencias significativas en la expresión de ligandos y receptores de PDGF entre estroma y tumor. La expresión de PDGFR-A en tumor fue menor en los pacientes que sufrieron recidiva ($p=0.012$, Mann-Whitney test). La coexpresión de PDGFC y PDGFR-A en tumor a niveles bajos (< mediana), permite seleccionar un grupo de pacientes con menor supervivencia global ($p=0.020$, log-rank test).

Conclusiones: Este es el primer estudio de expresión de mRNA de genes de la familia de PDGF en muestras de TMA en células de tumor y estroma en CPNM. Nuestros resultados preliminares, evidencian la importancia de las interacciones tumor-estroma en el desarrollo del proceso angiogénico en este tipo de cáncer.

P-155

CORRELACIÓN ENTRE “DOLOR”, LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) Y PROBLEMAS EMOCIONALES, EN UN GRUPO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN REMITIDOS A LA UNIDAD DE PSICOONCOLOGÍA DE TRES HOSPITALES DE CATALUÑA

Concha León, Esther Jovell, Remedios Blanco, Yolanda García, Elsa Dalmau.

IOV (Institut Oncològic del Vallès).

Introducción y Objetivos: Dentro de la literatura científica existe consenso en que el dolor contribuye a aumentar el malestar emocional en los pacientes con cáncer, pero rara vez se evalúa de manera sistemática. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar sistemáticamente el dolor y los problemas emocionales que experimentan los pacientes con cáncer de pulmón, que son remitidos a una Unidad de Psicooncología para recibir apoyo psicológico.

Materiales: Cuarenta y nueve pacientes con cáncer de pulmón, procedentes de tres hospitales públicos catalanes fueron evaluados, de forma sistemática, durante la primera visita a la Unidad de Psicooncología, en relación a diferentes síntomas (dolor, estado de ánimo, ansiedad, preocupación, tristeza y fatiga). La medición de los síntomas se realizó mediante una escala de 0-10, y el cuestionario HADs (Hospital and Depression Scale). Se evaluó la asociación entre el

“dolor” y las subescalas (ansiedad y depresión) del cuestionario HADs.

Resultados: Encontramos una asociación positiva estadísticamente significativa, entre “dolor” y “fatiga” ($r=0,659$, $p=0,000$); entre “dolor” y “estado de ánimo” ($r=0,448$, $p=0,015$), y “dolor” y “tristeza” ($r=0,435$, $p=0,018$). No hemos encontrado asociación entre “dolor” y “ansiedad”, “preocupación” (escalas de 0-10), ni ninguna de las subescalas del cuestionario HADs. En relación al cuestionario HADs, encontramos una asociación positiva significativa entre la subescala de ansiedad y la escala de 0-10 (“ansiedad”: $r=0,555$, $p=0,009$ y “tristeza”: $r=0,619$, $p=0,002$); Asimismo se dio una asociación positiva estadísticamente significativa entre la subescala depresión del HADs y las escalas 0-10 (“preocupación”: $r=0,486$, $p=0,022$ y “estado de ánimo”: $r=0,653$, $p=0,001$).

Conclusiones: En nuestra población: a) Existe correlación positiva estadísticamente significativa entre “dolor”, “estado de ánimo”, “tristeza” y “fatiga”; y b) Podemos detectar niveles de ansiedad o depresión usando indistintamente el cuestionario HADs como las escalas 0-10 de “tristeza”, “estado de ánimo”.

P-156

EVALUACIÓN DEL NÚMERO DE COPIAS Y REORDENAMIENTOS DE ALK EN CÁNCER DE PULMÓN (CP) Y ASOCIACIÓN CON EL ESTADO DE EGFR EN ADENOCARCINOMAS

Eduarne Arriola Aperribay, Laia Garrigós, Marta Salido, Lara Pijuan, Luz Martínez-Avilés, Ana B. Galván, Francesc Solé, Beatriz Bellosillo, Sergi Serrano, Joan Albanell.

Servicio de Oncología Médica, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona; Laboratorio de terapéutica molecular y biomarcadores en cáncer, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona; Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona.

Introducción y Objetivos: Recientemente se ha descrito un nuevo gen de fusión entre el gen *ALK* (2p23) y el gen *EML4* (2p21) en un 3-6% de pacientes con cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP). Nuestro objetivo fue evaluar el estado de *ALK* mediante hibridación in situ fluorescente (FISH) en CP y correlacionarlo con el estado de EGFR.

Materiales: Se analizaron mutaciones (exones 18-21), número de copias del gen y la expresión de la proteína de EGFR mediante secuenciación directa, FISH e inmunohistoquímica, respectivamente, en 90 adenocarcinomas. Se evaluó el estado de *ALK* mediante FISH en los adenocarcinomas y en 21 carcinomas escamosos, 8 carcinomas pobremente diferenciados y 17 carcinomas de célula

pequeña. Se utilizó una sonda comercial de *ALK* (Abbott Molecular Inc, Des Plaines) y se diseñó una sonda de rotura a partir de BACs (<http://bacpac.chori.org>) para la detección de reordenamientos de *EML4*. Se evaluaron un mínimo de 50 núcleos.

Resultados: Encontramos expresión de EGFR en 74% de adenocarcinomas, positividad del FISH (Capuzzo et al.) en 53.8% y mutaciones en 16.2%. Observamos asociación entre los casos FISH positivos y mutados para EGFR ($P=0.026$). Dos casos presentaban translocación de *ALK* (3%), 8 (12%) amplificación y 40 (60%) ganancia de 2p. Los CPCP presentaban disomía de *ALK*. Los 2 casos con translocación de *ALK* fueron FISH negativos y no mutados para EGFR. Uno de ellos mostraba rotura del gen *EML4*, pero no el segundo, sugiriendo otra pareja de translocación distinta de *EML4*. Entre los 8 *ALK* amplificados, 7 fueron FISH positivos para EGFR (uno amplificación, 6 polisomía alta) y 2 presentaron mutación de EGFR en el exón 21.

Conclusiones: Los reordenamientos de *ALK* existen en el CP con baja prevalencia en pacientes caucásicos. Sin embargo son más frecuentes las aberraciones del número de copias de *ALK* en el CPNCP, no así en el CPCP. Su significado clínico merece ser evaluado.

P-157

PROTOCOLO ASISTENCIAL DE SEGUNDA LÍNEA PARA CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN CON TOPOTECAN SEMANAL

Ana Blasco Cordellat (1), Óscar Juan (2), Miguel Muñoz (3), Regina Gironés (4), Jorge Molina (5), Sonia Maciá (6), Vicente Giner (7), Antonio Galán (8), José Muñoz (9).

(1) Servicio de Oncología Hospital General Universitario de Valencia. (2) Servicio de Oncología Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. (3) Fundación Instituto Valenciano de Oncología. (4) Servicio de Oncología Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia). (5) Servicio de Oncología Hospital Provincial de Castellón. (6) Servicio de Oncología Hospital de Elda "Virgen de la Salud" (Alicante). (7,8) Servicio de Oncología Hospital de Sagunto (Valencia). (9) Servicio de Oncología Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

Introducción y Objetivos: Determinar la tasa de respuestas de pacientes con carcinoma microcítico de pulmón avanzado o metastásico que hayan progresado a una línea previa de quimioterapia, tratados con Topotecan en pauta semanal. Averiguar el tiempo hasta la progresión, duración de la respuesta y la supervivencia. Averiguar la toxicidad de la pauta semanal de Topotecan.

Materiales: Entre octubre de 2007 y enero de 2009, y tras progresión a una primera línea de quimioterapia que incluyera cisplatino, se trataron 32 pacientes con C.P.M.

avanzado o metastásico. Se analizaron 25, con edad mediana = 63 años, 100 % varones, con Topotecan semanal: 3 mg/m² x 3 cada 28 días y un máximo de 6 ciclos. Performance Status inicial de 0 =24%, 1 =56% y 2 =20%. Pacientes con enfermedad localmente avanzada: 16% y con enfermedad metastásica: 84%. Las metástasis más frecuentes fueron en pulmón, hígado y suprarrenal.

Resultados:

- Ciclos administrados: mediana=2.
- Tasa de respuestas: Completas = 4% (1 paciente). Parciales = 4%. Enfermedad estable = 8%. Progresión = 80%. No evaluables = 4%. La RC se mantuvo durante 14 semanas.
- Tiempo hasta la progresión: mediana = 8 semanas.
- Tasa de supervivencia: 28% (en Enero 2009)
- Toxicidad (grados 3 y 4):
Hematológica: 20% (predominante: anemia).
Nohematológica:36% (predominante: astenia).

Conclusiones: Se comunicará más adelante la valoración completa del grupo de pacientes tratados. Los resultados obtenidos demuestran que este esquema de tratamiento se tolera bien y que es una opción aceptable en 2ª línea.

Bibliografía:

1. Shipley DL, Hainsworth JD, Spigel DR, et al. Topotecan: Weekly intravenous Schedule similar to Standard 5-day iv Schedule as second-line therapy for relapsed small cell lung cancer- A Minnie Peral Cancer Research Network phase II trial. Proc Am Soc Clin Oncol. 2006; Abstr 7083.
2. Shah C, Ready N, Perry M, et al. A multi-center phase II study of weekly topotecan as second-line therapy for small cell lung cancer. Lung cancer 2007. 57, 84-88

P-158

CÁNCER DE PULMÓN EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NUEVO HOSPITAL DE VALLECAS (H. INFANTA LEONOR)

Carmen González Paz, Nuria Rodríguez, Almudena Martín, Ana López-Alfonso, Miguel Ángel Lara.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Infanta Leonor.

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte en el mundo, alcanzando una incidencia en España de 55,8 casos por 100.000 habitantes. Presentamos aquí los resultados de un análisis descriptivo realizado en el H. Infanta Leonor en el transcurso de su primer año de apertura. **Materiales:** Presentamos las características descriptivas en cuanto a edad, sexo, histología, incidencia de EPOC, tabaquismo, localización del tumor primario pulmonar y estadio de los datos de 61 pacientes diagnosticados entre Abril/08 a Abril/09 en el Hospital Infanta Leonor.

Resultados: Se objetivó una mayor incidencia en hombres (75%) que en mujeres (25%), con predominio de histología adenocarcinoma (27%), seguido de carcinoma microcítico (26%), epidermoide (20%) y otras histologías (17%). La edad media de los pacientes fue de 66,6 años con una mediana de edad en hombres de 69 años (rango: 33-87) y en mujeres una mediana de edad de 62 años (rango: 44-82). En cuanto a la prevalencia de tabaquismo se observó un 15% de no fumadores frente a un 85% de fumadores (incluyendo exfumadores). Al analizar la prevalencia de EPOC un total de 28% de los pacientes tenían el diagnóstico realizado por neumología frente a un 72% que no estaban diagnosticados. Por último se analizó la localización de la neoplasia pulmonar siendo predominante en LSD/LMD (46%) seguido de LSI (34%). El estadio al diagnóstico se tradujo en IIIA un 16%, IIIB un 18% IV 66%, en el caso de carcinoma microcítico EL un 53%, EE un 47%.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja los datos ya conocidos previamente en que el prototipo de paciente con carcinoma pulmonar es un varón fumador de unos 69 años. Llama la atención la incidencia tan alta de carcinoma microcítico (26%). También llama la atención el porcentaje tan elevado de pacientes que debutan con estadios avanzados (66%).

P-159

CÁNCER DE PULMÓN CON METÁSTASIS ÚNICA RENAL: ¿PRIMARIO RENAL O REALMENTE METASTÁSIS?

Belén S. Gil*, Ana María García *, Ruth Espinosa *, Sara Cerezo *, Daniel Llorente**, Gloria Francisco **, María Jesús Mena **, Emiliano Prieto**, Gonzalo Rodríguez **.

* Servicio de Oncología, ** Servicio de Neumología.

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón es la neoplasia más frecuente en el sexo masculino (15-20% de todos los tumores) y la primera causa de muerte por cáncer. Solamente un porcentaje muy pequeño se diagnostica en estadios iniciales. Los síntomas más frecuentes son: tos, disnea, pérdida ponderal y dolor torácico. Las metástasis más frecuentes son en pulmón, pleura, hueso, cerebro e hígado. Las molestias que presenta el paciente con diseminación metastásica están determinadas por la ubicación del órgano afectado. En algunas publicaciones se han encontrado metástasis renales hasta en 19% de pacientes que fallecieron por cáncer de pulmón.

Materiales: Presentamos el caso clínico de un paciente de 79 años de edad, intervenido en Agosto de 2008 por lesión renal derecha de 2 cm de diámetro que fue compatible con adenocarcinoma poco diferenciado (pT3pN2), pasando posteriormente a revisiones en la Consulta de Urología.

En Abril de 2009 el paciente presenta disnea de apareamiento súbito e ingresa por sospecha de TEP. Realiza TAC torácico que revela masa hiliar derecha con adenopatías hiliomediastínicas de tamaño y características patológicas de localización retrocarinal, paraesofágica, hiliares derechas, precarínicas e hiliares izquierdas. Se realiza PAAF de lesión pulmonar que resultó ser compatible con adenocarcinoma poco diferenciado de origen pulmonar.

Resultados: Se revisa la Anatomía Patológica del riñón, no pudiéndose descartar la presencia de dos tumores primarios. Inició tratamiento con Gencitabina y Carboplatino, completando hasta la fecha 3 ciclos y estando pendiente de reevaluación.

Conclusiones: En los últimos años son muy escasas las comunicaciones presentadas de metástasis renales de carcinoma de pulmón. Una buena orientación de cada caso clínico evitaría errores de diagnóstico, a pesar de que en muchos casos es difícil hacer el diagnóstico diferencial entre tumor primario y lesión metastásica, teniendo que realizar un tratamiento citostático válido para ambas situaciones.

P-160

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN ESTADÍO IV EN MAYORES DE 70 AÑOS

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torre Vieja-salud.

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón ocupa el primer lugar en mortalidad global por cáncer. En pacientes de 70 años el tratamiento en nuestros días no está condicionado por la edad del paciente, sino por el performance status, factor decisivo en la toma de decisiones. El objetivo es describir las características de nuestra población, el tratamiento administrado y la respuesta obtenida.

Materiales: Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de novo de cáncer de pulmón estadio IV, y que hayan recibido un tratamiento oncológico activo, entre octubre de 2006 y octubre de 2007. Encontramos 15 casos nuevos en dicho periodo con las siguientes características: 8 varones (53,3%) y 7 mujeres (46,7%). La edad media es de 73,1 años con un rango de edad entre 70 y 80 años.

Resultados: Performance status: 0, 1 paciente (6,7%); 1 en 4 pacientes (26,6%); 2 en 9 pacientes (60%) y 3 en un paciente (7,7%). Histología: cáncer de pulmón de células no pequeñas en 14 pacientes (93,3%): epidermoide, 12 pacientes y adenocarcinoma, 2; carcinoma microcítico en 1 paciente (6,7%). Tratamiento: Quimioterapia, 14 pacientes (93,3%); tratamiento paliativo en 1 paciente (PS:3). El tratamiento quimioterápico consistió en monoterapia en 6 pacientes (42,8%) y poliquimioterapia en 8 pacientes (57,2%). Respuesta obtenida: ninguna respuesta completa,

respuesta parcial en 3 pacientes (21,4%); estabilización tumoral en 5 pacientes (35,8%) y progresión tumoral en 6 pacientes (42,8%). La supervivencia media en el momento actual es de 7,4 meses encontrándose en el momento actual un 20% de los pacientes con vida.

Conclusiones: Somos conscientes del sesgo que constituye recoger sólo pacientes remitidos a nuestra consulta. El empleo de quimioterapia en pacientes con PS menor o igual a 2 es bien tolerado, encontrando un índice de respuestas acorde con la literatura. La supervivencia observada concuerda con los datos publicados teniendo en cuenta la edad de los pacientes y el performance status mayoritario.

P-161

FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTE VIH

Natalia Lupion Morales, Fuensanta Aranda, Eduardo Ceballos, Sandra Moreno.

Fiebre persistente en paciente con VIH.

Introducción y Objetivos: Presentamos este caso con el objetivo de demostrar como determinadas infecciones como la tuberculosis pueden ser la forma de presentación de ciertas neoplasias malignas.

Materiales: Varón de 52 años, fumador, EPOC e infección por VIH, sin tratamiento antirretroviral. En septiembre de 2008 acude a urgencias por cuadro de fiebre, disnea, tos y esputos hemoptoicos ocasionales de varias semanas. A la exploración destacaba importante afectación del estado general, caquexia y se palpaba una adenopatía supraclavicular derecha de 2 cm. La auscultación pulmonar destacaba una hipofonía global y crepitantes diseminados. En Rx de tórax de urgencias se objetivaban infiltrados nodulares pulmonares bilaterales de predominio en campos superiores pulmonares. Se realizó cultivo de esputo en el que se aislaron abundantes BAAR y cultivo de micobacterias siendo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se inició tratamiento antirretroviral y tuberculostático con terapia cuadruple. A pesar del tratamiento tuberculostático el paciente continuaba con fiebre persistente, anorexia y pérdida de peso progresiva. Se realizó TAC torácico-abdominal que objetivaba masa pulmonar de 4,5 x 3 cm en LSD y metástasis hepáticas. Se realizó PAAF de la adenopatía supraclavicular con resultado positivo para carcinoma epidermoide. A las 16 semanas de haber iniciado el tratamiento tuberculostático, el paciente fue mejorando progresivamente del cuadro respiratorio con desaparición del síndrome febril.

Resultados: En febrero de 2009 inició tratamiento quimioterápico con esquema cisplatino+gemcitabina con reducción de dosis, con buena tolerancia. Tras cuatro ciclos se obtuvo

respuesta parcial pulmonar y respuesta completa hepática. En mayo de 2009 el paciente ingresó por episodio de tromboembolismo pulmonar, falleciendo por dicho motivo.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida presentan un deterioro importante de la inmunodeficiencia celular lo que favorece tanto la aparición de infecciones oportunistas como el desarrollo de neoplasias malignas como el Sarcoma de Kaposi, carcinomas de cabeza y cuello y síndromes linfoproliferativos.

Cuidados continuos

Revisores:

Dr. Vicente Valentín Maganto

Dr. Fco. Javier Barón Duarte

P-162

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO CON BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA (ESTUDIO RELIEF)

Carlos Camps Herrero (1), Javier Casinello (2), Yolanda Escobar (3), Juan Antonio Virizuela (4), Vicente Alberola (5), Joan Carulla (6), Isabel Sánchez Magro (7), Andrés Stern (7). (1) Hospital General de Valencia, Serv. Oncología Médica. (2) Hospital Universitario Guadalajara, Servicio Oncología Médica. (3) Hospital Gregorio Marañón Madrid, Servicio Oncología Médica. (4) Hospital Virgen Macarena, Sevilla, Servicio Oncología Médica. (5) Hospital Arnau, Valencia, Servicio Oncología Médica. (6) Hospital Val d'Hebron, Servicio Oncología Médica. (7) Departamento Médico Grünenthal Pharma.

Introducción y Objetivos: Evaluar los efectos del tratamiento analgésico con buprenorfina transdérmica sobre la calidad de vida, de pacientes oncológicos con dolor crónico moderado o severo.

Materiales: Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte, prospectivo, longitudinal, no controlado, en pacientes con dolor crónico oncológico moderado - severo que inicien tratamiento analgésico con buprenorfina. (131 pacientes).

Resultados: Dosis media durante estudio fue de 40,7 µg/h. El dolor primario se presentó en el 41% como dolor mixto en visita basal. Los pacientes (n=116) mostraron mejoría en las distintas variables del EQ-5D. Movilidad: del 61% que presentaban problemas en la visita basal, se pasó al 45,7% en la visita final. Cuidado personal, 50,0% visita inicial vs. 34,8% visita final. Actividades cotidianas, 88,0% visita basal, vs. 60,9% visita final. En cuanto al dolor y al

malestar, 99% mostraron problemas en la visita basal, en la visita final, sólo el 69,6%. La EVA del paciente dentro del EQ-5D, media de 66,2 en la visita basal vs. 32,2 en la visita final. Referente al BPI, hubo reducción del 50% en la media de la puntuación en relación a la severidad del dolor. Calidad del sueño (% de pacientes que se despertaba por dolor) descenso significativo entre la visita basal (73,7%) y la del mes 1(39,0%), visita final (22,2%). Porcentaje de pacientes que les costaba iniciar el sueño por dolor, visita basal (76,8%), mes 1(40,0%), y visita 3(25,9%). Grado de satisfacción bueno y muy bueno del 81% de los pacientes al cabo del mes 3. Análisis de seguridad, sobre la población (131 pacientes). 14 reacciones adversas descritas, la gran mayoría relacionadas con trastornos gastrointestinales, 9 en total, 5 vómitos, 3 náuseas y 1 estreñimiento. Otras reacciones adversas: eritema, prurito, anemia, mareo y astenia, observándose cada una de ellas únicamente en una ocasión. **Conclusiones:** La Buprenorfina Transdérmica, mejora la calidad de vida de los pacientes y demuestra ser efectiva y segura para el alivio del dolor crónico oncológico.

P-163

ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO

ONCOLÓGICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS, EN EL CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA (CST)
Remedios Blanco Guerrero (1), Mercè Capo Pallàs (2), Anna María Libran Oriol (3), Jordi Alfaro Gamero (1), Àngeles Arcusa Lanza (1), Luis Fernández Morales (1), Emma Dotor Navarro, Teresa Jiménez Roger (3), Mireia Llonch Masriera (2), Aleydis Pisa Gatell (1).

(1) Servicio de Oncología Médica. Institut Oncològic del Vallès.
(2) Servicio de Geriatria. Consorci Sanitari de Terrassa. (3) Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Consorci Sanitari de Terrassa.

Introducción y Objetivos: Los ancianos con cáncer son una población especial debido a sus comorbilidades, deterioro funcional y un soporte social a menudo insuficiente. Es necesario integrar a oncólogos, geriatras, equipos de paliativa (EP) y psicólogos en su cuidado. Hemos diseñado un modelo multidisciplinar de atención (MMA) y analizado prospectivamente sus resultados. **Objetivos:** 1) Evaluar la aplicabilidad del modelo; 2) Estimar su impacto en las decisiones terapéuticas; 3) Detectar síndromes geriátricos; 4) Describir los síntomas en los pacientes no tributarios de tratamiento oncoespecífico. **Materiales:** Hemos recogido prospectivamente los datos de pacientes mayores de 69 años y diagnosticados de tumores sólidos en el CST, entre

el 1/3/08 y el 28/2/09. Se han excluido el cáncer superficial de vejiga y el carcinoma cutáneo basocelular. El MMA contemplaba: Los pacientes desestimados para tratamiento oncológico específico por los Comités de Tumores se remitían directamente al EP. El resto se dividían en dos grupos: los mayores de 79 años se remitían a una Valoración Geriátrica Integral (VGI) previa a una decisión terapéutica. Los de 70-79 años cumplimentaban un test de fragilidad validado, y sólo si era positivo eran referidos para VGI. Cada semana se reunía un comité de Onco-geriatria para discutir los pacientes incluidos en el MMA.

Resultados: Se han recogido 320 casos. Se presentará el porcentaje de casos incluidos en el MMA, y las causas de pérdida de casos. Se analizará: 1) la proporción de enfermos referidos directamente al EP; 2) el número de VGI realizadas; 3) la concordancia entre los resultados del test de fragilidad y la VGI; 4) el impacto de la VGI en el planteamiento terapéutico; 5) los síndromes geriátricos detectados; y 5) la prevalencia de síntomas en los pacientes referidos directamente al EP.

Conclusiones: El MMA de los ancianos con cáncer es factible y necesario para un adecuado planteamiento terapéutico, para detectar síndromes geriátricos, y para un abordaje sintomático precoz.

P-164

LA REINSERCIÓN LABORAL EN EL ENFERMO CON CÁNCER

Raquel Molina Villaverde*, Jaime Feliu**, Alejandro Villalba**, Ana M^a Jiménez***, Andrés Redondo**, Belén San José**, Melchor Álvares-Mon*, Manuel González-Barón**.

*Servicio de ESI/Oncología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción y Objetivos: La actividad laboral se considera una de las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. A pesar de ello es un aspecto que ha recibido poca atención en general, y en nuestro país, en particular. En este estudio se analiza la reinserción y adaptación al entorno laboral en una cohorte de pacientes con cáncer para tratar de identificar qué factores influyen en el proceso.

Materiales: Se analizaron 31 variables en 347 pacientes consecutivos y se elaboró un "Índice Predictivo de Actividad Laboral" basado en los coeficientes de regresión obtenidos para cada variable.

Resultados: La mayor parte de los pacientes (85%) estuvieron inactivos tras comenzar el tratamiento del tumor. Una vez terminado éste, el 41% de los entrevistados se mantuvo de baja laboral. Se identificaron como factores predictivos independientes para la actividad laboral al comienzo del tratamiento una edad menor de 45 años, el no recibir quimio-

terapia y el régimen laboral autónomo. Sin embargo, tras su finalización fueron significativos una edad menor de 45 años, el tener una remisión completa de la enfermedad y la ausencia de secuelas. La mayoría de los pacientes contaron a sus compañeros y/o jefes que tenían un tumor maligno y no habían percibido cambios en su ambiente laboral.

Conclusiones: Éste es el primer estudio realizado en nuestro país sobre la actividad laboral en una muestra grande de enfermos neoplásicos, lo que permitió la realización de un análisis multivariante y la elaboración de un “Índice Predictivo de Actividad Laboral” para obtener a priori una estimación de la posibilidad de reincorporación laboral en los pacientes que han acabado el tratamiento de la enfermedad y así ayudar a identificar aquellos factores que pueden ser controlables. Es fundamental promover la investigación en este campo y establecer los mecanismos necesarios que faciliten este proceso mediante equipos multidisciplinares.

P-165

META-ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE HIERRO ENDOVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA, EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TRATADOS CON AGENTES ERITROPOYÉTICOS (EPO)

José Antonio García Erce*, Manuel Muñoz Gómez**, Juan Lao Romera***, Cristina Fernández Pérez****.

*Unidad de Medicina Transfusional y Aféresis Servicio Regional de Hematología y Hemoterapia Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. **Medicina Transfusional. GIEMSA. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ***Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario “Miguel Servet”. Zaragoza. ****Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la administración de hierro endovenoso (FeEV) frente a práctica estándar (vía oral o no intervención) para el tratamiento de la anemia, en pacientes oncológicos tratados con agentes eritropoyéticos (EPO).

Materiales: Revisión sistemática. Se realizó una búsqueda de ECAs publicados que comparaban la administración de FeEV vs terapia estándar (oral o no intervención) con intención de tratar con EPO a pacientes con cáncer, tratados o no con quimioterapia. Las variables de eficacia fueron: necesidad de transfusión y respuesta hematológica (incremento de 2g/dL y/o alcanzar 12 g/dL de Hb). Las de seguridad fueron: efectos adversos graves (fenómenos tromboembólicos) y mortalidad. El efecto para cada estudio y conjunto fue la reducción absoluta del riesgo (RAR), riesgo relativo (RR) y número de pacientes a tratar para

evitar un evento (NNT) con intervalos de confianza del 95% (IC95%), según el método de efectos aleatorios de Der Simonian and Laird. La existencia de heterogeneidad, se evaluó con la prueba Q de Cochran y el cálculo del I². Se realizó un análisis de sensibilidad. Se utilizó el programa Review Manager ver 5.0.

Resultados: Los artículos incluidos fueron 5. Respecto a la necesidad de transfusión se encontró una reducción relativa del riesgo conjunto del 52% (RR conjunto 0,48; IC95%: 0,32-0,73; p < 0,001) y un NNT de 17, sin detectar heterogeneidad entre los estudios (p=0,70). Se encontró un 49% de incremento relativo de la respuesta hematológica (p<0,001). En cuanto a seguridad no se observaron diferencias significativas en efectos adversos graves (RRconjunto 1,08;p=0,74) ni mortalidad (RRconjunto 1,30;p=0,32).

Conclusiones: El meta-análisis muestra que la administración de FeEV concomitante a la administración de EPO en pacientes oncológicos es más eficaz que la práctica estándar (nivel de evidencia I), no detectando diferencias en seguridad.

P-166

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO

Eugenio Palomares García, Ana Blasco Cordellat, María José García Salom, Nieves Del Pozo Alonso, Sara Blasco Mollá, Patricia Olmo Ortega, Vega Iranzo González-Cruz, Cristina Caballero Díaz, Alfonso Berrocal Jaime, Carlos Camps Herreros.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario (HGUV). Valencia.

Introducción y Objetivos: El estado de malnutrición aparece entre el 15-40% de los pacientes con cáncer en estadios iniciales y hasta en un 80-90% en las fases avanzadas. En hospitalizados la prevalencia es del 40%. El objetivo del estudio es la valoración nutricional del paciente oncológico hospitalizado.

Materiales: Se analizaron parámetros clínicos y analíticos de 192 pacientes ingresados en Oncología del HGUV entre Noviembre 2008 y Abril 2009. Se valoró el estado nutricional mediante antropometría, impedanciometría, pliegue tricípital, perímetro del brazo, pérdida de peso en tres meses anteriores y la encuesta de valoración global (VG) del estado nutricional.

Resultados: Se analizan 192 pacientes, 134, varones y 58, mujeres. La edad mediana 63 años (20-89). El 17,5% presentaron pérdida de peso en los 3 meses anteriores de 5-10% y un 40,2% de > del 10%. El 38% presentó adecuado estado nutricional (VG – grupo A), el 40,1% estaba en

riesgo o en mal nutrición moderada (grupo B) y el 21,9% presentaban malnutrición severa (grupo C). Por IMC sólo un 10% presentaba bajo peso. Clasificados en grupos de riesgo de malnutrición según diagnóstico, el 53,6% pertenecían al grupo de bajo riesgo, el 17,2% de riesgo medio y el 29,2% de alto riesgo. Un 49% estaban en progresión de enfermedad y 61,1% eran metastásicos. De 108 pacientes, la albúmina mediana 3,4 (2,1-4,6) con valores <3,1 en el 40,7%. De los malnutridos (B + C), el 62,9% eran estadios avanzados y 48,7% estaban en progresión. Se presentarán datos de correlación de albúmina con parámetros antropométricos.

Conclusiones: En nuestros pacientes el 62% presentaba algún grado de malnutrición según la VG y requirieron una intervención nutricional específica. Sólo el 29,2% tenían tumores considerados de riesgo alto de malnutrición. El IMC no refleja de manera fiable el estado nutricional del paciente oncológico.

P-167

INCIDENCIA DE LA EMESIS INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA (EIQ), TRAS LA QUIMIOTERAPIA ALTA Y MODERADAMENTE EMETÓGENA EN LA ERA DE LOS INHIBIDORES DE NK-1. PERCEPCIÓN VERSUS REALIDAD

Margarita Majem(*), Estela Moreno(#), Javier Pérez(*), Nuria Calvo(*), Anna Feliu(#), Ignasi Gich(%), Ariadna Tibau(*), M^a Antonia Mangues(#), Agustí Barnadas(*).

(*Servicio de Oncología médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (#) Servicio de farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (%) Servicio de epidemiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Introducción y Objetivos: Los médicos y enfermeras infraestiman la incidencia de la EIQ tras la quimioterapia altamente emetógena (QAE) y moderadamente emetógena (QME) (Grumberg, Cancer 2004;100:2261-8;Erazo Valle, Curr Med Res Opin 2006;22:2403-10). El objetivo de nuestro trabajo es evaluar si la percepción de la EIQ tras la introducción de aprepitant de los facultativos en su práctica es más cercana a la realidad de los pacientes.

Materiales: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo, realizado en pacientes que recibían su primer ciclo de quimioterapia. Los facultativos (oncólogos y enfermeras) estimaban la incidencia de la EIQ aguda y retardada tras la primera administración de Quimioterapia. Los pacientes completaban un diario que recogía los episodios de vómitos, la evaluación de náuseas y el uso de antieméticos de rescate. Las tasas de EIQ observadas en los pacientes se compararon con las predicciones de los facultativos.

Resultados: Se incluyeron 29 facultativos y 95 pacientes (86,3% recibían QAE y el 13,7% QME). Los pacientes tratados con QAE que recibieron aprepitant presentaron un 14,3% y un 2,4% de náuseas y vómitos agudos, y un 14,3% y 7,1% de náuseas y vómitos retardados, respectivamente. La percepción de los facultativos de la EIQ tras QAE fue muy similar a la observada en los pacientes. Los pacientes tratados con QME presentaron un 22,2% y un 0% de náuseas y vómitos agudos, y un 33,3% y 22,2% de náuseas y vómitos retardados, respectivamente. El 100% de los médicos y enfermeras infraestimaron la incidencia de náuseas agudas y de las náuseas y vómitos retardados tras la QME en un 15%, 28% y 18%, respectivamente.

Conclusiones: Añadir Aprepitant en la prevención de la EIQ tras la QAE mejora el control de la EIQ que es percibido adecuadamente por los facultativos. Sin embargo, los facultativos infraestiman significativamente la incidencia de la EIQ tras la QME. Reducir la incidencia de la EIQ continúa representando un reto en nuestra práctica clínica, y debemos ser conscientes de su incidencia real.

P-168

LARGOS SUPERVIVIENTES EN CÁNCER DE PULMÓN (LSCP): ANÁLISIS DE 144 PACIENTES EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Laura Esteller García, Ramón Palmero, Ernest Nadal, Isabel Brao, Joana Saldaña, Margarita Romeo, Ana Montes, Ricard Mesía, Josep Ramón Germà, Felipe Cardenal. Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona.

Introducción y Objetivos: El seguimiento planificado de supervivientes al cáncer es un objetivo del "2008 ASCO-ESMO Consensus Statement on Quality cancer care". Con los avances en el tratamiento del cáncer de pulmón es una población creciente, pero la información sobre su cuidado es limitada. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas y tratamiento de una cohorte de LSCP.

Materiales: Desde 2003, hemos identificado prospectivamente a pacientes con CP vivos a más de 3 años del diagnóstico. Los datos demográficos, características clínicas, tratamiento y seguimiento se recogieron de las historias clínicas. La comorbilidad basal se midió con el índice de comorbilidad simplificado (SCS) (Colinet).

Resultados: 144 pacientes(p) fueron identificados como LS. Las características clínicas basales fueron: edad mediana 59 años (rango 33-81); sexo(hombre/mujer) 129/15p; índice de Karnofsky (100-90/80-70/<=60/ND) 73/53/1/17p; tabaquismo (activo/ex/nunca) 63/73/8p; índice SCS

(0-7/8-9/10-11/=>12/ND) en 55/66/5/15/3p. Características tumorales: histología (adenoca/escamoso/célula grande/NOS/CPCP) 36/45/8/28/25p; estadio CPCNP (I/II/III/IIIB/IV) 42/9/25/37/6p; estadio CPCP (EL/EE) 24/1p. Primer tratamiento fue n (%):cirugía 69 (47,9), radioterapia radical 8 (5,6), quimioterapia 8 (5,6) o quimio-radioterapia 6 (4,2) neoadyuvante, quimioterapia 19(13,2) o radioterapia 12(8,3) adyuvante, quimio-radioterapia concomitante 47 (32,6), quimio-radioterapia secuencial 14 (9,7), quimioterapia paliativa 5 (3,5). La mediana de seguimiento fue de 73 meses. A fecha del análisis había n (%): recidivas 27 (18,7); segundos tumores 15 (10,5); éxitus 11 (7,6%) siendo recidiva/segundo tumor 6/5p.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los LSCP son jóvenes, con bajo índice de comorbilidad basal y elevado riesgo de segundos tumores. Es necesaria más investigación sobre el cuidado planificado de esta población.

P-169

PAPEL DEL ABORDAJE NUTRICIONAL EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DEL PACIENTE TERMINAL : ACTIVIDAD DE LA PLANTA DE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA ENTRE 2005 Y 2008

Carmen Beato Zambrano *, Isabel Aragón Manrique *, Juan Manuel García de Quirós Muñoz **, Fernando Henao Carrasco *, José Luis Herrero Burgos *, Cristina Campos Martín **, Juan Antonio Virizuela Echaburu *, Manuel Codes Manuel de Villena*.

Servicio de Oncología Médica. HUV Macarena (1) Servicio de Endocrinología y Nutrición (2).

Introducción y Objetivos: El papel de la nutrición artificial en la Oncología paliativa es controvertido, y la bibliografía referente, escasa. En ocasiones prevalece la contraindicación de la nutrición enteral y parenteral en el paciente terminal, otras veces, se contempla su papel en el control de los síntomas hambre y sed. Describimos el abordaje nutricional especializado realizado en nuestra planta de hospitalización entre 2005 y 2008, de modo interdisciplinar, en colaboración con el Servicio de Endocrinología y Nutrición (SEN) y la Unidad de Cuidados Paliativos. A través de esta experiencia, pretendemos contribuir a la generación de un perfil del paciente candidato.

Materiales: Es un estudio cuantitativo descriptivo. Analizamos un total de 2340 pacientes valorados durante cuatro años, se analizan en profundidad 145, mediante el programa SPSS versión 13.0.

Resultados: Entre enero de 2005 y diciembre de 2008 se atendió en nuestra planta de hospitalización a una media de 585 pacientes/año. Una mediana de 36 pacientes/año requirió valoración nutricional especializada por el SEN. De ellos, un 82% se encontraban en situación paliativa. La distribución mediana por sexos fue de un 74,6% de varones frente a un 25,6% de mujeres, con una edad mediana de 62 años. La distribución por patologías se detalla en la tabla 1. La distribución por intervención nutricional en la tabla 2. De aquellos que recibieron cuidados nutricionales no ordinarios (NE, NP), un 87,2% eran pacientes paliativos. El motivo mayoritario para establecer NP fue la obstrucción intestinal maligna (OIM) (66,4%). En la NE, la estenosis esofágica (40,6%), seguida de obstrucción ORL (23,5%) fueron mayoritarias. La supervivencia mediana de los pacientes subsidiarios de NP fue de 27 días, el control del hambre y la sed fue satisfactorio.

Tabla 1. Modo de compatibilidad.

Cáncer gástrico	14.07
Cáncer gástrico	14.07
Cáncer colonrecto	14.07
Cáncer esófago	7.18
Otros Ca. Digestivo s ¹	9.84
Cáncer pulmón	15.03
Cáncer ORL	13.76
Cáncer ginecológicos	6.88
Linfomas	3.92
Cáncer urológico	3.26
Miscelánea ²	11.09

Tabla 2. Modo de compatibilidad.

AÑO	2005	2006	2007	2008
TIPO DE INTERVENCIÓN				
Nutrición oral (NO)	63.7	70.1	62.2	48.1
Nutrición enteral (NE) PEG ¹ Gastrostomía / yeyunostomía	5.6	9.1	16.2	14.7
Nutrición enteral SNG ²	13.9	9.1	5.4	3.4
Nutrición parenteral (NP)	16.9	13.5	16.2	33.8

Conclusiones: La decisión de instaurar nutrición NE o NP en un paciente paliativo debe individualizarse y hacerse bajo un enfoque multidisciplinar. Se requieren estudios que aclaren el valor de esta intervención en el control de síntomas.

P-170

PICCS EN ONCOLOGÍA: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ A LOS PORT-A-CATHS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL INFANTA SOFÍA

César Gómez Raposo*, Ana Isabel García Matanzo**, Inmaculada Díaz Asenjo**, Hortensia Lanje López**, Elena Jiménez Calvo**, Alfredo López Riejos**, Jesús Isidro López**, María Ángeles Plaza Sanz**, Caridad Miguel Gómez**, Enrique Casado*.

* Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Enfermería Hospital de Día Médico. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Introducción y Objetivos: La disposición de accesos venosos adecuados en el paciente oncológico representa una cuestión de suma importancia. Los catéteres centrales de inserción periférica (PICCs) pueden suponer una alternativa que los reservorios subcutáneos. Nuestro objetivo es presentar la experiencia de nuestro centro con el uso de PICCs en pacientes en tratamiento antineoplásico en un estudio observacional prospectivo a un año.

Materiales: Se realizó un seguimiento de todos los PICCs implantados en pacientes oncológicos adultos en el Hospital Infanta Sofía. Se analizaron las características clínicas de los enfermos, las complicaciones asociadas, el motivo de retirada, y el grado de satisfacción del paciente así como un análisis coste-eficacia.

Resultados: Catorce PICCs fueron implantados durante el estudio y se siguieron durante un total de 987 días-catéter (media 70,5; 1-205 días). Las características de los pacientes, las complicaciones asociadas y el motivo de retirada se muestran en las tablas 1, 2 y 3, respectivamente. La edad media de los pacientes fue 57,8 años, y la mitad recibieron tratamiento adyuvante. No hubo complicaciones graves y ninguna infección del catéter. En dos pacientes se retiró el PICC por complicaciones asociadas (trombosis, oclusión), y en otro se produjo una retirada accidental. El 65 % de las complicaciones ocurrieron durante la primera semana, siendo la más frecuente la aparición de flebitis (43%), y se resolvieron con medidas sencillas. La encuesta de satisfacción revela un grado de confianza y seguridad creciente durante los meses de tratamiento. Finalmente, el análisis preliminar de coste-eficacia resulta favorable al empleo de PICCs en pacientes seleccionados frente al uso de reservorios subcutáneos (tabla 4).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes Con PICC.

Características	N (14)	%
Edad media	57.85	
Edad por cuartiles		
≤ 46 años	4	28
> 46 a ≤ 57 años	4	28
> 57 a ≤ 68 años	3	21
> 68 años	3	21
Sexo		
Hombre	3	21
Mujer	11	78
Tipo de cáncer		
Sólido	12	86
Hematológico	2	14
Cáncer primario		
Mama	6	43
Gastrointestinal/colorrectal	3	21
Linfoma	2	14
Pulmón	2	14
Melanoma	1	7
Enfermedad metastásica	7	50
Indicación de PICC		
Quimioterapia	13	93
Nutrición parenteral	1	7
Tratamiento antibiótico sistémico*	4	28
Quimioterapia en el mes previo a inserción	7	50
Tratamiento con corticoides > 1 semana	0	0

* Incluye antibioterapia sistémica por infecciones relacionadas con el PICC o por otra indicación.

Tabla 2. Complicaciones asociadas al PICC.

Características	N (14)	%
Infección del catéter	0	0
Flebitis	6	43
Trombosis	1	7
Oclusión	1	7
Rotura	0	0
Retirada accidental	1	7
Hematoma post-punción	2	14

Tabla 3. Causas de retidad del PICC

Características	N (14)	%
Complicaciones del catéter	2	14
Infección	0	0
Trombosis	1	7
Oclusión	1	7
Éxito	1	7
Retirada accidental	1	7
Fin del tratamiento	1	7
Total	5	35

Tabla 4. Costes asociados a dispositivos tipo picc y reservorio Subcutáneo.

	Costes (\$)
PICC	
Catéter	129
Radiografía de tórax	97
Sobrecarga equipo enfermería (1 hora)	175
Total	401
PORT-A-CATH colocación periférica	
Catéter	951
Sala angiografía	1314
Radiografías	154
Suministros	301
Equipo radiológico	733
Guía fluoroscópica	100
Total	3553
PORT-A-CATH colocación quirúrgica	
Preoperatorio	108
Suministros	246
Anestesia y otros fármacos	122
Quirófano ambulantes	1147
Sala de recuperación	213
Equipo cirugía	1050
Equipo anestesia	400
Radiografía de tórax	97
Porta subcutáneo	913
Total	4296

Conclusiones: Los PICCs son dispositivos eficaces y seguros en pacientes oncológicos seleccionado, y representan una alternativa a la implantación de otras vías centrales, más invasivas y con mayores complicaciones potenciales

P-171**PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES TRATADAS POR TUMORES GINECOLÓGICOS**

Laura Vidal Boixader, Camil Castelo-Branco, Marta Boillos Fernández, Pere Gascón Vilaplana.
ICMHO, Sección Ginecología Oncológica, Hospital Clínic Barcelona.

Introducción y Objetivos: El diagnóstico y los tratamientos oncológicos para mujeres afectas de tumores ginecológicos conllevan secuelas que impactan de forma negativa en la calidad de vida de éstas. Especialmente los asuntos relacionados con la recuperación sexual de la mujer han recibido muy poca atención e investigación clínicas.

Materiales: Pacientes y métodos: Cuarenta mujeres afectas de cáncer de ovario (n=25), endometrio (n=5) y cérvix (n=10) completaron el cuestionario sobre el Índice de desempeño sexual femenino (FSFI, 19 puntos) que consiste en un cuestionario validado de 19 preguntas que tratan sobre los siguientes parámetros: excitación, lubricación, deseo, dolor, orgasmo y satisfacción. Puntuaciones por debajo de 24 se consideran índices de pobre función sexual. Todas ellas habían acabado tratamiento como mínimo hacía 6 meses, estaban libres de enfermedad y eran sexualmente activas.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 52 años (rango 36-68). El 40 % de las pacientes se les había diagnosticado con un tumor en estadios iniciales I-II y el 60%, en estadios III-IV. El 83% de las pacientes presentaron puntuaciones por debajo de 24. Las alteraciones más frecuentes de la función sexual fueron: disminución del deseo (46%), y excitación (38%) y los parámetros menos afectados fueron la satisfacción (12%) y el dolor (4%). Solamente el 10% documentó alguna consulta a su ginecólogo/oncólogo y el uso de lubricantes de forma continuada.

Conclusiones: El tratamiento oncológico en las mujeres diagnosticadas de un cáncer ginecológico conllevan una elevada morbilidad sexual, la mayoría de las veces no documentada por las pacientes. Es necesario la evaluación sistemática de la función y la satisfacción sexual antes, durante y después del tratamiento oncológico para una mejor prevención y la posibilidad de ofrecer un posible tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

P-172**ANEMIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS AVANZADOS O METASTÁSICOS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTIVO. ESTUDIO EVOLUTION**

Carlos Camps Herrero*, Ana Mañas**, Vicente Valentin***, Antonio Anton****, Manuel De las Heras*****, Alfredo Carrato*****, Ana Casas*****.

*Oncología Médica, H.General, Valencia; ** Oncología Radioterápica, H U. La Paz, Madrid; *** Oncología Médica, Hospital 12 Octubre, Madrid; **** Oncología Médica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza; ***** Oncología Radioterápica, Hospital Clínico, Madrid; ***** Oncología Médica, H. General Elche, Alicante; ***** Oncología Médica, H. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y Objetivos: Evaluar la relación entre la concentración de hemoglobina y la calidad de vida, evaluada mediante la puntuación de la Escala Lineal Analógica (LASA), en pacientes anémicos con cáncer, en tratamiento oncológico activo de primera línea.

Materiales: Estudio de cohorte clínica prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes de 18 años o más con un diagnóstico confirmado de tumor sólido avanzado o metastásico (mama, pulmón, próstata o colo-rectal) en tratamiento oncológico activo de primera línea (radio y/o quimioterapia), hemoglobina (Hb) < 11g/dl, expectativa de vida de 6 meses, comprensión de lectura mínima y que consienten en participar, durante 2008. Se obtienen variables socio-demográficas, datos clínicos y de tratamiento. La calidad de vida, evaluada mediante la puntuación de la Escala Lineal Analógica (LASA), fue evaluada basal y a las 16 semanas. Se midió la calidad de vida global, la capacidad, la energía, el dolor la ansiedad y la depresión. Se ajustaron los datos con los modelos correspondientes. Se analizaron los datos con el programa SPSS ver. 15.0.

Resultados: Se reclutaron 298 pacientes, de 26 centros (58,4% hombres, edad media 63 años (DE 11)). El estadio más frecuente fue el IV (52,5%) El 67,3% fueron tratados para su anemia con EPO y el 41,7% fueron tratados con hierro. El 62,7% de los pacientes respondieron con Hb >1g/dL a las 16 semanas. Se encontraron directamente correlacionadas el incremento de Hb y la calidad de vida (p=0,003), la capacidad (p=0,035) y la energía (p=0,014) e inversamente correlacionadas la ansiedad (p=0,008) y el estado depresivo (0,005) en los 104 pacientes tratados con EPO a las 16 semanas.

Conclusiones: La calidad de vida se asocia al cambio absoluto de Hb tras 16 semanas de seguimiento en pacientes con tumores sólidos avanzados o metastásicos en tratamiento oncológico activo y tratados con EPO.

P-173

ANEMIA Y FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS AVANZADOS O METASTÁSICOS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTIVO. ESTUDIO EVOLUTION

Carlos Camps Herrero*, Ana Mañas**, Vicente Valentin***, Antonio Antón****, Manuel De las Heras*****, Alfredo Carrato*****, Ana Casas*****.

*Oncología Médica, Hospital General, Valencia; ** Oncología Radioterápica, Hospital Universitario La Paz, Madrid; *** Oncología Médica, Hospital 12 Octubre, Madrid; **** Oncología Médica, Hospital Miguel Servet, Zaragoza; ***** Oncología Radioterápica, Hospital Clínico, Madrid; ***** Oncología Médica, Hospital General Elche, Alicante; ***** Oncología Médica, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y Objetivos: Evaluar la relación entre la concentración de hemoglobina y el deterioro cognitivo, evaluado mediante el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, sufrido en pacientes anémicos con cáncer en tratamiento oncológico activo de primera línea.

Materiales: Estudio de cohorte clínica prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron pacientes de 18 años o más con un diagnóstico confirmado de tumor sólido avanzado o metastásico (mama, pulmón, próstata o colo-rectal) en tratamiento oncológico activo de primera línea (radio y/o quimioterapia), hemoglobina (Hb) < 11g/dl, expectativa de vida de 6 meses, comprensión de lectura mínima y que consienten en participar, durante 2008. Se obtienen variables socio-demográficas, datos clínicos y de tratamiento. La función cognitiva (Mini-examen Cognoscitivo (MEC) fue evaluada basal y 16 semanas. Se ajustaron los datos con los modelos correspondientes. Se analizaron los datos con el programa SPSS ver. 15.0.

Resultados: Se reclutaron 298 pacientes, de 26 centros (58,4% hombres, edad media 63 años (DE 11)). El estadio más frecuente fue el IV (52,5%). El 67,3% fueron tratados para su anemia con EPO y el 41,7% fueron tratados con hierro. El 62,7% de los pacientes respondieron con Hb >1g/dl a las 16 semanas. No se encontró diferencia significativa en la función cognitiva global pero si en las subescalas de la puntuación de orientación (p=0,031) y memoria (p=0,013) en los 50 pacientes respondedores y con Hb basal ³ 10g/dl.

Conclusiones: La función cognitiva no se encontró que disminuyera en pacientes con tumores sólidos avanzados o metastásicos en tratamiento oncológico activo y respondedores al tratamiento de la anemia con niveles de Hb basal ³10g/dL. El tratamiento de la anemia parece asociarse a mejoras en funciones cognitivas concretas como la orientación y la memoria en estos pacientes.

P-174

ESTUDIO ESTRELLA: INCIDENCIA E IMPACTO DEL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES

Pere Gascón Vilaplana (1), Andrea Viqueira (2), Gonzalo Fernández (2), María Luisa González (3), Eduardo Polo (4), Nieves Díaz (5), Feliciano Sánchez (6), María Isabel Blancas (7), Serafín Morales (8), Ángel Rodríguez (9).

(1) S. Oncología, H. Clinic, Barcelona. (2) Departamento Médico, Wyeth Farma. (3) S. Oncología, H. Virgen de la Arrixaca, Murcia. (4) S. Oncología, H. Ernest Lluch, Calatayud. (5) S. Oncología, H. San Juan, Alicante. (6) S. Oncología, H. Clínico, Salamanca. (7) S. Oncología, H. San Cecilio, Granada. (8) S. Oncología, H. Arnau de Vilanova, Lleida. (9) S. Oncología, H. de León, León.

Introducción y Objetivos: Los analgésicos opioides, fundamentales en el tratamiento del dolor, se asocian a múltiples efectos adversos entre los que destaca el estreñimiento. El objetivo de este estudio es conocer la incidencia, manejo clínico e impacto del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en la calidad de vida y en el uso de recursos en España.

Materiales: Estudio observacional multicéntrico realizado mediante revisión de historias clínicas y entrevista con el paciente. Se incluyeron pacientes con dolor oncológico (estrato DO) y con dolor crónico no-oncológico tratados con opioides. Se recogieron datos relativos a los 2 meses posteriores al inicio del tratamiento con opioides, incluyendo incidencia, manejo del EIO y respuesta a los tratamientos. Se determinó la calidad de vida mediante cuestionarios validados (CVE-20 y EQ-5D).

Resultados: Se incluyeron 744 pacientes con dolor (409 con DO), siendo varones el 49% y la edad media (DE) de 64 (13) años. El 65% de los pacientes (73% DO) recibieron profilaxis para el EIO. El 47% de los pacientes (45% DO) presentaron EIO en los dos meses posteriores al inicio del opioide. El EIO se trató con laxantes orales en el 79% de los pacientes (82% DO). El 36% de los pacientes (37% DO) no respondieron a laxantes orales, lo que se asoció a un incremento de intervenciones rectales (60% vs 0%), de utilización de recursos sanitarios y de los costes asociados (442€ vs 115€) comparado con los respondedores en el periodo de observación. La calidad de vida fue significativamente peor en los pacientes no respondedores.

Conclusiones: El EIO es un efecto adverso frecuente. A pesar utilizar laxantes orales como profilaxis y tratamiento del EIO, un 36% de los pacientes no obtuvieron respuesta, incurriendo en un elevado uso de intervenciones rectales y recursos sanitarios y empeorando su calidad de vida.

P-175

HOSPITALIZACION A DOMICILIO (HDOM) EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Andrea Tagliapietra, Carmen Hernández*, Carme Font, Marc Campayo, Jesús Aibar*, Montserrat Valverde, Nuria Borràs, Montserrat Muñoz, Noemí Reguart, Pere Gascón. *Servicio de Oncología Médica. * Unidad de Atención Integrada. Dirección Médica y de Enfermería. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.*

Introducción y Objetivos: El incremento en la supervivencia y la edad del paciente con cáncer condiciona mayor comorbilidad, número y duración de los ingresos hospitalarios. En Enero de 2008 iniciamos un programa piloto de Hospitalización a Domicilio (HDOM) con el fin de disminuir la estancia hospitalaria y/o sustituir el ingreso convencional en Oncología Médica (OM). Describimos la experiencia de este programa en los primeros 14 meses de funcionamiento.

Materiales: Criterios de inclusión: padecer un cuadro de agudización clínica que requiera ingreso en un hospital de agudos, mantener estabilidad clínica tras unas horas de observación, residir en el área geográfica de influencia del hospital y disponer de cuidador las 24 horas del día.

Resultados: Se valoraron 160 pacientes y un total de 87 (54%) fueron aceptados para HDOM lo que representó un 10.4% del total de admisiones en OM. Se trataba de 62 hombres (71%) con edad media de 62.6 años (sd 13.3). La procedencia de los pacientes fue: servicio de Urgencias 34 (39%), sala de Hospitalización 31 (36%) y Hospital de día 22 (25.3%). Los tumores más frecuentes fueron pulmón 30 (34%), origen digestivo 22 (25%), urológicos 13 (15%) y mama (13%). El principal motivo de ingreso fueron infecciones en 72 pacientes (83%) (42 respiratorias, 9 neutropenia febril sin foco, 7 fiebre de foco abdominal, 5 urinarias, 3 celulitis, 2 gastroenteritis, 2 fiebre sin foco, 2 abscesos cutáneos; tromboembolismo venoso en 6 (7%); toxicidad a quimioterapia 5 (6%) y control de síntomas en 4 (5%).

Un total de 7 pacientes (8%) requirieron reingreso al hospital: 3 por fiebre persistente, 1 síndrome de vena cava superior, 1 oclusión intestinal, 1 obstrucción de nefrostomía y 1 por disnea incontrolable.

Conclusiones: El programa HDOM resultó efectivo para tratar pacientes oncológicos que requieren ingreso hospitalario, especialmente para infecciones que requieren terapia parenteral.

P-176

LOS NIVELES ELEVADOS DE D-DIMERO PREVIOS AL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO SE ASOCIAN CON UN MAYOR RIESGO TROMBÓTICO

Marta Zafra Poves, Enrique González Billalabeitia, Elena Vicente, Elena García Martínez, Teresa García García, María Ángeles Vicente Conesa, José Antonio Macías

Cerrolaza, José Antonio López Oliva, Vicente Vicente García, Francisco Ayala de la Peña.

Servicio de Hematología y Oncología. Hospital G.U. Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y Objetivos: Los pacientes con cáncer asocian activación de la coagulación y presentan frecuentes eventos tromboembólicos (ETE). Se pretende evaluar el valor predictivo de ETE de la elevación de DD en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico ambulatorio.

Materiales: Se incluyen de forma prospectiva pacientes diagnosticados de cáncer, sin ETE previos, que inician tratamiento quimioterápico. Se registran parámetros clínicos (ECOG, Diagnóstico, tratamiento) y analíticos (Hb, Coagulación, FvW y DD) y se extraen muestras de plasma y suero. La determinación de DD se realiza por un test inmunológico en un coagulómetro automatizado (IL D-Dimer test, Instrumentations laboratory). Se selecciona como punto de corte la elevación de DD x 1.5 límite superior de normalidad. Se registran todos los eventos tromboembólicos.

Resultados: Entre Junio de 2007 y Abril de 2009 se incluyen 117 pacientes. 28 (24%) con enfermedad localizada y 89 (76%) con enfermedad avanzada. Los tumores más frecuentes fueron el CCR 27%, mama 25%, próstata 12% y pulmón 9%. El 21% asociaba tratamiento con antiangiogénicos. La mediana de edad es de 62 años y ECOG es 1. Se han presentado 18 eventos tromboembólicos (ETE), 11 trombosis venosas y 7 eventos arteriales. Los factores predictores de trombosis en el análisis univariante son: Hb <10 mg/dl ($p < 0.001$), ECOG >1 ($p < 0.001$), uso de EPO ($p = 0.024$), Fibrinógeno ($p = 0.03$), FvW elevado ($p = 0.048$) y DD elevado ($p < 0.001$) previos a la administración de quimioterapia. En el análisis multivariante la Hb <10 mg/dl ($p = 0.002$), ECOG >1 ($p = 0.04$) y DD elevado ($p = 0.029$) se asocian de forma significativa con mayor riesgo trombótico.

Conclusiones: Los niveles elevados de DD previos al tratamiento quimioterápico se asocian de forma independiente con un mayor riesgo trombótico.

P-177

USO DE HIERRO INTRAVENOSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Marta Martín Angulo, Brezo Martínez-Amores, María Laura Villalobos, José Luis López, Raquel Molina, Fátima Navarro, Mónica Arroyo.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción y Objetivos: La anemia supone la alteración

hematológica más frecuente en los pacientes oncológicos. La forma más frecuente es la anemia de trastornos crónicos que se agrava con los tratamientos de quimio/radioterapia y la ferropenia. Se ha recogido la experiencia de nuestro Servicio en el tratamiento por vía parenteral del déficit de hierro, con o sin anemia asociada, en pacientes en tratamiento quimioterápico.

Materiales: Estudio estadístico descriptivo del manejo y evolución de pacientes tratados con hierro parenteral. Se realizó perfil férrico a los pacientes, siendo candidatos al tratamiento aquellos con $IST \leq 20$. Se calculó la dosis requerida según la fórmula: $(Hb \text{ ideal} - Hb \text{ real}) \times 2.4 \times \text{peso}$, añadiendo 500 o 700 mg en función del sexo (depósitos basales). Se administró la cantidad total en una sola dosis tras prueba de tolerancia (25 mg) el día previo.

Resultados: Se presentan 18 pacientes (45 % mujeres y 55 % varones) con una mediana de edad de 52 años, 2 en tratamiento quimioterápico adyuvante y 16 metastásicos. Los niveles de hemoglobina oscilaban entre 7,6 y 12,6 g/dl. La media de dosis administrada fue 940 mg (500-1700). Se produjeron 2 reacciones de hipersensibilidad que se resolvieron con tratamiento esteroideo. De los 16 restantes, 5 (31,25 %) precisaron transfusión de CH en los 3 meses posteriores y 6 (37,5 %) tratamiento con eritropoyetina (media: 5 semanas). El 57 % experimentó elevación de los niveles de Hb ≥ 1 g/dl. El estado general (escala ECOG) mejoró en el 69 % de los pacientes.

Conclusiones: La reposición de hierro por vía parenteral es un tratamiento seguro y bien tolerado que mejora los niveles de hemoglobina y el estado general de los pacientes. En estos pacientes se ha observado una tendencia al descenso de los requerimientos transfusionales y del uso de factores eritropoyéticos que concuerdan con los publicados en la literatura.

P-178

EL TRATAMIENTO COMBINADO PARA LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS MEJORA LA CALIDAD DE VIDA

Beatriz Castelo Fernández, *Guadalupe Torres, *Ángela Palao, Andrés Redondo Sánchez, Álvaro Pinto Marín, Pilar Zamora Auñón, Enrique Espinosa Arranz, Víctor Moreno, *Beatriz Rodríguez Vega, Manuel González Barón.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz Madrid. *Servicio de Psiquiatría, Unidad de Psico-oncología. Hospital Universitario La Paz. Madrid*

Introducción y Objetivos: La medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer adquiere un interés creciente en el marco actual de la psicooncología. La calidad de vida está directamente relacionada con el bienestar psicológico

y el tratamiento psiquiátrico por depresión pueden mejorar algunos aspectos relacionados con ella.

Objetivo: Comparar la mejora de la calidad de vida en pacientes con cáncer y diagnóstico de depresión, tratados con dos diferentes estrategias de intervención.

Materiales: 72 pacientes diagnosticados de cáncer de colon, mama o pulmón no metastásico y con depresión mayor, fueron aleatorizados a dos grupos de tratamiento para la depresión: 39 al grupo de terapia combinada (farmacológica más psicoterapia) y 33 al grupo de tratamiento farmacológico. La principal medida de evaluación fue el cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con cáncer QLQ C-30. Este cuestionario está compuesto por 15 subescalas: 5 escalas funcionales (física, social, emocional, cognitiva y rol), 9 escalas sintomáticas (fatiga, dolor, náusea, problemas económicos, insomnio, diarrea, estreñimiento, pérdida de apetito y asfíxia), y salud general y calidad de vida global.

Resultados: Al comparar los dos grupos de tratamiento en las diferentes variables de calidad de vida, nos encontramos los siguientes resultados: A los tres meses se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) en todas las variables funcionales. En cuanto a las variables físicas, la terapia combinada mostró una reducción estadísticamente significativa en la variable dolor ($p = 0.02$). En cuanto a las variables salud general ($p = 0.02$), y calidad de vida global ($p = 0.007$), de nuevo se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Todas estas diferencias se mantienen a favor de la terapia combinada a las 24 semanas de tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento combinado para la depresión en pacientes con cáncer mejora de manera estadísticamente significativa, algunas áreas fundamentales de la calidad de vida. Esta mejora se mantiene durante, al menos, tres meses después de la finalización del tratamiento.

P-179

ESTUDIO PILOTO DEL USO DE METILFENIDATO EN EL MANEJO DE LA ASTENIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y TRATAMIENTO CON DOCETAXEL

Juan F. Cueva Bañuelos, Marcos Calvo Martínez*, Urbano Anido Herranz, Beatriz Bernardez Ferrán**, Jorge García González, Francisco Javier Barón Duarte, Carmen Areses Manrique, María Teresa Curiel García, Lucía Gayoso Couce***, Rafael López López.

*Servicio de Oncología Médica Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. * Psicólogo AECC-Oncología Médica C.H.U.Santiago ** Servicio de Farmacia, Unidad Farmacia Oncológica, C.H.U.Santiago, *** Investigación Clínica-Oncología Médica.*

Introducción y Objetivos: La astenia es frecuente durante tratamiento con quimioterapia, especialmente con Docetaxel. Metilfenidato (MFD) es un estimulante de SNC utilizado para la somnolencia relacionada con opiáceos. Los objetivos de este estudio son explorar seguridad y eficacia de MFD en el manejo de la astenia durante tratamiento con Docetaxel.

Materiales: Se incluyeron 10 pacientes con cáncer de mama localizado tratadas con quimioterapia basada en Docetaxel (9 TAC adyuvante, 1 ET neoadyuvante), si tras 1º ciclo presentaban astenia > EVA 3. Previamente se descartaron otras causas de astenia. Con consentimiento informado, cada paciente recibió 2 ciclos (2º y 3º) valorables para el estudio, uno con MFD (10 mg tras desayuno y comida); y otro sin MFD. La paciente antes del 4º ciclo decidía si continuaba con MFD. Se valoró la astenia mediante escalas numéricas EVA y FACT-F; distrés psicológico según HADS y calidad de vida global mediante sub-escala numérica de FACT-F.

Resultados: Todas las pacientes fueron analizadas para eficacia y seguridad. Una abandonó MFD por cefalea y ansiedad. Globalmente, MFD resulta superior a no MFD en EVA ($p 0.004$), FACT-F ($p 0.027$) y Calidad de Vida ($p 0.047$); sin diferencias ($p 0.297$) en distrés. Sin MFD ningún parámetro mejora tras tratamiento; con MFD todos mejoran (Tabla). 6 pacientes eligieron continuar MFD. 3 pacientes presentaron palpitaciones; 3 insomnio; 2 cefalea, reversibles al suspender MFD.

	CON MFD			SIN MFD		
	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p
Astenia EVA	5	3	0.003	5	5	0.168
Astenia FACT-F	17	13	0.025	15	15	0.144
Distrés	10	11	0.033	8	11	0.221
Calidad vida	5	4	0.021	4	6	0.210

Conclusiones: MFD reduce la intensidad de la astenia y su impacto en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama tratadas con Docetaxel, con efectos secundarios leves y transitorios. Estos datos deberían confirmarse con un estudio más amplio, preferiblemente randomizado.

P-180

REALIZACIÓN DE UNA ENCUESTA DE "ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA" (IADL) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE NUEVO DIAGNÓSTICO

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torrevieja-Salud.

Introducción y Objetivos: La encuesta de actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) es un método empleado

para evaluar las capacidades funcionales de los ancianos, en particular la autonomía física e instrumental. Posee sensibilidad adecuada para valorar deterioro mayor en ancianos.

Materiales: Estudio prospectivo de recogida de datos de pacientes nuevos mayores de 70 años atendidos en consulta de Oncología en un periodo de treinta días. Se completó encuesta de IADL generada por el paciente basada en una serie de ítems, valorados de 1 a 3 (tabla 1). El resultado final se calcula sumando todos los valores. Obtenemos resultados de 17 pacientes con una edad media de 77,4 años. Distribución por sexos: 10 hombres y 7 mujeres.

Tabla 1.

Preguntas	Respuestas
¿Puede usar el teléfono?	3- Sin ayuda 2- Alguna ayuda 1- Incapaz
¿Puede ir a lugares?	
¿Puede ir a comprar?	
¿Puede preparar comida o usar un microondas?	
¿Puede hacer sus tareas domésticas o trabajos manuales?	
¿Puede hacer la colada o llevarla a limpiar?	
¿Toma su medicina?	
¿Maneja su dinero o correo?	

Resultados: Distribución por tumores fue: tumor de origen digestivo en 9 pacientes, pulmón en 3 pacientes, mama en 2 pacientes y vejiga, ovario y melanoma, 1 paciente. Encontramos anormalidades en la encuesta (siendo una anormalidad significativa) en 9 pacientes, y 8 pacientes no presentaron ninguna anormalidad. De los 9 pacientes con alteración en la encuesta, 6 no recibieron tratamiento quimioterápico por considerarse inadecuados. No es objetivo de la presente recogida la valoración de respuesta o supervivencia.

Conclusiones: A pesar de no ser una escala validada en nuestro país y tener ciertas limitaciones (entre ellas que no cubre todas las actividades diarias y el entorno sociocultural) puede ser una herramienta válida a la hora de detectar pacientes con un deterioro importante, ayudándonos de esta manera en la toma de decisiones. Podría tratarse de una herramienta a emplear junto con la valoración del performance status.

P-181

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

José David Cumplido Burón, Carmen Navarro Ortiz, Juan Carlos Toral Peña.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Torre Vieja-Salud.

Introducción y Objetivos: La valoración global subjetiva (VGS) es un método de valoración nutricional del paciente oncológico basado en: historia clínica y exploración física, llegando a tres resultados: A (bien nutrido), B (moderadamente desnutrido o en riesgo de desnutrición) y C (severamente desnutrido). Objetivo: analizar la VGS en pacientes oncológicos.

Materiales: Estudio prospectivo de recogida de datos de pacientes atendidos en consulta de Oncología durante quince días. Se completó encuesta de VGS generada por el paciente basada en: historia clínica, cambios en peso, alimentación, actividad o dificultad en la alimentación, tumor, tratamiento y exploración física. El resultado final se calcula en base a una tabla que incluye todos los datos. Obtenemos 58 pacientes con una edad media de 64,4 años. Distribución por sexos: hombre, 33 (56%); mujer, 25 (44%).

Resultados: Cambios en el peso: ganancia ponderal en 15 pacientes (25.8%), estabilización en 12 pacientes (20.7%) y pérdida en 32 pacientes (53.5%). Apetito: mayor en 14 pacientes (24.1%), estable en 18 pacientes (31%), pérdida en 27 (46.5%). Presentaron disminución en sus actividades cotidianas 34 pacientes (58.6%); no alteración en 24 (41.4%). Dificultades en la alimentación: presentes en 37 pacientes (63.8%); ausentes en 21 pacientes (36.2%). En cuanto al valor medio de albúmina, este fue de 4.1 g/dl y la determinación de prealbúmina no se realizó de manera rutinaria. Presentaban alteraciones en la exploración física (pérdida de tejido adiposo, masa muscular, edemas y/o ascitis, úlceras o fiebre) un 50% de los pacientes.

Conclusiones: Tomando todos los datos los resultados fueron: VGS -A: buen estado nutricional en 33 pacientes: 57% VGS -B: malnutrición moderada o en riesgo de malnutrición en 20 pacientes: 35.5% VGS -C: malnutrición grave en 7 pacientes: 7.5% Los pacientes con una VGS de B, son los que más se beneficiarían de una intervención nutricional temprana. Es crucial esta valoración para una mejor coordinación entre Nutrición y Oncología.

Tabla 1: VGS.

Dato clínico	A	B	C
Edad	≤ 65	> 65	> 65
Pérdida de peso	< 5	5 - 10%	> 10%
Alimentación	Normal	Deterioro leve-mod	Grave
Deterioro actividad	No	Leve moderada	Grave
Dificultad ingesta	No	Leve moderada	Grave
Tratamiento	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
Pérdida adiposa	No	Leve moderada	Elevada
Pérdida muscular	No	Leve moderada	Elevada
Edemas /ascitis	No	Leve moderada	Importantes
Úlceras por presión	No	No	Si
Fiebre / corticoides	No	Leve moderada	Elevada
Albúmina	>3.5 g/dl	3 -3.5	< 3
Prealbúmina	>18 mg/dl	15-18	< 15

P-182

CORRELACIÓN ENTRE PULXIOXIMETRÍA Y GASOMETRÍA ARTERIAL BASAL

Francisco José Pascual Pla, Rosario Bosca Mayans*, Javier Lavernia Giner, Amparo Montemayor, Amparo Ferrandis, Dolores Sanfelix, Isabel Fuertes, Sonia Peñaranda, Amparo Gómez, Patricia Pérez.

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. Valencia Hospital Francesc de Borja. Gandia. Valencia.*

Introducción y Objetivos: La disnea es una sensación de dificultad para respirar, de origen pulmonar, cardíaco, circulatorio, químico, central y psicógeno. Pretendíamos valorar la correlación entre Pulsioximetría (Px) y Gasometría Arterial (GA) en Pacientes Oncológicos con disnea de origen pulmonar, y sin insuficiencia respiratoria, definida como valor de PaO₂ < 60 mmHg respirando aire ambiente.

Materiales: Estudio descriptivo y prospectivo realizado en 2008. Se incluyeron a 80 PO (50 varones). Tipo de tumor: en varones genitourinario, ORL, pulmón, LNH y digestivo y en mujeres, mama, ginecológico, LNH y ORL. En tratamiento activo el 40%, y como patologías asociadas: hipertensión arterial (62%), diabetes mellitus (43%) y OCFA (78%). Se realizó: toma de constantes (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación arterial con pulsioxímetro y temperatura), y cuando fue inferior a 90 mmHg, se realizó una GA. Factores que pueden alterar la fiabilidad del Px: anemia severa, movimiento (paciente agitado), luz ambiental intensa, mala perfusión periférica, ictericia, laca de uñas y pulso venoso.

Resultados: A todos con Sat O₂ > 85 % y se les realizó una GA, existía una correlación en los resultados del 100%; en los PO con una Sat O₂ < 85% y > 60%, al realizar la GA, la correlación fue del 92% (74 casos). En dos pacientes, la diferencia entre ambas técnicas fue > del 15%, uno por anemia severa (Hb de 6.1) y otro por hiperbilirrubinemia (Bb total de 18 mg/dl).

Conclusiones: La Px es incruenta, información instantánea y continua sobre O₂. Px, con Sat O₂ > 85% y si condiciones del paciente buenas, dado que correlación con GA era del 100%, podía no hacerse. La GA resulta más útil cuando la Sat O₂ es < 85%, y proporciona: pH, bicarbonato, exceso de bases. La Px y la GA, son técnicas complementarias que pueden utilizarse de forma simultánea cuando la Sat O₂ sea < 85% y/o la situación clínica lo requiera.

P-183

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ET) EN PACIENTES CON CÁNCER (C). REVISIÓN DE 63 CASOS

Javier Lavernia Giner*, M^a José Juan*, Salvador Blanch*, Pablo Lorente**, Nacho Romero*, Miguel A. Muñoz*, Vicente Guillem*.

**Servicio de Oncología Médica. **Unidad de Hematología. Fundación I.V.O. Valencia.*

Introducción y Objetivos: La asociación de ET y C fue descrita en 1869 por Trusseau. ET asociada a C son los episodios de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en enfermos con cáncer. Es más frecuente en enfermedad metastásica. Los ET son más frecuentes en adenocarcinomas productores de mucina y por localizaciones en cánceres de pulmón, ovario, páncreas, prostata, estómago y cerebro. Factores de riesgo independientes son la inmovilización prolongada/hospitalización, cirugía, quimioterapia (QT), catéteres venosos centrales (PAC), administración de EPO y uso de tamoxifeno y progestágenos. El 15% de los pacientes con cáncer padecerán ET durante la enfermedad. Presentamos un análisis descriptivo de 63 pacientes con C de diferentes localizaciones y estadios que presentaron TVP y/o TEP. Analizamos diferentes factores de riesgo.

Materiales: Revisamos 63 pacientes con C que presentaron TVP y/o TEP visitados en nuestro servicio entre Enero de 2007 y Marzo de 2009. Todos los casos de TVP/TEP fueron diagnosticados mediante técnicas de imagen (Eco Doppler o TC).

Resultados: La edad media es de 61.4 años (35-81). Distribución por patologías: cáncer de mama: 17,5%; tumores digestivos: 22,2%; tumores genitourinarios 23,8%; cáncer de pulmón 12,6%; otros (tumores cerebrales, melanoma, sarcomas, linfomas, etc): 23,8%. Histología de adenocarcinomas 23/63 (36,5%) y enfermedad activa en el momento de la ET el 82,5%. TVP en 47/63 (74,6%), TEP en 10/63 (15,9%), TVP+TEP en 6/63 (9,5%). La mayoría seguían algún tratamiento activo (68,2%). Los síntomas más frecuentes fueron edema (31,7%), dolor (22,2%), disnea (17,5%), otros síntomas (4,8%). Asíntomáticos o con síntomas mínimos 19/63 (30,2%). 16/63 pacientes (25,4%) portaban PAC, de ellos 6/16 (37,5%) presentaron TVP posiblemente relacionada con la presencia del PAC.

Conclusiones: La asociación ET y C es frecuente y más en casos de enfermedad activa. 1 de cada 4 pacientes estudiados eran portadores de reservorios. La ET se relacionó con más frecuencia con el diagnóstico de tumores urogenitales y digestivos, siendo los adenocarcinomas la histología más frecuente.

P-184

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA COLANGIOGRAFÍA

TRANSPARIETOHEPÁTICA EN PACIENTES CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A AFECTACIÓN TUMORAL HEPÁTICA

Iker López-Calderero, Purificación Estevez, Manuel Chaves Conde, Marta Benavent, María Atienza, Jesús Corral Jaime, Fátima Toscano, Rocío García-Carbonero, Luis Paz-Ares, Begoña Pérez-Valderrama.
Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y Objetivos: Describir las características de la población con obstrucción de la vía biliar secundaria a metástasis hepáticas o tumor primario local y las principales complicaciones del drenaje biliar paliativo mediante colangiografía transparietohepática.

Materiales: Cohorte retrospectiva de 65 pacientes con neoplasias malignas e ictericia obstructiva secundaria a la misma. La selección de los pacientes ha sido mediante el programa informático SIDCA (Gestor de Documentación Clínica). Inicialmente se describen las características de la población de estudio, y las principales complicaciones: bacteriemias, colangitis, fallo hepática, pancreatitis y dolor. Análisis realizado con SPSS v. 16.0.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes con mediana de edad de 71 años, principalmente varones (56,9%). La etiología más frecuente fue la neoplasia primaría de la vía biliar (30,8%), seguida del páncreas (21,5%) y del colon (20%). El adenocarcinoma fue la histología predominante (64,6%). El conducto que más se obstruyó fue el colédoco (42,6%) y la prueba diagnóstica más utilizada fue la ecografía (80%). La mediana de tiempo de colocación de drenaje fueron 10 días y de la implantación posterior de la prótesis definitiva 7 días. Todas las prótesis fueron metálicas. En el 50 % de los pacientes se produjo un descenso de la bilirrubina, tras colocación de la prótesis biliar, superior a 7,43 mg/ dl. Dentro de las complicaciones, el 50 % de los pacientes desarrolló bacteriemia y el 32 % colangitis, ambas causadas principalmente por bacilos Gram. negativos (81,25%). Dentro de las infecciones, las menos frecuentes fueron aquellas causadas por cocos gram positivos (12,5%) y hongos (6,25%) . Tanto la pancreatitis (10%) , el fallo hepático (4,2%), la formación de absceso (4,2%) y el dolor (6,3%) fueron poco frecuentes.

Conclusiones: Las principales complicaciones tras realizar el drenaje biliar por medio de colangiografía transparietohepática parecen ser infecciosas: bacteriemias y colangitis, siendo los bacilos Gram. negativos la etiología principal.

P-185

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTOS UNIFICADOS EN UN HOSPITAL

DE DÍA: UN PASO ADELANTE EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Esther Uña Cidón*, Fernando Cuadrillero*, Francisco López-Lara**.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ** Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción y Objetivos: La calidad de los cuidados (CC) de enfermería impacta decisivamente en la satisfacción del usuario. Existe relación directa entre grado de satisfacción de enfermería (GSE) con su labor y CC que brindan. Para mantener CC en Unidad es relevante evaluar GSE con medidas de mejora. Analizar GSE en nuestra Unidad de Hospitalización de Día (UHD) en relación con implementación de protocolos de tratamiento sistémico unificados (PTU).

Materiales: En 2007 emprendimos un proyecto en colaboración con enfermería mediante: elaboración de PTU; capacitación de enfermería para su comprensión y manejo; implementación del mismo con participación de enfermería en los procesos de cambio, detección de puntos susceptibles de mejora e información inmediata para corrección. Diseñamos estudio de intervención descriptivo transversal. Universo del estudio: enfermería en activo (n=5). Diseñamos encuesta con 16 items. Cada item puntuado de 1 a 3: totalmente o parcial acuerdo, total desacuerdo. El instrumento de evaluación fue realizado por personal médico.

Tabla 1. Encuesta de valoración de PTU

Encuesta	Puntuación		
1. Elemento facilitador del aprendizaje	1	2	3
2. Elemento facilitador del autorreciclaje	1	2	3
3. Elemento facilitador de la comprensión de las órdenes médicas	1	2	3
4. Herramienta útil para reducir el nº de errores de dosis, preparación, orden y programación de ciclos	1	2	3
5. Útil en proporcionar mayor sensación de capacitación profesional y seguridad al aplicar los cuidados	1	2	3
6. Aumento de autoconfianza	1	2	3
7. Percepción de mayor seguridad y confianza en el personal por parte del usuario	1	2	3
8. Facilitador del proceso de información enfermería - paciente	1	2	3
9. Garantía de la CC de enfermería oncológica	1	2	3
10. Contribuye a disminuir el estrés laboral	1	2	3
11. Aumenta la motivación oncológica permitiendo más tiempo/paciente sin aumentar los recursos humanos	1	2	3
12. Rentabiliza el tiempo de trabajo de enfermería	1	2	3
13. Reducen tiempo de espera desde llegada a la Unidad hasta la administración del tratamiento	1	2	3
14. Mayor percepción de iniciativa laboral o autonomía	1	2	3
15. Facilitador de los registros de cuidados de enfermería	1	2	3
16. Facilitador de la comunicación médico-enfermería.	1	2	3

Resultados: 100% total acuerdo en que implementación de PTU es elemento facilitador del aprendizaje, autorreciclaje, comprensión de órdenes médicas, herramienta útil para reducir número de errores (dosis, preparación, orden y programación de ciclos), proporciona mayor sensación de capacitación profesional y seguridad al aplicar los cuidados. 80% total acuerdo: aumento de autoconfianza, mayor seguridad y confianza en el personal por parte del usuario, facilitador de información enfermería-paciente, garantizan CC de enfermería, disminuyen estrés laboral, aumentan motivación, rentabilizan tiempo de trabajo permitiendo más tiempo/paciente sin aumentar los recursos humanos, reducen tiempo de espera desde llegada a Unidad hasta administración del tratamiento. Discrepancia en percepción de mayor iniciativa laboral: 20% total acuerdo.

Conclusiones: La implementación de PTU es valorada muy positivamente por el personal de enfermería oncológica de nuestra UHD, logrando alto grado de satisfacción y concordancia en mayoría de ítems evaluados. Continuaremos el proyecto mediante consolidación de PTU como estándar y evaluación resultados.

P-186

LA AUTOPSIA EN ONCOLOGÍA

Jaime Sanz Ortiz, Alfonso Martín Carnicero.
Servicio de oncología médica y cuidados paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Introducción y Objetivos: En el servicio de oncología se intenta obtener el estudio postmortem de los pacientes ingresados fallecidos en planta. Presentamos una revisión de las autopsias realizadas en el periodo 2002-2007.

Objetivos: Establecer el porcentaje de autopsias obtenidas. Conocer el porcentaje de necropsias solicitadas y no concedidas y analizar sus causas. Demostrar la relevancia de la autopsia en oncología médica.

Materiales: Justificación para solicitar la autopsia Es una auditoría del trabajo realizado. Establece la relación anatómo-clínico-radiológica. Descubre enfermedades no diagnosticadas. Confirma o desmiente las hipótesis propuestas en el proceso clínico. Completa el proceso de mejora continuada fundamental para la excelencia. Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre el número de autopsias concedidas desde el 1 de Enero del 2002 al 31 de Diciembre de 2007.

Resultados: 1042 pacientes fallecieron ingresados en el servicio de oncología entre 2002 y 2007. Se solicitaron 695 necropsias (67%) y se concedieron 347 (33%). No se autorizaron 324 autopsias (31%). **Discusión:** La concesión de la autopsia es un signo de satisfacción por la atención reci-

bida (medida de calidad de vida). No encontramos estudios similares que nos permitan establecer comparaciones. Falta concienciación para solicitar las autopsias en los servicios de Oncología. Las no solicitadas (31%) fueron por falta de atención continuada o imposibilidad emocional de pedir las en el momento de la muerte.

Figura 1.

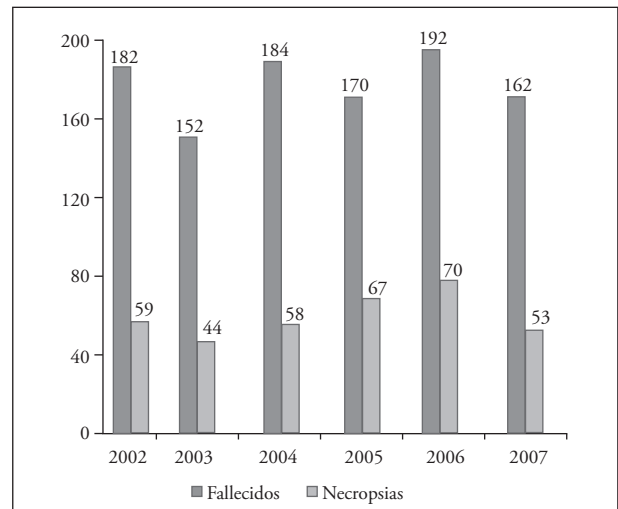


Figura 2.

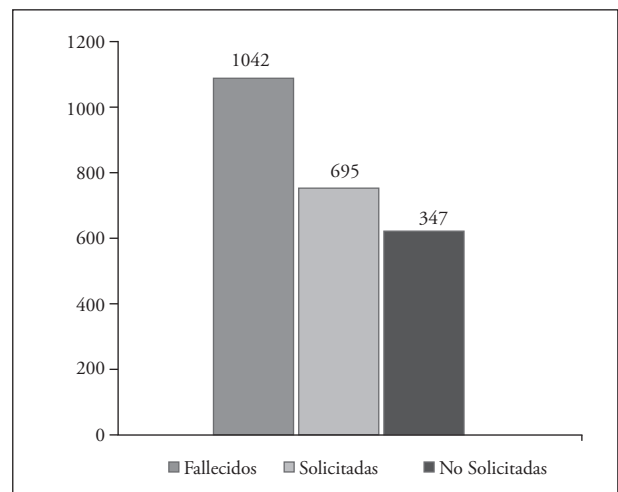
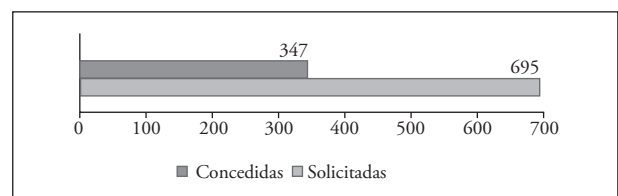


Figura 3.



Conclusiones:

1. Se solicitó la autopsia al 67% de los pacientes y se practicó en el 33% de los casos.
2. La autopsia es un indicador de calidad técnica y del grado de satisfacción percibido.
3. El estudio postmortem es un medio de confirmar la buena práctica clínica.
4. Su solicitud debe prepararse con antelación al fallecimiento del paciente.
5. Tenemos que mejorar nuestro porcentaje (30%) de no solicitudes.
6. Nuestro estudio nos ha permitido asimilar que las certezas y los juicios absolutos suelen ser relativos.

P-187

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OCTEÓTRIDO EN PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS: UN PROYECTO PILOTO DE ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA DE SANDOSTATIN® LAR®. PROGRAMA EN CASA

Ángel Agustín Segura Huerta *, Vanessa Pardo **, María Castro **, Miguel Catalá Bauset ***.

*Servicio de Oncología, Hospital Universitario La Fe. ** Enfermeras PROGRAMA EN CASA. Asistencia Domiciliaria, INNOVEX. *** Servicio Endocrinología Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Introducción y Objetivos: Se inició un programa piloto de administración domiciliaria de Sandostatin® Lar® llamado EN CASA. Destinado a pacientes con tumores neuroendocrinos y acromegalia. Enfermeras especializadas se desplazan al domicilio del paciente tras ser este informado por el médico. Presentamos los primeros resultados del programa.

Materiales: El consentimiento informado de los pacientes y la delegación escrita de los doctores son requisitos previos. Se ha respetado la normativa legal en cuanto a protección de datos. **ÁMBITO GEOGRÁFICO:** Sevilla, Huelva, Badajoz, Valencia y Castellón. Inicio en Noviembre 2008. Análisis datos en mayo 2009 44 pacientes (12 centros). 50% inicios de tratamiento. Se han realizado 84 visitas domiciliarias. De los 44 pacientes: 27 tienen patología endocrina (26 acromegalia, 1 tumor productor de TSH), 13 tumores endocrinos, 12 NET-GEP, 1 pulmonar, 4 con fistulas entero-pancreáticas. 40 doctores (29 endocrinos /11 oncólogos) habían participado. Se evalúa el programa con una encuesta anónima.

Resultados: Ninguno de los pacientes incluidos ha querido salir del programa.

- **Beneficio principal según los pacientes:** 59%: lo más beneficioso es el contacto directo con la enfermera, 36%: servicio profesional, 5%: confianza con la enfermera.

- **Beneficio principal según los médicos un 58%:** administración profesional y personalizada; 25%: mejor cumplimentación-control, 17%: satisfacción del paciente.
- **Razón para no entrar según los médicos:** el 45% por ser una persona de confianza, o el propio paciente (con experiencia previa) el que administra el fármaco; el 5% cree que no les gustara que vayan a su casa.

Conclusiones: Es una atención extrahospitalaria que brinda servicios de salud humanizados. Genera un impacto positivo real sobre los usuarios. Tanto los pacientes como los médicos tienen una valoración positiva del programa, por ello el programa EN CASA va a extenderse a todo el ámbito nacional. La implicación de los endocrinos es adecuada y creemos que es necesario una mayor difusión entre los oncólogos para incrementar su participación.

P-188

PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA APLICANDO EL ÍNDICE PAP SCORE

Elena María Brozos Vázquez, María Vieito Villar, Santiago Aguin Losada, María del Carmen Areses Manrique, Urbano Anido Herranz, Francisco Javier Barón Duarte, Jorge García González, Elena Gallardo Martín, Yolanda Vidal Insua, Rafael López López.

Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción y Objetivos: El índice PaP Score (Palliative Prognostic Score) ha sido validado en numerosos estudios como medida de estimación de supervivencia (a 30 días) en pacientes con cáncer avanzado en función de parámetros clínicos y analíticos. El objetivo del estudio es averiguar la aplicabilidad en nuestro medio del índice PaP Score.

Materiales: La muestra del estudio se compone de 50 pacientes ingresados en el Servicio de Oncología Médica de nuestro hospital durante 7 meses, diagnosticados de cáncer sólido avanzado o metastático que no hayan recibido tratamiento antineoplásico en el último mes y que se no prevea administrar por deterioro clínico. Se procede a la aplicación del índice PaP Score, clasificando a los pacientes en 3 grupos según su resultado (A, B o C) y se estudia la predicción de la supervivencia del mismo. Se analizan los datos con programa SPSS 11.5, usando el test estadístico chi-cuadrado para comparación de muestras no apareadas.

Resultados: Los estudios preliminares del estudio con 28 pacientes reclutados muestran una muestra heterogénea que se reparte en 3 grupos para la supervivencia estimada con test

PaP Score, y se compara con la supervivencia real observada. Se realiza análisis descriptivo de datos, calculando las frecuencias (media y mediana) y ante análisis estadístico de contraste tenemos una media en supervivencia real de 14,29 días, y una media de supervivencia estimada de 20,21 días ($p < 0,01$).

	Grupo PaP Score	Supervivencia real
1-3 semanas	A= 1 paciente	0 pacientes
4-11 semanas	B= 7 pacientes	4 pacientes
12-17 semanas	C= 20 pacientes	24 pacientes

Conclusiones: El índice PaP Score no ha demostrado validez como test predictor en la estimación de la supervivencia en pacientes de nuestra muestra, lo cual puede deberse a un pequeño tamaño muestral, así como una diferencia en los criterios de inclusión del estudio en comparación con los ensayos que lo han validado. No obstante, continúa la inclusión de pacientes y el análisis multivariante final aportará más información sobre los parámetros que se han de considerar válidos en la práctica clínica diaria.

P-189

SEDACIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO.

Miguel Berzosa Sánchez, Ana Blasco Cordellat, Patricia Olmo Ortega, Nieves del Pozo Alonso, Sara Blasco Mollá, Eugenio Palomares García, Mireia Gil Raga, Cristina Caballero Díaz, Vega Iranzo González-Cruz, Carlos Camps Herrero.
Servicio Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y Objetivos: Tras la polémica suscitada en 2004, la sedación paliativa constituye una opción terapéutica en el paciente oncológico terminal cuando fracasa el tratamiento médico. El objetivo del presente estudio es describir nuestra experiencia en el paciente oncológico ingresado.

Material: Seleccionamos los pacientes ingresados y fallecidos en nuestro servicio entre el 1/1/2008 y 31/1/2009 y realizamos con SPSS un análisis descriptivo de las siguientes variables: sexo, edad, tumor (origen e histología), estadio y actitud terapéutica al éxitus, procedencia o no desde UHD, duración del ingreso, existencia de síntoma refractario, sedación paliativa, obtención y firma del consentimiento informado y causa fundamental de muerte.

Resultados: Se analizaron 205 pacientes fallecidos en sala de Oncología: 69.8% varones, mediana de edad 68 años. 35.1% cánceres de pulmón (tumor más prevalente), 40% adenocarcinomas, 81.5% en estadio IV al éxitus,

sin tratamiento activo (65.9%). El 17.6% eran pacientes trasladados desde hospitalización domiciliaria (UHD). Duración media del ingreso 10 días. Requirieron sedación 82 pacientes (40%). El porcentaje de sedaciones fue similar entre el grupo de ingresados desde UHD (47%) y el resto (38.4%). Los síntomas refractarios descritos fueron: disnea (57.5%), dolor (21.3%), asociación de disnea con dolor o agitación (7.3%), distrés (5.1%), hemorragia (5%) y agitación (3.8%). Se solicitó consentimiento informado a los 82 pacientes (100%) y 73 (87.5%) firmaron un documento específico. La mediana del tiempo hasta el fallecimiento fue de 26 horas (rango 2 -72 h).

Conclusiones:

1. La sedación paliativa es una práctica aceptada por los médicos de nuestro servicio y se aplica de forma adecuada en la mayoría de casos que lo requieren.
2. Los síntomas refractarios más frecuentes son: disnea, dolor y la asociación de disnea con dolor o agitación, acorde con la literatura.
3. En el 87.5% de los pacientes el consentimiento informado queda reflejado en un documento específico.

P-190

TROMBOSIS VENOSA (TV) EN EL PACIENTE AMBULATORIO QUE RECIBE QUIMIOTERAPIA (QT)

Vanessa Ortega, Carme Font, Blanca Farrús, Begoña Mellado, Marc Campayo, Andrea Tagliapietra, Lidia Gaba, Dolors Tàssies*, Joan Carles Reverter*, Pere Gascón.
*Servei d'Oncologia Médica. *Servei d'Hemostàsia i Hemoteràpia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.*

Introducción y Objetivos: El tratamiento con quimioterapia (QT) se reconoce como factor de riesgo para trombosis venosa (TV) aunque no está establecido qué pacientes se podrían beneficiar de tromboprolifaxis profiláctica. Analizamos las características de los pacientes con cáncer y tratamiento ambulatorio con quimioterapia (QT) que desarrollaron TV.
Materiales: En Mayo de 2006 iniciamos un registro prospectivo observacional de pacientes consecutivos con TV asociada al cáncer.

Resultados: Entre Mayo de 2006 y Abril de 2009 se registraron 339 pacientes con TV y cáncer, 192 (57%) de ellos desarrollaron TV mientras recibían QT en régimen ambulatorio. Recibían QT paliativa 128 (67%) pacientes (65 hombres, 51%; edad 62 ± 11 años) con los tumores siguientes: pulmón 43 (34%), mama 22 (17%), colorrectal 16 (12%), ginecológicos 13 (10%), urológicos 12 (9%), digestivo no colorrectal 10 (8%). Presentaron tromboembolismo pulmonar (TEP) 57 (45%), trombosis venosa pro-

funda (TVP) 54 (42%), TVP asociada a catéter (TVPC) 11 (9%), trombosis de vena cava 5 (4%) y trombosis de venas cerebrales (TC) 1 (0.8%). Recibían QT neoadyuvante 26 (14%) pacientes (21 hombres; edad 58+ 11 años) con los siguientes tumores: Otorrinolaringológicos (ORL) 9 (35%), urológicos 4 (15%), pulmón 4 (15%), colorrectal 3 (11%), gastroesofágico 3 (11%), ginecológico 2 (8%), mama 1 (4%). Presentaron TVPC 12 (46%), TEP 8 (31%) y TVP 6 (23%). Recibían QT adyuvante 36 (19%) (16 hombres; edad 62+11.2 años) con las siguientes neoplasias: colorrectal 17 (45%), mama 10 (26%), pulmón 3 (8%), ovario 3 (8%). Presentaron TVP 21 (55%), TVPC 5 (13%), TEP 5 (13%) y TC 2 (5%).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con TV asociada a QT ambulatoria recibían tratamiento con finalidad curativa. La neoadyuvancia en pacientes portadores de catéter y la adyuvancia en pacientes con neoplasia colorrectal son de especial interés para realizar estudios prospectivos de incidencia y factores de riesgo de VT.

P-191

ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE VINOURELBINA (VNRO) ORAL EN EL DÍA +8 SIN CONTROL HEMATOLÓGICO

Vicente Carañana*, Óscar Juan*, Javier Garde*1, Cristian Gómez**, Ana Albert*, Javier Pérez***, Vicente Alberola*.

*Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. **Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Plana (Villarreal). ***ICO - Durán i Reynals, L'Hospitalet (Barcelona).

Introducción y Objetivos: La VNRO supone mayor comodidad para el paciente (pte). Uno de los esquemas más utilizados es su administración día 1 y 8 cada 21. Se realiza en el Hospital con control analítico previo. Nuestro objetivo es determinar la necesidad de realizar hemograma en el día +8, lo que mejoraría la calidad de vida de los pts

Materiales: Se ha analizado retrospectivamente las cifras hematológicas en los días 1 y 8 de 213 ciclos de 46 pts (47.8% hombres y 52.2% mujeres). Edad media 55 años (rango 27-84). Cáncer de mama metastásico en 20 pts y cáncer de pulmón en 26. 20 pts (43.5%) recibieron VNRO en monoterapia y 26 (56.5%) combinada con platino. 19 pts (41.3%) recibieron tratamiento combinado con quimioterapia y radioterapia. Un 26.6% había recibido tratamiento quimioterápico previo.

Resultados: En el día +1 de 213 ciclos se produjeron 15 retrasos (7%), 5 reducciones (2.3%) y 3 omisiones, todas por toxicidad hematológica. En el día +8 (objetivo del estudio) de 213 administraciones no se produjeron retrasos

ni reducciones. 13 omisiones (6 en cáncer de mama y 7 de pulmón), 4 fueron por motivos personales, 2 por progresión y 4 por toxicidad no hematológica. Solo 3 fueron por toxicidad hematológica (1.4%) y todos con cáncer de pulmón en tratamiento combinado con cisplatino y concomitante con radioterapia en el último ciclo (4°).

Conclusiones: La baja incidencia de toxicidad hematológica en el día +8 (1.4%) demuestra que no es necesario realizar hemograma ni acudir al hospital en ese día, pudiendo tomar la dosis en su domicilio. Solo sería necesario acudir al Hospital en caso de presentar alguna incidencia. La heterogeneidad de la muestra permite poner en evidencia que el comportamiento de la VNRO en el día +8 es similar en los dos tumores y en las combinaciones de tratamientos.

P-192

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUTROPENIAS FEBRILES (NF) EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN ONCOLOGÍA MÉDICA

María López Veloso, Noelia Carracedo, Sara Raposo, José Guerra, Luis Miguel de Sande*.

Servicio de Medicina Interna. Servicio de Oncología Médica, Complejo Asistencial de León.*

Introducción y Objetivos: La NF es una de las complicaciones más importantes en los pacientes oncológicos. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes ingresados con NF.

Materiales: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con NF entre enero-diciembre del 2008. Seleccionamos pacientes con: fiebre >38,3° en una toma o >38° en dos tomas separadas por una hora y recuento de neutrófilos absoluto <500/ml o <1000/ml con predicción de descenso < 500/ml en 48 horas.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes (9% de los ingresos) con edad media de 61 años (21-82). El 64,28% varones. Los neoplasias más frecuentes fueron pulmón 42%, mama 22,4% y gastrointestinal 16,4%. El 68,7% de los pacientes presentaban estadio IV. Un 13,5% habían tenido un episodio previo de NF. El 71,6% de las NF ocurrían con la primera línea de quimioterapia y el 37,3% con el primer ciclo. El tiempo medio entre la administración del tratamiento y la aparición de NF fue de 10,4 días. La media de neutrófilos fue de 403/ml y la duración media de la neutropenia fue de 3 días (1-8). Un 17,9% de los episodios de NF aparecieron durante el ingreso hospitalario y se usaron factores estimulantes de colonias en el 85%. Portaban catéter permanente el 4,5% de los pacientes. Presentaron bacteriemia un 9,4% (83% grampositivos) e infección urinaria el 24% (71% gramnegativos).

El 52% de los pacientes recibieron tratamiento monoterápico (43% piperacilina-tazobactam) y el 46% recibieron tratamiento combinado (68% cefalosporina + aminoglucósido). El 12% de los casos necesitaron cambio de pauta antibiótica. El 5,9% de los pacientes precisaron asociación con antifúngicos. La duración media del tratamiento antibiótico (intravenoso y oral) fue de 9,7 días. La estancia media hospitalaria fue de 8 días (2-31) y la mortalidad de 1,5%.

Conclusiones: La NF en los pacientes ingresados en Oncología Médica presentan un buen pronóstico gracias a la instauración de un tratamiento precoz y adecuado.

P-193

MANEJO HOSPITALARIO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DIAGNOSTICADOS DE COMPRESIÓN MEDULAR

María Laura Villalobos Leon, Marta Martin, Brezo Martínez-Amores, Verónica Gutiérrez*, Blanca Prieto, José Luis López, Raquel Molina, Fatima Navarro, Monica Arroyo.

*Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid; *Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.*

Introducción y Objetivos: La compresión medular (CM) es una urgencia oncológica poco frecuente (3-7%), en la que el pronóstico funcional está condicionado por la rapidez de diagnóstico e inicio de tratamiento. Presentamos la experiencia recogida en nuestro centro en los últimos años.

Materiales: Estudio estadístico descriptivo del manejo y evolución de pacientes oncológicos ingresados en nuestro Servicio entre enero/2006 y diciembre/2008 con diagnóstico de compresión medular.

Resultados: Se ha estudiado un total de 12 pacientes con una mediana de edad de 62.4 años, con neoplasias de base: 6 colorrectal, 2 próstata, 1 mama, 1 TOD y 2 pulmón. La distribución según el tratamiento en el momento de la CM era: 25% debut del tumor, 25% primera línea, 25% segunda y tercera línea y 25% líneas posteriores. El 75% se presentaron con dolor intenso y un 58.4% con déficit neurológico establecido. El diagnóstico se obtuvo con RMN de columna. Un 25% de CM tenían lugar a dos niveles simultáneamente y la localización lumbar fue la más frecuente (75%). Todos recibieron radioterapia paliativa (8 Gy en dosis única) y tratamiento esteroideo (dexametasona 8 mg/6h en dosis descendentes según evolución clínica) en las primeras 24 horas. Todos mejoraron su control analgésico tras la RT, aunque precisaron analgesia de mantenimiento con opioides en mayor o menor medida. El 33.3% presentaron parestesias y leve déficit de fuerza residual. Un 41.6%

fallecieron en el mes siguiente a la CM. La mediana de supervivencia tras el diagnóstico fue de 4,25 meses. En la actualidad tres de los pacientes están vivos y en tratamiento activo para su enfermedad, siendo dos de ellos largos supervivientes (más de 8 meses).

Conclusiones: La CM es una urgencia oncológica siempre grave y de mal pronóstico. Exige rapidez de diagnóstico y tratamiento, teniendo como objetivo conservar la capacidad funcional y controlar el dolor, dando prioridad a la calidad de vida.

P-194

ATENCIÓN URGENTE A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: EVOLUCIÓN EN DIEZ AÑOS (1999-2008)

Francisco José Pascual Pla, M^a Rosario Bosca*, Javier Lavernia Giner, María Vicente, Julia Pardo, Esther García, Elena Contel, Adoración Egido, M^a José Juan, María Sannegre. *Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. Valencia. Hospital Francesc de Borja*. Gandia. Valencia.*

Introducción y Objetivos: Los pacientes oncológicos (PO) solicitan atención urgente con frecuencia, por síntomas de su enfermedad o efectos secundarios de tratamientos. Se analizaron características y motivos de asistencia urgente más frecuente y la evolución seguida en los últimos diez años.

Materiales: Desde los 2662 pacientes atendidos en 1999 hasta los 5990 del 2008, se ha duplicado el número de pacientes pero el porcentaje, se ha mantenido constante. Estudio descriptivo y prospectivo; se realizó hoja de recogida de datos, diagnóstico oncológico, síntoma al ingreso, si acudieron por iniciativa propia o no, procedencia y derivación, Performance Status (PS) escala ECOG-OMS, pruebas complementarias y diagnóstico definitivo.

Resultados: 50 % mujeres, media de 57 años (rango 19-92) y el PS de 2 (rango 0-4). El diagnóstico en mujeres: mama (89.5 %) y genitourinario (5.1 %) y en varones genitourinario (56 %), cabeza/cuello (16 %) y digestivo (15 %). Se realizó exploración clínica, pruebas complementarias (analítica de sangre y orina, electrocardiograma, radiología y otras técnicas). Síntomas frecuentes por tumor: fiebre/oligoanuria en genitourinario, fiebre/disfagia en cabeza/cuello, dolor abdominal en digestivo, hemoptisis/fiebre en pulmón y fiebre/dolor abdominal en LNH. Síntomas al ingreso: disnea, fiebre, oligo/anuria, náuseas/vómitos, tenesmo urinario y dolor abdominal. Precisaron ingreso el 23.8 % (rango 21-29%). Diagnósticos al alta: infección de vías respiratorias (IVRS/I), vómitos y efectos postratamiento, retención aguda de orina (RAO), infección del tracto urinario (ITU), candidiasis/mucositis, neutropenia febril, control analgésico y polisintomas.

Conclusiones: Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron la disnea, la fiebre, la anuria y los vómitos. Los diagnósticos más frecuentes al alta desde urgencias, fueron IVRS/I, RAO, vómitos postratamiento, candidiasis/mucositis, derrame pleural e hipercalcemia. Uno de cada tres pacientes precisó de asistencia oncológica específica en urgencias y uno de cada cinco, ingreso hospitalario por su patología. No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a PS, motivos de consulta (síntomas) y diagnósticos.

P-195

CONSULTA TELEFÓNICA DEL HOSPITAL DE DÍA EN LA ATENCIÓN CONTINUADA AL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO

María Socorro Cabello Díaz*, Anna Garmón**, Montserrat Mirabent**, Rosa Pahissa**, Montserrat Boleda***.

*Consorci Sanitari de Garraf-Hospital Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona: *Unidad de Cuidados Paliativos, **Unidad de Enfermería de Hospital de Día, ***Unidad de Oncología.*

Introducción y Objetivos: En Hospital de Día se atienden pacientes oncológicos y con hemopatías malignas para administración de quimioterapia ambulatoria y tratamiento sintomático. El objetivo es dar a conocer la consulta telefónica del Hospital de Día, como pieza clave para la atención continuada.

Materiales: El análisis descriptivo retrospectivo se ha realizado sobre 50 consultas telefónicas a Hospital de Día en 2008. La consulta la realizan las enfermeras de forma directa, de lunes a viernes, de 8 a 17 horas, con el soporte del equipo médico. La resolución de la consulta se realiza utilizando guías de síntomas según el motivo de consulta y con la asistencia del médico de referencia oncólogo, hematólogo o de soporte-UCP. Variables analizadas: Número de llamadas, diagnóstico, motivo de la consulta y profesionales implicados en la resolución de la demanda.

Resultados:

- Motivo de consulta: dolor 19%, náuseas 12%, fiebre 12%, diarrea 8%, vómitos 7%, astenia 4%, ansiedad 3%, estreñimiento 1%, confusión 1%, otros 33%.
- Localización tumoral: mama 69%, colon 9%, pulmón 9%, gástrico 5%, otros 8%.
- Resolución de la demanda: consulta de enfermería 34%, consulta médica 47%, asistencia en hospital de día 16%, ingreso urgente 3%.

Conclusiones: La consulta telefónica gestionada por guías de actuación es una buena herramienta para optimizar los recursos sanitarios y coordinar la asistencia continuada. Las pacientes con cáncer de mama son las que más consultan. El dolor es el síntoma más frecuente. La enfermera junto con el médico de soporte resuelven más del 80% de las llamadas. La

consulta telefónica para control de síntomas ha evitado visitas no programadas en consultas externas, visitas a urgencias e ingresos a hospital.

P-196

EVALUACIÓN DE LA FIEBRE COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Ana Isabel Ferrer Pérez, María Jesús Vidal Losada, Sara Serrano Solares, María Tobeña Puyal, Isabel Pajares Bernad, David López Sánchez, Esther Millastre Bocos, Manuel Ruiz-Echarri Rueda, Julio Lambea Sorrosal, Alejandro Tres Sánchez.

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

Introducción y Objetivos: La fiebre es un motivo frecuente de consulta del paciente oncológico. Aunque la mayoría de las veces no suele representar una situación clínica de emergencia médica, es habitual causa de demanda de atención urgente. Nuestro objetivo es describir el perfil del paciente oncológico que consulta en el Servicio de Urgencias (SU) de un hospital terciario. Se analizan los diagnósticos y el manejo clínico en el SU.

Materiales: De octubre de 2007 a marzo de 2008, se recogieron los datos de los 251 pacientes oncológicos atendidos en nuestro SU. Se describen las características clínicas, el diagnóstico y el manejo clínico de aquellos que consultaron por fiebre.

Resultados: Del total de 251 pacientes, 46 consultaron por fiebre (18,3%). Estaban en tratamiento QT activo 37 de los pacientes que acudieron por fiebre (80%). Las causas más frecuentes de la fiebre fueron: infección respiratoria, 15 pacientes (32,6%); neutropenia febril, 12 pacientes (26,1%); fiebre sin foco clínico, 8 pacientes (17,4%) e infección del tracto urinario, 5 pacientes (10,9%). Precisaron ingreso hospitalario 24 pacientes (52,2%).

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento QT activo parecen ser los que con más frecuencia precisan atención urgente por fiebre. La mayor parte de los pacientes que acuden al SU por este motivo precisan ingreso hospitalario, ya que, aunque la fiebre no suele acompañar a una situación de emergencia vital, es con frecuencia el debut de una infección o complicación en el paciente oncológico.

P-197

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFERMOS ONCOLÓGICOS Y FAMILIARES DESDE EL MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

Nika Vazquez Segui*, Silvia Fernández*, Inmaculada Maestu**, Carmen Molins**, Daniel Almenar**.

*Psicóloga Asociación Carena, Valencia **Médico de la Unidad de Oncología Médica– Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción y Objetivos: En virtud de la colaboración de la Asociación Carena con la Unidad de Oncología Médica del Hospital Universitario Doctor Peset, se han asistido tanto a pacientes como a familiares y personal de la Unidad con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente. El objetivo principal era integrar y resaltar el papel del psicólogo en la Unidad de Oncología Médica de este hospital, realizando la intervención psicológica y el seguimiento siempre desde el equipo interdisciplinar, y ofreciendo una atención global, tanto a enfermo como familia y personal de la Unidad, a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

Materiales: Se evaluaron 77 familiares y 289 pacientes ingresados en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia desde Enero 2006 a Diciembre 2008. Se realizó una revisión de historias psicológicas para la obtención de datos.

Resultados: De los pacientes asistidos, la problemática más frecuente fue: problemas de adaptación (46%), reacción emocional asociado a la enfermedad (67%), cambio de pronóstico (44%) y preparación ante la muerte (28%). De los 77 familiares asistidos, se ha tratado especialmente aceptación de la enfermedad (57%) y duelo anticipado ante la progresión de enfermedad (35%). 30 personas de la Unidad han sido asistidas, y los puntos más trabajados son el manejo de emociones con los pacientes y familiares (49%) y la mejora asistencial (25%).

Conclusiones: Resaltamos la importancia de la participación del psicólogo en las unidades de oncología médica. La atención psicológica fue beneficiosa tanto para enfermos como para familiares ya que les ha servido de soporte en el tratamiento global de la enfermedad oncológica; también lo fue para los profesionales sanitarios, en la prevención del burn-out y la mejora en la calidad asistencial.

P-198

SÍNDROME DOLOROSO COMO MOTIVO DE CONSULTA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN URGENCIAS

Virginia Galeazzi Martínez, Rosario Vidal Tocino, Rafael López Castro, Beatriz Rivas López, Raquel Bratos Lorenzo, Laura Mezquita Pérez, Virginia Reguero Cuervo, Rubén Leno Núñez, Raquel Seijas Tamayo, Juan Jesús Cruz Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: La presencia de dolor es una de las manifestaciones clínicas más habituales del cáncer durante la evolución de la enfermedad, siendo el síntoma más temido por los enfermos y sus cuidadores. Se realiza este estudio para valorar las consultas generadas por síndrome doloroso entre los pacientes atendidos en Urgencias por el Servicio de Oncología a lo largo de un año.

Materiales: Se elaboró una base de datos, recogiendo los pacientes atendidos en urgencias por oncólogo de guardia en 2008, y se analizaron los casos de consulta por dolor registrando edad, sexo, tumor primario, lugar de origen (urbano o rural), motivo(s) de consulta, diagnóstico(s) y destino (ingreso, alta, atención por otros especialistas).

Resultados: 1647 urgencias atendidas, 424 correspondientes a dolor (25.7% del total). Éstas fueron solicitadas por 300 pacientes (rango 1-6). Media de edad: 62 años (15-93). Sexo: varones/mujeres 53/47. Origen: Urbano/rural/desconocido: 74/23/3. Localizaciones tumorales más frecuentes: mama (18.7%); pulmón (17.6%); colorrectal (15.7%); estómago (8.7%); próstata (6%); ovario (5%); vejiga (4.3%) y páncreas (3%). Los datos correspondientes a diagnóstico (media 2 diagnósticos/paciente) aparecen en la tabla 1. El 71.2% de las consultas fueron generadas a solicitud propia del paciente o sus cuidadores, el 18.2% por su MAP o el servicio 112 y el 3.3% por otros médicos. El destino de los pacientes fue alta 65.8%; ingreso en Oncología 21%; ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos 3.3%; derivación a otros servicios 9.4%; se notificó un éxitus (0.2%) en Urgencias.

Tabla 1. Diagnósticos más frecuentes atribuidos como causa del dolor

Mal control farmacológico	51.3%
Infecciones	26.7%
Progresión tumoral	14.3%
Estreñimiento	12.7%
Oclusión intestinal	9.7%
Cardiológico	5%
Resto diagnósticos (>40 distintos, <2% cada uno)	83%

Conclusiones: El dolor es una causa muy frecuente en las consultas de urgencia de los pacientes oncológicos, hasta 1 de cada 4 veces en nuestra experiencia. Las causas del dolor son variadas, cobrando especial importancia el mal control medicamentoso y la progresión tumoral. Otros procesos habituales en pacientes oncológicos son frecuente causa de dolor.

P-199

¿NOS ACORDAMOS DEL SEGUNDO ESCALÓN EN 2009?

Francisco José Pascual Pla, M^a Rosario Boscá*, Javier Lavernia Giner, Salvador Blanch, Antonio Mancheño, Salvador Fons, José Ferrando, Adoración Egido, Elena Contel, Vicente Moya.

Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO). Valencia. Valencia. Hospital Francesc de Borja. Gandia. Valencia.*

Introducción y Objetivos: Desde que la OMS preconizó el programa científico para alivio del dolor oncológico, conocido como escalera analgésica, se ha obtenido un porcentaje de buenos resultados que va del 70 al 90%. Todos conocemos la teoría, pero la práctica, no siempre acompaña.

Materiales: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo realizado con 67 pacientes oncológicos atendidos en el IVO en 2008, a los que se modificó la pauta analgésica en su Centro de Atención PriMaría (CAP), pasando del primer al tercer escalón analgésico y que consultaron por persistencia del dolor y/o aparición de efectos secundarios.

Resultados: 34 (50,7%) de ellos, estaban con paracetamol y/o metamizol y/o AINE's a dosis máximas sin adyuvantes. 21 (31,3%) igual más adyuvantes y 12 (18%) sin dosis máximas ni adyuvantes y a los que se pautó, tras consultar por dolor, a morfina oral (35%), fentanilo transdermico (51%) y buprenorfina transdermica (13%). La mitad con AINE's y adyuvantes, el resto con analgésicos del tercer escalón, infradosificados y sin adyuvantes. 27 (34,3%) con efectos secundarios por el tratamiento (nauseas, estreñimiento, confusión).

Conclusiones: Dado que la escala analgésica de la OMS es fácil de utilizar, que disponemos de una amplia gama de analgésicos de 2º escalón (Tramadol, Codeína, Buprenorfina transdermica) de eficacia probada, con escasos efectos secundarios, precio asequible, que no precisan de receta de estupefacientes (aún, factor limitante de prescripción en algunos casos) y que con adyuvantes y asociados a AINE's podemos conseguir un buen control analgésico, pensamos se debe insistir en su uso adecuado por el bien de los pacientes, el nuestro y el de la administración sanitaria, es decir, todos.

P-200

LA DISNEA COMO TERCER SÍNTOMA MÁS FRECUENTE DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Sara Serrano, María Tobeña, María Jesús Vidal*, Ana Isabel Ferrer**, Isabel Pajares, David López, Esther Millastre***, Manuel Ruiz-Echarri*, Julio Lambea, Alejandro Tres.

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; * Hospital Vall D'Hebron Barcelona; ** Hospital Universitario Albacete; *** Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.*

Introducción y Objetivos: A lo largo de la evolución de la enfermedad oncológica nuestros pacientes son atendidos en el Servicio de Urgencias con cierta frecuencia por motivos diversos. Nuestro objetivo se centra en estimar la prevalencia de uno de estos síntomas y su etiología.

Materiales: Desde Octubre de 2007 a Octubre de 2008 se recogieron 560 pacientes oncológicos asistidos en Urgencias. Se revisó motivo de consulta, localización y estadiaje del tumor, tratamiento activo o paliativo, y diagnóstico y actitud terapéutica en Urgencias.

Resultados: De los 560 pacientes 71 (12.7%) acudieron aquejando como síntoma la disnea. Esto supuso el tercer motivo de consulta más frecuente tras el dolor (126 pacientes, 22.5%) y la fiebre (98 pacientes, 17.5%). La localización más frecuente del tumor primitivo fue el pulmón en 38 de los 71 pacientes (53.52%). En su mayoría este síntoma se relacionó con enfermedad avanzada (estadío IV) suponiendo un 76.8% del total de pacientes. El diagnóstico fue de infección respiratoria en 19 pacientes (26.8%), seguido de derrame pleural maligno (10 pacientes, 14.1%), progresión tumoral (9 pacientes, 12.7%) y TEP (5 pacientes, 7%). La disnea fue un síntoma multifactorial sin diagnóstico etiológico en 21 de los 71 pacientes (29.6%). En 47 pacientes (66.2%) se requirió ingreso hospitalario con una evolución letal en más del 50%.

Conclusiones: La disnea es un síntoma frecuente de atención en el Servicio de Urgencias con importante morbimortalidad. De acuerdo con nuestros resultados cuando la causa es diagnosticada lo más frecuente es la infección respiratoria, aunque en muchos pacientes se trata de etiología multifactorial. Debemos realizar un esfuerzo en ofrecer los mejores cuidados de soporte para un síntoma que merma de manera importante la calidad de vida de nuestros pacientes.

P-201

SUPLEMENTOS DE CALCIO Y MAGNESIO PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXICIDAD NEUROLÓGICA DE OXALIPLATINO

Salvador Garcerá Juan, Julián Lorca, Paula García*, José Adrian Barges*, José Miguel Cuevas.

*Servicio de Oncología Médica. *Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari de La Ribera Valencia.*

Introducción y Objetivos: Diversos ensayos retrospectivos han relacionado la administración de suplementos de calcio y magnesio con una reducción de la aparición de neuropatía asociada al oxaliplatino. Se presenta un estudio observacional retrospectivo que evalúa el beneficio de la adición de estos suplementos para prevenir la neurotoxicidad inducida por oxaliplatino.

Materiales: Se compara un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal que inician quimioterapia con esquema XELOX durante el periodo de tiempo comprendido entre junio y diciembre de 2007 a los que se les administran los suplementos antes de la perfusión de oxaliplatino con un grupo control.

Resultados: En el grupo control se incluyen 13 pacientes, de los cuales seis (46%) completaron el tratamiento, tres (23%) precisaron nueva línea por progresión de la enfermedad, tres (23%) abandonaron el tratamiento por toxicidad no neurológica y un paciente abandonó voluntariamente el tratamiento. Uno de ellos precisó reducción de dosis por neurotoxicidad grado III, así como varios retrasos. En el grupo a estudio se incluyen 22 pacientes. Diez (45%) de ellos recibieron el tratamiento completo, seis (27%) se suspendieron por toxicidad no neurológica, cuatro (18%) por progresión, uno (5%) por éxitus, y uno (5%) por mala cumplimentación.

Conclusiones: Existe una tendencia a reducción de complicaciones neurológicas con la adición de suplementos de calcio y magnesio, aunque necesitamos datos de estudios prospectivos.

P-202

USO DE INTERNET ENTRE PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿UNA HERRAMIENTA ÚTIL DE INFORMACIÓN O UN ELEMENTO DE CONFUSIÓN?

Carolina Ortega Ruipérez, Miriam López Gómez*, Rosario Madero**, Carmen Arlanzón***, Gabriel Barrena***, Natalia Ramírez Merino, Raquel Fuentes Mateo, José Antonio López-Vilariño, Francisco de Asis Lobo Samper, Jaime Feliu Batlle****.

*Servicio de Oncología Médica, Fundación Jiménez Díaz; *S. Oncología Médica, Hospital Infanta Sofía; **S. Estadística, H. La Paz; ***S. Oncología Médica, H. Gómez Ulla ****S. Oncología Médica, H. La Paz.*

Introducción y Objetivos: Analizar el uso de internet en pacientes diagnosticados de cáncer y en sus familiares, el tipo de información buscada, el grado de satisfacción por la información obtenida, y su influencia tanto en las decisiones terapéuticas como en la relación médico-paciente.

Materiales: Se distribuyó un cuestionario entre 170 pacientes con diagnóstico de cáncer y 123 de sus familiares en un hospital terciario urbano. El protocolo fue aprobado por el comité ético del centro, y se obtuvo el consentimiento informado.

Resultados: El uso de internet entre pacientes y familiares fue respectivamente del 27% y del 57.7%; entre los pacientes, la información más solicitada incluía generalidades acerca de la enfermedad (61%) y opciones de tratamiento (15%).

En ambos subgrupos, el uso de internet se correlacionaba con el nivel de estudios (41.3% y 49.2% respectivamente eran universitarios). Respecto a la relación médico-paciente, sólo el 21.7% de los pacientes que habían consultado Internet discutieron los hallazgos con el médico. Un 30% de los pacientes refiere haberse encontrado más confuso después de leer dicha información. Un 60.8% considera que la información ha sido valiosa para ellos; sin embargo, el 67% no cree que dicha información haya sido importante a la hora de decidir el tipo de tratamiento a seguir.

Conclusiones: El uso de Internet como búsqueda de información médica no está muy extendido en nuestro país, si bien está relacionado con el grado de estudios. Un número muy limitado de pacientes discute los hallazgos con el médico. No obstante, un elevado número de pacientes considera que la información obtenida si que ha sido valiosa para ellos.

P-203

VALORACIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS

María J. Vidal Losada, Ana Ferrer, María Tobeña, Sara Serrano, Isabel Pajares, David López, Esther Millastre, Manuel Ruiz-Echarri, Alejandro Tres.

Servicio Oncología médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y Objetivos: Introducción: Gran porcentaje de los pacientes oncológicos, sobretudo en estadios avanzados, experimenta dolor, síntoma que compromete la funcionalidad y deteriora la calidad de vida de los pacientes. Objetivos: Valorar el porcentaje de pacientes oncológicos estadio IV que consultan por dolor, localización más frecuente del dolor, actuación en urgencias y porcentaje en los que se consigue tratamiento ambulatorio.

Materiales: Material y métodos: Entre octubre de 2007 y Octubre de 2008, el Servicio de Oncología médica atendió 560 pacientes que consultaron en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) por diversos motivos. De todos ellos en este trabajo describimos los pacientes estadio IV cuyo motivo de consulta es el dolor.

Resultados: De los 440 pacientes estadio IV atendidos, 99 consultaron por dolor (22%), de ellos el 68% eran varones y el 32 % mujeres. Por localización del dolor: dolor abdominal: 41%; dolor óseo: 11%, dolor torácico: 6%, otro tipo de dolor: 42%. Por localización del tumor primario: cáncer colorectal: 19,2%; cáncer de pulmón: 24,3%; cáncer de mama: 13,1%; cáncer de próstata: 11,1%; cáncer de páncreas: 7,1%; sarcoma: 4%; riñón y vías urinarias: 5%; otros: 16,2%. Actuación: alta hospitalaria: 54,5%; observación 24 horas: 12,1%; ingreso hospitalario: 33,3%.

Figura 1. Localización del dolor.

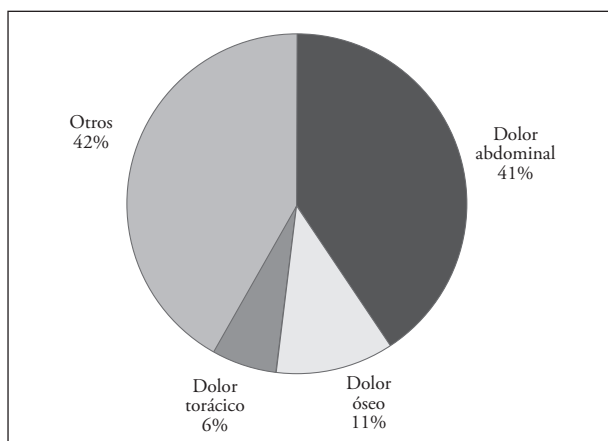


Figura 2. Localización del tumor primario.

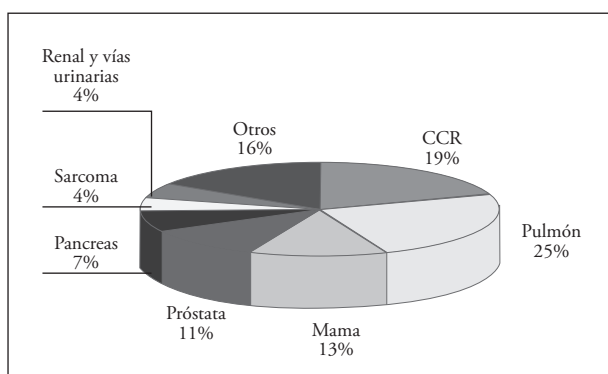
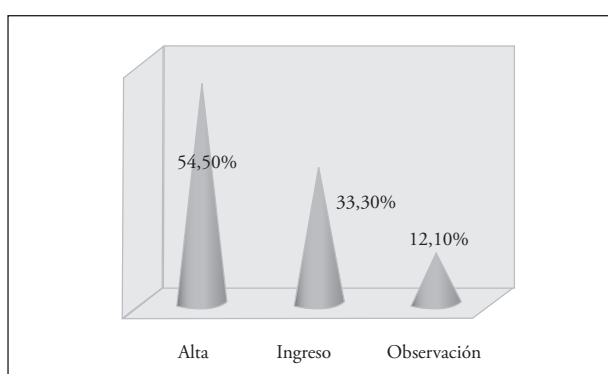


Figura 3. Actuación.



Conclusiones: El dolor es el motivo más frecuente de consulta en pacientes con tumores en estadios avanzados. Consultan con mayor frecuencia los varones. El tipo de

dolor que nosotros atendimos con más frecuencia fue el abdominal seguido del óseo. En la mayoría de los casos los pacientes pudieron ser dados de alta hospitalaria cambiando la pauta analgésica, aunque continúa siendo un motivo frecuente de hospitalización ya que el 33% de los pacientes precisaron ingreso para control del dolor.

P-204

ANEMIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: EVALUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

María Tobeña Puyal, Sara Serrano, Ana Ferrer, M^a Jesús Vidal, Isabel Pajares, David López, Esther Millastre, Manuel Ruiz-Echarri, Julio Lambea, Alejandro Tres. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

Introducción y Objetivos: La anemia es un problema frecuente en el paciente oncológico que se controla habitualmente de forma ambulatoria, pero que ocasiona múltiples consultas en Urgencias. El objetivo de este trabajo es describir prevalencia y etiología de la anemia en los pacientes oncológicos que acuden a un servicio de Urgencias.

Materiales: Se recogieron todos los pacientes oncológicos que consultaron en nuestro servicio de Urgencias entre Octubre de 2007 y Octubre de 2008. Analizamos prevalencia y causas de anemia. Se describe también localización tumoral y actitud terapéutica.

Resultados: De los 560 pacientes recogidos, 223(39,8%) fueron diagnosticados de anemia. 64(28,7%) presentaban cáncer de pulmón, 33(14,8%) cáncer de mama, 32(14,3%) cáncer de colon, 15(6,7%) cáncer vesical, 15(6,7%) cáncer de próstata, 13(5,8%) cáncer de cabeza y cuello, y 51(22,5%) otras neoplasias. La cifra mediana de hemoglobina fue 10 (rango 4,2-11,9), y 54 pacientes (24,2%) precisaron transfusión, siendo la mediana de 2 concentrados de hematíes (rango 2-6).

Como etiología se identificó toxicidad a quimioterapia en 113 pacientes (50,7%), anemia de proceso crónico en 65 (29,1%), sangrado tumoral en 41 (18,4%), y hemorragia digestiva alta no tumoral en 4 (1,8%). De los pacientes con anemia secundaria a quimioterapia, 19(16,8%) estaban en tratamiento con agentes eritropoyéticos, 10(52,6%) con epoetina alfa y 9(47,3%) con darbepoetina alfa.

Conclusiones: La anemia es un diagnóstico frecuente en el paciente oncológico, sobre todo en los cánceres de pulmón y mama. Las causas más comunes que se identifican en un servicio de Urgencias son toxicidad a quimioterapia y proceso crónico, precisando en ocasiones transfusión de hemoderivados.

P-205

EVALUACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Isabel Pajares Bernad, María Tobeña, Ana Isabel Ferrer, Sara Serrano, M^a Jesús Vidal, David López, Manuel Ruiz Echarri, Esther Millastre, Julio Lambea, Alejandro Tres.

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

Introducción y Objetivos: En los últimos años se ha producido un progresivo aumento en la prevalencia del cáncer, debido sobre todo a un aumento en la supervivencia de estos pacientes. Los pacientes oncológicos pueden sufrir múltiples complicaciones agudas, debidas tanto a la enfermedad como a los distintos tratamientos activos administrados, lo que les lleva a consultar con frecuencia en un servicio de Urgencias. El objetivo es describir el perfil del paciente oncológico atendido en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Materiales: Desde Octubre de 2007 a Octubre de 2008, se recogieron todos los pacientes oncológicos que consultaron en el servicio de Urgencias de nuestro hospital. Analizamos motivo de consulta y origen primario. Se describe también actitud terapéutica.

Resultados: De los 560 pacientes atendidos, 440 presentaban enfermedad metastásica (82,7%) y 318 (56,8%) estaban en tratamiento quimioterápico. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor (22,5%), fiebre (17,5%), disnea (12,7%), síntomas neurológicos (9,1%) y astenia (8,6%). Los diagnósticos de infección (17%) y toxicidad a quimioterapia (15,5%) fueron los más frecuentes. La localización primitiva fue cáncer de pulmón no microcítico en 134 pacientes (23,9%), cáncer colorrectal en 101 (18%), cáncer de mama en 64 (11,4%), y otras localizaciones en 261 (53%). En cuanto a la actitud terapéutica, 271 pacientes requirieron ingreso en planta (48,5%), 78 observación durante veinticuatro horas (14%) y 210 alta hospitalaria (37,6%).

Conclusiones: Los pacientes metastásicos y aquellos que están en tratamiento activo son los pacientes oncológicos que con más frecuencia consultan en un servicio de Urgencias, siendo cáncer de pulmón, colorrectal y mama las localizaciones primitivas más comunes. Dolor y fiebre son los motivos de consulta más habituales, precisando ingreso hospitalario casi la mitad de los pacientes.

P-206

EVALUACIÓN SINTOMÁTICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Ana Isabel Ferrer Pérez, María Jesús Vidal Losada, María Tobeña Puyal, Sara Serrano Solares, Isabel Pajares Bernad, David López Sánchez, Manuel Ruiz-Echarri Rueda, Esther Millastre Bocos, Julio Lambea Sorrosal, Alejandro Tres Sánchez.

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

Introducción y Objetivos: En los últimos años, se está produciendo un aumento en la prevalencia de cáncer. La aplicación de tratamientos oncológicos a pacientes cada vez más añosos y con comorbilidad, además de las toxicidades producidas por los nuevos fármacos antitumorales, hace que los pacientes con cáncer estén expuestos a diversas complicaciones y precisen atención urgente. Se describen el tipo de pacientes y los motivos de consulta en el Servicio de Urgencias (SU) de nuestro hospital durante cinco meses.

Materiales: De octubre de 2007 a marzo de 2008 se atendieron 251 pacientes oncológicos en el SU. Describimos las características de estos pacientes, motivos de consulta y manejo clínico en el SU.

Resultados: Se atendieron un total de 251 pacientes, mediana de 12 pacientes a la semana. De ellos, 65 padecían cáncer de pulmón (25,9%); 47 padecían cáncer colorrectal (18,7%) y 32 padecían cáncer de mama (12,7%). Un 73,7% (185 pacientes) tenían enfermedad metastásica. Un 52,9% (133 pacientes) estaban recibiendo tratamiento QT. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: fiebre, 46 pacientes (18,3%); dolor secundario al tumor, 39 pacientes (15,5%); disnea, 36 pacientes (14,3%); náuseas y vómitos, 28 pacientes (11,2%). Precisaron ingreso hospitalario 121 pacientes (48,2%).

Conclusiones: Los pacientes metastásicos y los que están en tratamiento QT activo parecen ser los que con más frecuencia precisan atención urgente. Casi la mitad de los pacientes oncológicos que acuden a un SU precisan ingreso hospitalario. Aunque la fiebre, la disnea o el dolor no siempre reflejan una complicación grave, son síntomas que deterioran la calidad de vida y frecuentemente requieren atención urgente.

P-207

EXPERIENCIA DE 20 AÑOS DE ACTIVIDAD DEL VOLUNTARIADO EN EL ÁMBITO DE LA ONCOLOGÍA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA

Concha Puig Bacardit, Gemma del Àguila, Marta Ribas, Inés Reyes, M^a Teresa Puig, Mary Peris, Asunción Tobella, Antonio López, Carmen Carriqué, Luis Cirera*.

*Oncolliga *Hospital Universitario Mutua de Terrassa.*

Introducción y Objetivos: La Oncolliga (Fundación Liga Catalana de Ayuda Oncológica) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo la atención a los enfermos de cáncer y sus familiares a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Desde el año 1989 se han desarrollado tres programas de voluntariado en el Hospital: 1.- Para mujeres afectas de cáncer de mama (voluntariado testimonial). 2.- Para pacientes intervenidos de cáncer de laringe (voluntariado testimonial). 3.- Voluntariado en el Hospital de Día del Servicio de Oncología y Hematología.

Materiales: Se presenta la selección, formación inicial y permanente del voluntariado y su incorporación e interrelación con el personal del Hospital. Se describen los derechos y deberes de los mismos así como la evaluación de cada uno de los programas.

Resultados: Todas las personas intervenidas de un cáncer de mama ó de laringe han sido visitados y recibido el soporte del voluntariado testimonial. En el Hospital de Día un voluntario, de forma diaria, acompaña, atiende y apoya a los pacientes y/o a sus familiares.

Conclusiones: La larga trayectoria de estos programas en el Hospital y la continua solicitud de estos servicios confirman la importancia de esta asistencia en el ámbito oncológico.

P-208

UNIDAD DE ASISTENCIA CONTINUADA AL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO: UN MODELO ÚTIL PARA INTEGRAR EL TRATAMIENTO DE SOPORTE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Montserrat Boleda Relats*, Helena Camell**, Juana Saldaña****, Silvia Vázquez****, Antonio Asensio***, María Socorro Cabello**, Diego Díaz**, Ana Oliveira****, Jesús Blanch****.

*Consorci Sanitari de Garraf– Hospital-Residència Sant Camil, S.Pere de Ribes, Barcelona: *Unidad de Oncología, **Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), *** Unidad de Hematología, ****S.de M Interna . Hospital Durán i Reynals (ICO-DiR), Hospitalet de Llobregat, Barcelona: *****S. de Oncología, *****S. de Hematología.*

Introducción y Objetivos: Objetivos de la asistencia continuada: Coordinar los diferentes niveles asistenciales facilitando la aplicación del mejor tratamiento en cada etapa evolutiva de la enfermedad. Promocionar la autonomía y la adaptación emocional. Conseguir el adecuado soporte para el paciente y su familia, principalmente durante la fase terminal, contribuyendo a una muerte digna. Soporte a la familia después del fallecimiento del paciente con el seguimiento del duelo.

Materiales: Se han creado equipos de referencia formados por un médico oncólogo o hematólogo y un médico de soporte-paliativista que siguen al paciente durante toda la evolución de su enfermedad y que actúan de forma coordinada. Se han establecido niveles de actuación diagnóstica y terapéutica, definidos por el equipo de referencia, basados en la valoración clínica, pronóstico de la enfermedad, beneficios y efectos secundarios de los tratamientos y voluntad del paciente. El nivel determinado en cada momento consta en la historia clínica y permite extender el mismo criterio de actuación al resto de profesionales que atienden al paciente.

Resultados: Se describe la experiencia de dos años de funcionamiento.

Conclusiones:

1. Es imprescindible una perfecta coordinación entre los diferentes profesionales para conseguir mantener la continuidad asistencial.
2. El equipo de referencia nos sirve para unificar criterios de actuación, garantizar la oferta del mejor tratamiento específico en cada momento y facilitar la aplicación de tratamiento de soporte desde el inicio de la enfermedad.
3. El nivel terapéutico es la herramienta indispensable para comunicar, de forma objetiva, la situación del paciente al resto de profesionales.
4. La experiencia del equipo multidisciplinar, la colaboración estable desde hace años entre oncología y UCP, y la dimensión del hospital nos ha facilitado el trabajo en la unidad.

P-209

EFICACIA Y TOLERANCIA DE FENTANILO TRANSDÉRMICO EN EL DOLOR ONCOLÓGICO

Ana Isabel Ferrer Pérez, María Jesús Vidal Losada, María Tobeña Puyal, Sara Serrano Solares, Isabel Pajares Bernad, David López Sánchez, Julio Lambea Sorrosal, Eduardo Polo, Alejandro Tres Sánchez.

Servicio Oncología Médica. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción y Objetivos: El manejo con éxito del dolor en el paciente con cáncer engloba estrategias terapéuticas basadas en el uso de los opioides. Diversos factores influyen en la elección del opioide a utilizar: intensidad del dolor, respuesta previa a los analgésicos y formulaciones disponibles entre otros. Presentamos la experiencia en nuestro servicio iniciando tratamiento analgésico de tercer escalón con fentanilo transdérmico (FT) para el dolor en pacientes con cáncer.

Materiales: Desde febrero hasta septiembre de 2008 se evaluaron un total de 28 pacientes con dolor oncológico que iniciaron tratamiento analgésico con FT. Se evalúa de forma prospectiva la efectividad y la tolerancia de dicho tratamiento.

Resultados: Previo al tratamiento con FT, de los 28 pacientes evaluados, 15 de ellos (53,6%) estaban siendo tratados mediante primer escalón analgésico; 6 pacientes (21,4%) estaban siendo tratados mediante segundo escalón y 7 pacientes (25%) eran tratados ya mediante tercer escalón pero con un fármaco diferente al FT. El 50% (14 pacientes) inició tratamiento con FT a una dosis de 25 ug. El 10,8% (3 pacientes) precisó iniciar tratamiento con una dosis mayor de 50 ug. Un 43,2% (13 pacientes) referían mejoría de su dolor (medido según escala EVA) y un 57,1% (16 pacientes) precisaron un aumento de dosis de FT en la segunda visita de seguimiento. El 78,6% (22 pacientes) no refirieron ningún efecto secundario que deteriorara su calidad de vida. No se registró ningún efecto secundario grave durante el seguimiento de los pacientes.

Conclusiones: El FT es un tratamiento analgésico de tercer escalón seguro a las dosis habituales, ya sea en pacientes que han utilizado opioides previamente como en los que no. Además, es un tratamiento eficaz en la mejoría del dolor oncológico y con escasos efectos secundarios a corto y medio plazo.

P-210

IMPORTANCIA DEL USO DEL ASCENSOR ANALGÉSICO EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Soto de Prado Otero, Beatriz Peláez, Eduardo Hortelano, Amelia Ceballos, Francisco López-Lara.
Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: El dolor oncológico representa, por sus características multifactoriales y su carácter progresivo, uno de los mejores ejemplos en la aplicación del ascensor analgésico. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio que puede ser un buen ejemplo de ello.

Materiales: Paciente de 78 años de edad con antecedentes de un carcinoma de mama bilateral en año 2001, que en año 2007 desarrolla metástasis pulmonares, iniciando tratamiento hormonal. Dos años más tarde comienza con un dolor insidioso en la cadera izquierda y elevación de marcadores tumorales, solicitándose una gammagrafía ósea en la que se informó de captación patológica en extremo proximal de fémur izquierdo (figura 1).

Resultados: Con el diagnóstico de dolor tumoral secundario a metástasis ósea con alto riesgo de fractura patológica, se inició tratamiento analgésico de primer escalón y se intervino quirúrgicamente realizándose osteosíntesis profiláctica con clavo gamma largo (figura 2).

Tras la intervención persistía dolor en hemipelvis izquierda, en parte atribuibles a la intervención quirúrgica, con una EVA de 4 sobre 10, iniciándose tratamiento analgésico

de tercer escalón con fentanilo transdérmico a dosis de 12 microgramos, refiriendo un excelente control del dolor a las 48 horas de iniciado el tratamiento, con una EVA de 0. No presentó efectos secundarios derivados del tratamiento con opioides, y pudo comenzar a deambular sin molestias locales, siendo retirado el resto de medicación analgésica.

Figura 1.

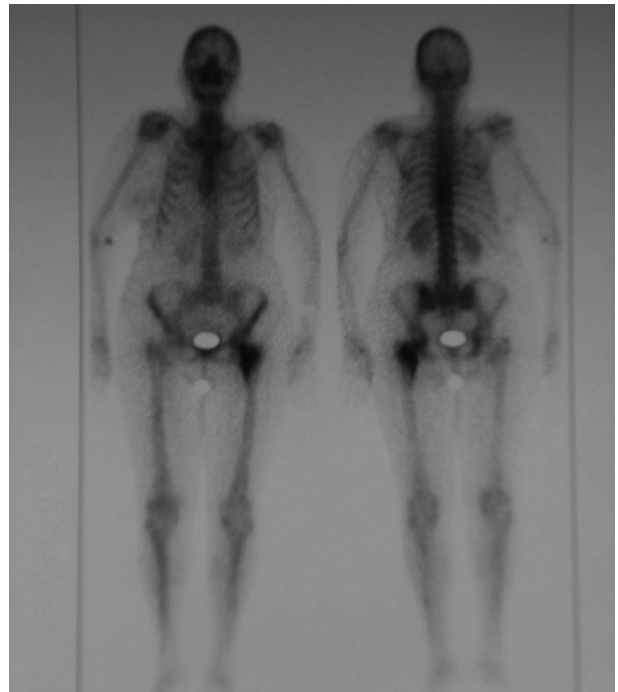


Figura 2.



Conclusiones: El dolor oncológico es multifactorial. En este caso concurrían el dolor tumoral y el secundario a la aplicación de un tratamiento quirúrgico. Decidimos saltarnos el segundo escalón analgésico (ascensor analgésico) dada la más que probable necesidad de tener que iniciar un tercer escalón a lo largo del curso de su enfermedad. El empleo de opioides potentes a dosis bajas nos va a permitir una mayor tolerancia y un mejor escalado que el uso a dosis mayores tras una etapa previa con opioides débiles.

P-211

OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA SECUNDARIA A ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

Alfonso Yubero Esteban, Ricardo Lara López-Doriga, Ma Teresa Lahoz*, Javier Valero*, Fermin Camara*. *Unidad de Oncología, Servicio de ORL*. Hospital General de Teruel "Obispo Polanco".*

Introducción y Objetivos: La osteonecrosis de mandíbula (ONM) es una situación poco frecuente observada en pacientes que reciben bifosfonatos. Se ha observado ONM predominantemente en pacientes con cáncer, tratados con bisfosfonatos, especialmente con ácido zoledrónico. Muchos de estos pacientes también recibían quimioterapia y corticosteroides. La mayoría de los casos descritos se han asociado con procesos dentales, tales como una extracción dental. Muchos mostraron signos de infección local incluyendo osteomielitis. Presentamos nuestra experiencia.

Materiales: Paciente de 50 años de edad. Antecedentes: HTA. Premenopáusia. Diagnosticada en noviembre del 2002 de carcinoma de mama localmente avanzado. En estudio de extensión se constató linfangitis carcinomatosa y derrame pleural bilateral, metástasis óseas y ureterohidronefrosis izda. por compresión por adenopatías a nivel de uréter pélvico. Inició tratamiento quimioterápico y bifosfonatos i.v. en diciembre del 2002. En Noviembre de 2005 debuta con flemón dentario tras manipulación dentaria.

Resultados: Con la sospecha de ONM la paciente fue remitida a Sº de Cirugía Máxilo-facial. Evolución desfavorable del proceso a pesar de antibioterapia endovenosa, tratamiento en cámara hiperbárica y curetaje quirúrgico. En febrero del 2008 presentó "caída" espontánea de mandíbula. Durante toda la evolución del proceso la paciente continuó en tratamiento quimioterápico por el cáncer de mama, con evolución favorable. Falleció de junio del 2008 a consecuencia del cáncer.

Conclusiones: En pacientes con factores de riesgo concomitante (cáncer, quimioterapia, corticosteroides,), deberá considerarse un examen dental, antes de iniciar el trata-

miento con bifosfonatos. Durante el tratamiento, deben evitar procesos dentales invasivos. La cirugía dental puede agravar la situación en pacientes que desarrollen osteonecrosis de mandíbula durante la terapia con bisfosfonatos. No hay datos disponibles que indiquen si la interrupción del tratamiento con bisfosfonatos reduce el riesgo de osteonecrosis de mandíbula en pacientes que precisen procesos dentales. La valoración clínica del médico, debe orientar sobre cómo proceder con cada paciente según la valoración individual de la relación beneficio-riesgo.

P-212

RESPUESTA ANALGÉSICA DE OXICODONA Y FENTANILO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. POSIBLE PAPEL DE VARIANTES GENÉTICAS

Adriana Armellini Tuchman, Feliciano Sánchez, Juan Carlos Adansa, Ángela Rodríguez, Elvira del Barco, Marcela Córdoba, María Jesús Canals, Manuel Alonso*, Raquel Bratos, Juan Jesús Cruz.

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca. Laboratorio de Biología Molecular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. El estudio está financiado por Caja de Burgos.*

Introducción y Objetivos: La oxycodona y el fentanilo son uno de los analgésicos opioides que con más frecuencia se utilizan en el tratamiento del dolor oncológico. La intolerancia o falta de respuestas a los mismos son problemas implicados en el desarrollo de resistencia a su acción analgésica. La identificación de polimorfismos genéticos (SNPs) nos proveerá información para modular la dosis y así conseguir un mejor control del dolor y evitar toxicidades innecesarias. El objetivo es estudiar la presencia de SNPs de los genes CYP2D6 (G1934A) y OPRM1 (+118A/G) y determinar si están implicados en la intolerancia a estos opioides.

Materiales: Estudio prospectivo de 27 pacientes oncológicos (17 varones y 10 mujeres) en tratamiento para el dolor con Oxycodona y Fentanilo, tanto de la Unidad de Cuidados Paliativos y del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca. El ADN fue extraído con DNazol proveniente de muestras de sangre periférica. El gen OPRM1 se estudió, mediante PCR cuantitativa y el gen CYP2D6 se analizó por PCR convencional.

Resultados: Debido a que los resultados son preliminares, podemos decir que, 24 se encontraban en tratamiento con fentanilo y 3 con oxycodona. La frecuencia observada fue; 8 (44%) pacientes presentaron la variante GA (Heterocigoto) del gen CYP2D6 y en cambio 19 (55%) el genotipo AA (Homocigoto). Para el gen OPRM1, 12 (30%) pacientes tuvieron la variante +118A/G y 15 (70%) el genotipo homocigoto.

Conclusiones: El estudio de ambos SNPs, sugiere que el ser portador tanto de la variante GA del gen CYP2D6 como la +118A/G del gen OPMR1 podría predecir respuesta en pacientes oncológicos tratados con oxidona o fentanilo y de esta forma poder otorgar un tratamiento más individualizado a los pacientes en función de la previsión de respuesta a analgésicos.

P-213

DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS TUMORALES EN UNA PACIENTE CON CA. DE MAMA BILATERAL Y METÁSTASIS CUTÁNEAS

Esther Botet Caridad*, Natalia López-Casero*, M^a del Carmen Jiménez*, Sara Cerezo**, Ruth Espinosa**, Ana García**, Belén Sánchez**.

*Unidad de Cuidados Paliativos, **Servicio de Oncología. Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción y Objetivos: Las úlceras tumorales o malignas, son lesiones cutáneas que aumentan progresivamente de

tamaño dando lugar a una úlcera abierta que no cicatriza y destruye el tejido circundante, asociándose además complicaciones post-radioterapia y post-quirúrgicas así como infecciones, sangrados y mal olor. Precisan curas complejas que requieren la intervención específica de enfermería, incluso en las últimas fases de la enfermedad por el impacto psicosocial (ansiedad y rechazo) que su aspecto produce, tanto en el paciente como en su familia, sobre todo teniendo en cuenta que es la familia quien en la mayoría de las ocasiones realiza la cura. El objetivo de este trabajo es ilustrar el avance de las úlceras tumorales en una paciente de 83 años diagnosticada de Ca. Mama bilateral intraductal con metástasis cutáneas y óseas, y observar el resultado del tipo de cura efectuada.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo. Realizado mediante la revisión de la historia clínica y seguimiento de la evolución de la paciente durante los tres años que lleva incluida en nuestro Programa de Cuidados Paliativos Domiciliario.

Resultados: Las úlceras tumorales han ido progresando y extendiéndose, produciendo torax en coraza. La intención de la cura ha sido proporcionar el mayor confort posible tanto para controlar el mal olor como el exudado, que subjetivamente han mejorado.

Viernes, 23 de octubre
Sala: Área polivalente
08:30-19:00

Cáncer Mama II

Revisores:

Dra. Lourdes Calvo Martínez

Dr. Manuel Ruiz Borrego

Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

P-214

AYUDANDO A LAS PACIENTES A TOMAR DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO SISTÉMICO ADYUVANTE: USO DE UN FORMATO SIMPLIFICADO DE LA HERRAMIENTA ADJUVANT! ONLINE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Patricia Ramírez Daffós, Verónica Díaz, Laura Díaz, Sara Estalella, Esther González, Esperanza Arriola, María José Gómez, José Antonio Contreras, Antonio Rueda, José Manuel Baena.

Introducción y Objetivos: Adjuvant!Online proporciona estimaciones del riesgo de recurrencia y mortalidad que ayudan a tomar decisiones basadas en información adecuada. Hemos testado la aplicabilidad de un formato simplificado, presentando únicamente estimaciones de mortalidad.

Materiales: Presentamos la estimación de riesgo de mortalidad a 10 años de 66 pacientes mediante Adjuvant!Online. La mediana de edad fue 55 años (27-70). 53 pacientes (80.3%) tenían salud perfecta, 8 (12.1%) problemas menores y 5 (7.6%) mayores. Los receptores hormonales fueron positivos en 56(84.8%). El tamaño tumoral fue 0,1-1cm en 10 mujeres (15.2%), entre 1,1-2cm en 30 (45.5%), entre 2,1-3cm en 14 (21.2%), 3,1-5cm 11 y mayor de 5cm en 1 (1,5%). 43(65.2%) tenían axila negativa, 17 (25.8%) 1-3 ganglios positivos, 5 (7.6%) 4-9 y 1 (1.5%) >9.

A 12 pacientes (18.2%) se propuso quimioterapia adyuvante de primera generación, 48 (72.7%) segunda y 6 (9.1%) tercera. 36 (54.5%) recibieron tratamiento combinado. 18 pacientes (27.3%) tomaron tamoxifeno adyuvante, 21 (31.8%) inhibidores de aromataza, 16 (24.2%) tamoxifeno seguido de inhibidor de aromataza y ablación ovárica más tamoxifeno 1(1.5%).

Resultados: Las estimaciones a 10 años arrojan una mediana de supervivencia del 77%(22-95), mortalidad por cáncer de mama 16%(1-77) y mortalidad por otras causas 5%(1-47). La media de reducción absoluta del riesgo (RAR) de mortalidad con hormonoterapia fue 4%(0-14), con quimioterapia 4.5%(0-29) y con tratamiento combinado 7%(0-40). Todas las pacientes con algún beneficio decidieron recibir hormonoterapia. La media de reducción del riesgo con quimioterapia es 2%(DE2,5) en las que deciden no recibir quimioterapia y 8%(DE5,5) en las que deciden recibirla. Existe asociación entre la decisión de quimioterapia y la estimación del riesgo de mortalidad por cáncer de mama ($p=0,0001$), del riesgo de mortalidad por otras causas ($p=0,038$) y de l RAR ($p=0,0001$). El 6% de las pacientes con RAR de 1%, el 50% de las que tienen RAR entre 2-5% y el 61.8% con RAR entre 6-10%, eligen quimioterapia.

Conclusiones: Las estimaciones de mortalidad de Adjuvant! Online han sido determinantes para la decisión de tratamiento.

P-215

PREVENCIÓN DE LA NEUTROPENIA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA MEDIANTE FACTORES ESTIMULADORES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Javier Marina García-Tuñón (1), Santiago Escrivá de Romani (2), Sonia Pernas (3), Blanca Cantos (4), Vicente Carañana (5), Cristina Llorca (6), Francisca Vázquez (7), Eva Ciruelos (8), Salomón Menjón (9).

(1) *Serv. Ginecología Oncológica, H. del Río Hortega, Valladolid;* (2) *Serv. Oncología, H. General de Granollers, Granollers (Barcelona);* (3) *ICO Durán y Reynals, l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona);* (4) *Serv. Oncología, H. Puerta de Hierro, Madrid;* (5) *Serv. Oncología, H. Arnau de Vilanova, Valencia;* (6) *Serv. Oncología, H. Gral. SVS de Elda, Elda (Alicante);* (7) *Serv. Oncología, CHU. de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña);* (8) *Serv. Oncología Médica, H. 12 de Octubre, Madrid;* (9) *Unidad Funcional Oncológica de Cáncer de Mama, H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

Introducción y Objetivos: La neutropenia inducida por quimioterapia (QT) provoca retrasos y reducciones de dosis. Las actuales guías recomiendan el uso preventivo de G-CSF en pacientes con riesgo elevado de neutropenia febril

(NF). El objetivo del estudio fue describir el uso de G-CSF y evaluar su efectividad en la práctica clínica.

Materiales: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional, que incluyó pacientes con cáncer de mama con riesgo de NF>10% al iniciar la QT. La variable principal fue la incidencia de neutropenia grado 3-4 (NG3-4, recuento de neutrófilos $<1,0 \times 10^9/L$) en los primeros 4 ciclos de QT.

Resultados: Se incluyeron 735 pacientes (mujeres: 99,6%, edad mediana: 51 años, ECOG 0-1: 99,1%; estadio III-IV: 34,8%). La mayoría de pacientes (97,4%) completó al menos 4 ciclos de QT. Se instauró tratamiento con G-CSF en el 69,9% de casos (47,4% filgrastim (FLG) y 52,6% pegfilgrastim (PEG)). La administración se inició en el primer ciclo (prevención primaria, PP) en el 86,6% de los casos. La tabla presenta la incidencia de NG3-4 en función de la administración de G-CSF, tipo de profilaxis, factor utilizado y duración del tratamiento. En pacientes con PEG, el 70,3%/81,1% (PP/PS) recibió la dosis completa de QT (<15% reducción y <3 días de retraso), mientras que con FLG, dicho porcentaje fue significativamente menor con PS (54,2% PS vs 73,7% PP, $p=0,045$). La aparición de NF requirió hospitalización en un 5,6% de pacientes, sin diferencias entre FLG/PEG, ni entre PP/PS.

Pacientes con cáncer de mama que inician un régimen QT con riesgo de neutropenia febril $\geq 10\%$	N válida	Incidencia de neutropenia de Grado 3-4 en los primeros 4 ciclos de QT	Valor p
Profilaxis con G-CSF			
No	219	8,7%	0,174
Si	503	12,1%	
Tipo de profilaxis			
PriMaría (desde el primer ciclo)	437	7,8%	< 0,001
Secundaria	66	40,9%	
Tipo de factor			
Filgrastim	212	9,4%	0,353
Pegfilgrastim	247	12,1%	
Duración del tratamiento (en pacientes con filgrastim)			
<7 días/ciclo	125	13,6%	0,018
≥ 7 días/ciclo	82	3,7%	

Conclusiones: Más de dos tercios de pacientes con riesgo de neutropenia inducida por quimioterapia recibe tratamiento con G-CSF, con el resultado de neutropenia de grado 3-4 en un 12% de casos. La administración desde el primer ciclo y durante más de 7 días por ciclo (en el caso de filgrastim) reduce la incidencia. La mayoría de pacientes con G-CSF recibe la dosis completa programada de quimioterapia. Estudio financiado por Amgen S.A.

P-216

**ENSAYO FASE II DE QUIMIOTERAPIA
NEOADYUVANTE CON ESQUEMA DOCETAXEL,
CAPECITABINA Y TRASTUZUMAB EN CÁNCER
DE MAMA INFLAMATORIO O LOCALMENTE
AVANZADO HER-2 POSITIVO: ESTUDIO TXH**

Parham Khosravi Shahi, María Carmen Martínez Riesco, Yolanda Jerez Gilarranz, Jorge Adeva Alfonso, Ricardo González del Val, Maribel Palomero Plaza, Gumersindo Pérez Manga.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante (QN) con trastuzumab (H) incrementa la tasa de respuestas completas patológicas (pCR) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) HER2+.

Materiales: Hemos llevado a cabo un ensayo clínico fase II unicéntrico de una nueva combinación de QN (sin antraciclina) en CMLA-HER2+, que incluye Docetaxel (T) 36 mg/m² IV d1º, 8º, y 22º; Capecitabina(X) 750 mg/m²/12h VO d1º-14º; y H 4mg/kg IV d1º(dosis de carga), seguido de 2mg/kg/semana IV, cada 28 (esquema TXH). La radioterapia (RT) y la hormonoterapia (HT), si RH+, fueron permitidos tras la cirugía. El objetivo primario del estudio fue evaluar la tasa de pCR tras la administración de 4 ciclos de QN.

Resultados: El ensayo se tuvo que interrumpir por pobre reclutamiento. Se incluyeron un total de 16p. Las características de las pacientes: mediana de edad = 47 años (30-68); premenopáusicas = 69%; carcinoma ductal = 94%, estadios clínicos: IIA=6,2%, IIB=43,8%; IIIA=31,2%; IIIB=18,8%; ganglios clínicamente positivos = 50%; mediana del tumor= 5cm (2-10), G3 = 47%; RE+ = 75%; RP+= 62,5%; RE+ y RP+ = 62,5%; EGFR negativo = 87,5%; p53+ = 37,5%; mediana de KI67=22,5% (2-79%); HER2+ por IHC+++ = 87,5% y IHC++/FISH+ =12,5%; RT= 50%; mediana de dosis=50Gy; HT=75%; y todas las pacientes recibieron H adyuvante.

- Objetivo primario: Tasa de pCR en mama y axila=18,8%; 25% tuvieron pCR solo en la mama; y entre las pacientes con ganglios clínicamente positivos 37,5% tuvieron pCR en ganglios.
- Objetivos secundarios: 1) Tasa de remisiones clínicas = 81,2% (RCC=25%), 2) Tasa de cirugía conservadora=6,2%; 3) Mediana de tamaño patológico = 2cm (0-5), 4) Perfil de seguridad: TXH fue muy bien tolerado, con retrasos de dosis del 14% y reducciones de dosis del 7%, no hubo ningún caso de disminución del FEVI durante la neoadyuvancia; 5) los datos de supervivencia son todavía poco maduros, ya que se ha producido tan sólo 2 eventos/ recidivas. Los datos de supervivencia (SLE y SG) se actualizarán para el congreso.

Conclusiones: TXH es un nuevo esquema de QN con buena eficacia clínica en CMLA-HER2+, con un perfil de toxicidad manejable.

P-217

**CÁNCER DE MAMA “TRIPLE NEGATIVO”.
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 100 CASOS**

Pablo Cerezuela Fuentes*, María García Solano**, Socorro Montalbán Romero**, Sebastián Ortiz Reina**, M^a José Martínez Ortiz*, Jerónimo Martínez*, Ana Torotorella*, José María Barón Saura*.

**Sección de Oncología Médica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena.*

Introducción y Objetivos: El carcinoma de mama “triple negativo” (TN), se define inmunohistoquímicamente por la falta de expresión para receptores de estrógenos (RE), progesterona (RP) y HER2, y constituye un grupo de tumores con características morfológicas comunes (la mayoría presentan alto grado, elevado índice de proliferación celular Ki-67 y son de tipo ductal NOS). Según series representan un 15% de los cánceres mamarios, siendo más frecuentes en mujeres premenopáusicas jóvenes, en latinoamericanas y en mujeres de raza negra, y se asocian a un mal pronóstico.

Materiales: Revisamos 100 casos de cáncer de mama TN diagnosticados en nuestro hospital, sobre los que intentamos establecer una correlación entre su morfología, inmunofenotipo, estadificación y comportamiento clínico. Para ello hemos utilizado un panel IHQ, con receptores hormonales, Herceptest, Ki-67, p53, citokeratinas luminales (CK 8/18) y basales (CK5/6) y factor de crecimiento (EGFR) de expresión basal y hemos registrado sus datos clínicos.

Resultados: El 33% de nuestra serie expresaron CK5/6, EGFR o ambos, quedando definidos como TN con fenotipo basal. Histológicamente la mayoría son de tipo ductal NOS, presenta alto grado histológico alto, elevado índice de proliferación celular y bajo estadio ganglionar (70% son N0 y de los N+, 50% son N1; en el resto de nuestros TN el 43% son N+).

Conclusiones: Las pacientes “triple negativo/fenotipo basal” tienen limitadas las opciones de terapia hormonal y anti HER-2, lo que podría influir en su peor pronóstico. Aunque los carcinomas de mama TN se han considerado sinónimos de fenotipo basal, en nuestras serie sólo representan un 33% de los casos, y consideramos se trata de un grupo heterogéneo, en el que debemos intentar buscar parámetros morfológicos e inmunofenotípicos que nos permitan establecer diferencias pronósticas y encontrar posibles dianas terapéuticas a través de ensayos, siendo especialmente

atractivos fármacos como bevacizumab, sunitinib, cetuximab, entre otros.

P-218

TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO CON TRASTUZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER 2 POSITIVO EN UNA SERIE HOSPITALARIA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE DE VALENCIA

Tania Fleitas Kanonnikoff, Ana Santaballa Bertrán, Blanca Munárriz Gandía, Joaquín Montalar Salcedo. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe de Valencia.*

Introducción y Objetivos: El tratamiento con Trastuzumab combinado con quimioterapia en el cáncer de mama metastásico HER2 positivo (CMMHER2+) aumenta la tasa de respuestas y prolonga la supervivencia. **Objetivos:** valorar toxicidad y eficacia del tratamiento con trastuzumab en pacientes con CMMHER2+ tratadas en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Fe.

Materiales: Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos clínicos de pacientes con CMMHER2+ tratadas con trastuzumab en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Fe. El trastuzumab se administró en pauta trisemanal y se analizó la toxicidad cardíaca de dicho tratamiento.

Resultados: Se estudiaron 32 pacientes entre junio de 1999 y marzo de 2009. Eran metastásicas de inicio 10 pacientes (32%). Recibieron antraciclinas y/o taxanos como tratamiento de primera línea 27 pacientes (85%). Recibieron trastuzumab + taxanos 15 pacientes (46%) y 17 pacientes (52%) trastuzumab asociado a otros tratamientos. El trastuzumab se suspendió por progresión en 17 (53%) pacientes y toxicidad cardíaca en 5 (16%). En el momento del análisis 6 pacientes continuaban tratamiento (19%). El intervalo libre de enfermedad fue de 29 meses (IC 95% 20,6 - 37,3) y la supervivencia global fue de 72 meses (IC 95% 48,5 - 95,4). La mediana de supervivencia de tratamiento con trastuzumab fue de 19 meses (IC 95% 9,5- 28,4) y el ILP hasta primera progresión fue de 15 meses (IC 95% 10,8-19,1). Recibieron tratamiento con trastuzumab durante más de 2 años 11 pacientes (34%). En 5 pacientes se observó un deceso asintomático de la FEVI y ninguna paciente presentó clínica de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: Del análisis de nuestra serie podemos concluir que la toxicidad cardíaca del tratamiento con trastuzumab es escasa incluso cuando el trastuzumab se administra durante periodos prolongados.

P-219

ESTUDIO RETROSPECTIVO PARA ESTABLECER EL PAPEL DE LA RM COMO TÉCNICA DIAGNÓSTICA DE LOS ESTADÍOS INICIALES DEL CARCINOMA DE MAMA: CORRELACIÓN ENTRE LA DETECCIÓN DE NUEVOS FOCOS MEDIANTE RM Y LAS CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DEL TUMOR

Lisardo Ugidos de la Verga, Isabel Calvo Plaza, Carmen Miró, Ana Suárez, Paloma Quevedo, Manuela Parras, Mercedes Herrero, Lina García, Manuel Hidalgo, Laura García Estévez.

Programa de Cáncer de Mama, Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid.

Introducción y Objetivos: Objetivos: Analizar el papel de la RM en la detección de nuevos focos de enfermedad y la necesidad de realizar biopsias adicionales en pacientes con carcinoma de mama en estadios iniciales (CMEI). Asimismo, correlacionar la detección de nuevos focos con las características patológicas del tumor.

Materiales: Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes con CMEI que se hubieran sometido a una RM y mamografía como técnicas diagnósticas. Las siguientes características patológicas fueron analizadas: tipo de tumor, grado histológico, receptores de estrógenos (RE) y progesterona (RP), HER2 y Ki67. HER2 fue analizado por FISH, mientras que los RE y RP así como Ki67 fueron analizados por inmunohistoquímica. Se llevó a cabo un análisis univariante para determinar la existencia de una correlación significativa entre la detección de nuevos focos y cada una de las características patológicas del tumor.

Resultados: Hasta la fecha, se han analizado un total de 98 pacientes: mediana de edad 49 años (rango: 35-79); tipo de tumor: a) carcinoma ductal infiltrante (n=73, 74%); b) carcinoma lobulillar infiltrante (n=13, 13%); c) carcinoma ductal in situ (n=6, 6%); amplificación de HER2 (n=18, 18%); grado III (n=33, 33%); Ki67 ≥ 25% (n=33, 33%); RE y RP positivos (n=78, 79%); tumores triple negativos (n=8, 8%). La RM detectó enfermedad residual en 38 casos (39%) que obligó a la realización de biopsias adicionales en 20 casos (20%). 39 pacientes (39%) se sometieron a mastectomía. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la detección de nuevos focos de enfermedad mediante RM y la presencia de tumores con alto grado de proliferación, determinado mediante el marcador celular Ki67 (punto de corte ≥ 25%) (p<0.005). No se estableció ninguna otra correlación significativa con las otras variables patológicas analizadas.

Conclusiones: En pacientes diagnosticados de CMEI, la RM detectó la presencia de nuevos focos de enfermedad

en el 39% de los casos, lo que obligó a la realización de biopsias adicionales en el 20% de estos casos. Los tumores altamente proliferativos se correlacionaron significativamente con la detección de nuevos focos de enfermedad mediante RM. Los datos actualizados del estudio serán presentados en el Congreso.

P-220

ESTUDIO DE DENSIDAD DE DOSIS EN NEOADYUVANCIA: ADRIAMICINA-CICLOFOSFAMIDA SEGUIDOS DE DOCETAXEL MAS TRASTUZUMAB SI HER-2 SOBRE-EXPRESADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO

Isabel Blancas, Irene Zarcos, María Teresa Delgado, Pablo Iglesias, Josefa Carrillo, Belén Ríos, Eduardo Palacios, José Miguel Jurado, María José Sánchez, José Luis García Puche. *Unidad de Oncología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada.*

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia en neoadyuvancia de la combinación cada 15 días de adriamicina-ciclofosfamida seguido de docetaxel (mas trastuzumab si Her-2 sobre-expresado) en pacientes con cáncer de mama. Objetivo primario: respuesta completa patológica (pCR). Objetivos secundarios: respuesta clínica y toxicidad.

Materiales: Pacientes con estadio IIB o III de cáncer de mama, sin incluir cáncer inflamatorio fueron tratadas con 4 ciclos de adriamicina 60 mg/m² y ciclofosfamida 60 mg/m² seguidos de 4 ciclos de docetaxel 100 mg/m² administrados cada 15 días con factor estimulante de colonias de granulocitos. Trastuzumab 6 mg/kg fue administrado junto al docetaxel a las pacientes que presentaran sobre-expresión de Her-2 por inmunohistoquímica o hibridación in situ por fluorescencia. Para la valoración de respuesta clínica se utilizaron los criterios RECIST. Como test estadístico se utilizó un descriptivo de frecuencias.

Resultados: De las 28 pacientes incluidas, 32% tenían tumores T3, el 64% tenían clínicamente ganglios positivos, y el 21% sobreexpresaban Her-2. Ocho pacientes (29%) consiguieron pCR en la mama y en los ganglios y 10 pacientes (36%) consiguieron pCR en la mama, y 19 pacientes (67%) no presentaban afectación ganglionar tras el tratamiento neoadyuvante. Respuesta clínica fue documentada en 25 pacientes (89%) con 11 respuestas completas (39%). Se pudo realizar cirugía conservadora en el 85% de las pacientes. Las toxicidades grado 3/4 fueron astenia(39%), epidemolisis en manos (25%) (sólo se apreció tras la administración de dos o más ciclos de docetaxel), neutropenia febril (10%), vómitos(3%).

Conclusiones: Con una respuesta clínica y pCR del 89% y del 29%, respectivamente, el esquema con densidad de dosis de adriamicina-ciclofosfamida seguido por docetaxel (mas trastuzumab, si Her-2 sobre-expresado) es muy efectivo en el tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama. Aunque bien tolerado en general, se ha apreciado un significativo número epidemolisis, probablemente en relación con la densidad de dosis, por lo no se sugiere el uso del docetaxel a esta dosis cada 15 días.

P-221

FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO ESTADÍOS I-III

José Miguel Jurado García, Rosario Del Moral*, José Antonio Ortega*, Pablo Iglesias, Manuel Pérez, Irene Zarcos, Belén Ríos, Maite Delgado, Isabel Blancas, José Luis García-Puche. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Cecilio de Granada. *Hospital Virgen de las Nieves. Granada.*

Introducción y Objetivos: Las pacientes con cáncer de mama triple negativo (TN) se asocian con mayor riesgo de recidiva y muerte, estando en marcha diferentes ensayos para identificar cual es la mejor terapia en este subgrupo de pacientes. El objetivo de este estudio es determinar la supervivencia de los tumores TN en nuestra serie y analizar los factores pronósticos clásicos.

Materiales: Analizamos de forma retrospectiva pacientes con cáncer de mama entre 1998 y 2004 procedentes del HUVN. Las pacientes se clasificaron como fenotipo TN mediante técnicas de inmunohistoquímica definido como receptor de estrógeno (RE)-, receptor de progesterona (RP)- y HER-2-. Aplicamos el test de Log-Rank y el modelo de Cox ajustado según los diferentes factores pronósticos como la edad (< 40 14%), afectación ganglionar (N0 36%, N1-3 43%, N> 4 21%), tamaño tumoral (T1 52%, T2 37%, T3 4,7%), grado de diferenciación (G1-2 59%, G3 20%) y tipo histológico (ductal 76%, lobulillar 8%, medular 3,5%).

Resultados: Un total de 86 pacientes (86/568) 15% fueron clasificadas como TN. Mediana de edad 53 años. El 73% recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia (antraciclinas 33%, antraciclinas-taxanos 18% y CMF 22%). Con una mediana de seguimiento de 39 meses, la SG a los 3 años fue del 86% y la SLE del 65,6%. En el análisis univariante la edad > 40 años, la ausencia de afectación ganglionar y el esquema CMF se asociaron con un aumento significativo de la SG y SLE. En el multivariante sólo la edad (RR de muerte en < 40 años 3,4 veces más que las > 40 años, p=0,039) y afectación ganglionar (RR en las N+ 12 veces más que las N-, p=0,023) se mostraron como factores pronósticos independientes para SG y SLE.

Conclusiones: En nuestra serie se confirman los pobres resultados obtenidos en las pacientes con cáncer de mama triple negativo con independencia del esquema de quimioterapia utilizado. La edad joven y la afectación ganglionar implican un especial peor pronóstico.

P-222

EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DEL IMPACTO DE LAS ALTERACIONES SINTOMÁTICAS DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRATADAS CON TRASTUZUMAB

José Juan Illarramendi Mañas, José Esteban Salgado Pascual, Nuria Lainez Milagro, Maite Martínez Aguillo, Virginia Arrazubi Arrula, Berta Hernández Marín, Idoia Morilla Ruiz, Lucía Teijeira Sánchez, Juan Antonio Verdú Aguilar, Ruth Vera García.

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Navarra.

Introducción y Objetivos: Las alteraciones en la función tiroidea son frecuentes durante el tratamiento con diversos inhibidores de la tirosinquinasa. Aunque en los ensayos clínicos no se han reportado un impacto significativo de eventos tiroideos en pacientes tratadas con trastuzumab (HCP), la incidencia de esta asociación en la práctica clínica habitual no se encuentra bien definida.

Materiales: Evaluación retrospectiva de la incidencia de eventos con alteración sintomática de la función tiroidea en pacientes con cáncer de mama tratadas durante al menos 2 meses con HCP en nuestro Servicio (2002-2009). Evaluación estándar mediante autoanizador de quimioluminiscencia. Se estudia la potencial repercusión cardiaca de los eventos tiroideos.

Resultados: 179 pacientes (p.) (178 mujeres, 1 varón). Mediana de edad: 50.8 años (29-82). Ambito del tratamiento: Adyuvante/neoadyuvante: 104 p. Metastático: 69 p. Metastático tras neo/adyuvancia con HCP: 6 p. Mediana de duración del HCP: 11,9 meses (2-89). En 16/179 p. (8,9%) se encontraron alteraciones tiroideas sintomáticas. 4 p. presentaron hipotiroidismo severo de nuevo diagnóstico, con tiroxina (T4) < 0.50 ng/dl. 1 p. presentó hipertiroidismo severo (T4 > 3 ng/dl). 7 p. sintomáticas tuvieron alteraciones mínimas de T4 y/o TSH. 4 p. con tiroxina oral previa requirieron ajustes de dosis por alteraciones sintomáticas en T4 y/o TSH. Se inició tratamiento oral con tiroxina en 6 p. En 14/179 p. (7,8%) se encuadran las alteraciones sintomáticas como eventos grado 2 de hipotiroidismo (CTC 2.0). Todas ellas habían recibido radioterapia previa a drenajes ganglionares. En ninguna paciente se relacionaron las alteraciones tiroideas con eventos cardiacos.

Conclusiones: Las alteraciones en la función tiroidea que requieren de instauración de tratamiento con tiroxina ó ajuste de la misma son poco frecuentes pero no excepcionales en pacientes tratadas con HCP, sobre todo tras radioterapia a drenajes supraclaviculares y/o cervicales, y deben de tenerse en consideración en pacientes con síntomas sugestivos de hipotiroidismo.

P-223

¿ES LA RMN ÚTIL PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA? CORRELACIÓN ENTRE LA RMN Y LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Virginia Calvo de Juan, Ana Collazo Lorduy, Jacobo Gómez-Ulla Astray, Aitana Calvo Ferrándiz, Lourdes Marcos*, Ana Isabel Ballesteros, Amalia Velasco.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de la Princesa. Servicio de Radiodiagnóstico, Unidad de Mama. Hospital Universitario de La Princesa.*

Introducción y Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante es una parte bien establecida del tratamiento de los cánceres de mama de gran tamaño, potencialmente operables y localmente avanzados. Para evaluar la respuesta al tratamiento cada vez se emplea más la RMN. El objetivo principal de nuestro estudio es relacionar la imagen de la RMN después del tratamiento neoadyuvante con los hallazgos anatomopatológicos tras la cirugía.

Materiales: Se analizan los resultados de 69 pacientes diagnosticados de cáncer de mama localmente avanzado y tratados con quimioterapia neoadyuvante en nuestro servicio entre los años 2003 y 2009. Se recogen los resultados de las RMN previas y posteriores al tratamiento; así como los resultados histológicos tras la cirugía. Se evalúa el volumen tumoral y la presencia o ausencia de ganglios afectos en la RMN y su relación con los hallazgos anatomopatológicos tras la cirugía.

Resultados: Se obtienen datos de 67 mujeres y 1 varón, con una edad media de 53,37 y un rango de 33 a 74 años. Un 60,29% de los casos eran mujeres postmenopáusicas y un 39,7% premenopáusicas. En cuanto a su estado hormonal, el 62,7% tenía receptores de estrógenos positivos, el 46,3% tenía receptores de progesterona positivos y el 22,4% eran C-erb-B2 positivos por inmunohistoquímica. El 54,4% recibió AC-4 + Taxotere-4, el 11,8% una combinación de TAC por 6 ciclos. El 58,2% de los pacientes presentaba ganglios positivos anatomopatológicamente, de éstos el 46,35% se consideraron radiológicamente significativos (p=0,099).

Conclusiones: En este estudio hemos confirmado los resultados previamente registrados en la literatura: la RMN tiende a sobreestimar la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante. Del total de pacientes con ganglios negativos radiológicamente (50,74%), el 55,8% son falsos negativos, es decir clasificaríamos como axila negativa a pacientes con afectación ganglionar. Serían necesarios estudios más extensos para definir el papel de la RMN en la planificación de la cirugía posterior al tratamiento neoadyuvante.

P-224

EVOLUCIÓN DE LA RECAÍDA LOCORREGIONAL TRAS CIRUGÍA EN CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS DE UN ÚNICO CENTRO

José García, José Alejandro Pérez-Fidalgo, Ana Santaballa, Blanca Munarriz, Ana María García*, Joaquín Montalar. *Servicio de Oncología y Anatomía Patológica*. Hospital La Fe Valencia.*

Introducción y Objetivos: La recaída locorregional (RL) implica un peor pronóstico y tiene un efecto deletéreo en supervivencia en pacientes (ptes) tratadas tanto con mastectomía como con cirugía conservadora. Nuestro objetivo fue realizar un estudio descriptivo de las ptes con RL tratadas en nuestra institución.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital La Fe de Valencia analizando 117 casos de carcinoma in situ o infiltrante de mama estadio 0 –III resecados que presentaron una RL recogidos entre 1988 y 2008.

Resultados: Se analizaron 117 ptes cuya mediana de edad fue 52 años (25-81). Todas las ptes habían sido intervenidas con mastectomía en el 60.7% de los casos y tumorectomía en el 34.2%. Los bordes de resección estaban afectados en el 5.1%. Se realizó linfadenectomía axilar en el 89.7%. El estadio inicial fue 0-IIIB en 73.3% y III en 26.7% con un 56,5% de ganglios positivos. En el 78% la histología fue carcinoma ductal y en el 15,5% lobulillar. Se apreció componente in situ asociado al infiltrante en el 21%. El 99.1% de las RL se presentaron como primera recurrencia de la enfermedad. RL se localizó en lecho de mastectomía o resto de mama ipsilateral (78%) y en los ganglios locorregionales (19%). 62 pacientes (52.9%) han presentado una recaída sistémica (12 en primera recurrencia y sincrónica a la RL, 17 en segunda y 33 en recaídas posteriores). La mediana de tiempo hasta la recaída local fue de 37 meses y la supervivencia global de la serie (SG) de 78 meses con una mediana de seguimiento de 93 meses.

Conclusiones: La RL supone una ubicación frecuente de primera recurrencia. La SG de RL (68 meses) es superior a las de cáncer de mama metastático conocidas. Existe una eleva proporción de recaídas sistémicas (52.9%) en nuestra

serie sugiriendo que RL podría ser un valor predictivo de recaída a distancia.

P-225

DESCENSO DE LINFOCITOS EN SANGRE PERIFÉRICA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DE CÁNCER DE MAMA

María Ángeles Vicente Conesa, Elena García Martínez, Enrique González Billalabeitia, Marta Zafra Poves, Cristina Castilla, Teresa García García, José Antonio Macías Cerrolaza, Inmaculada Ballester, Vicente Vicente García, Francisco Ayala de la Peña.

Servicio de Hematología y Oncología médica. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Introducción y Objetivos: Determinar si en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tratadas con quimioterapia neoadyuvante (QTn), el descenso del número de linfocitos en sangre periférica (LP) es factor predictivo de SLE y/o OS.

Materiales: Hemos realizado un análisis retrospectivo de 105 pacientes diagnosticadas de cancer de mama y tratadas con QTn. La mayoría de las pacientes recibieron esquemas basados en antraciclinas y taxanos. Recogimos el valor absoluto de LP antes del primer ciclo de QTn (LP basal); antes del segundo ciclo de AC (LPa) y el valor de LP tres semanas después del último ciclo de QTn (LPc). Así mismo calculamos la mediana de descenso de LP (MD) respecto a LP basal, obteniendo MDa=LPa-LPbasal; MDc=LPc-LPbasal.

Resultados: La mediana de edad de las 105 pacientes es de 50 años. Al diagnóstico 16,2% de las pacientes presentaban estadio IIA, 19% IIB, 30,5% IIIA, 14,3% IIIB, 15,2% IIIC. Tras la cirugía, la respuesta completa patológica (pRC) fue 14,9% a nivel del tumor primario y 37,9% pRC axilar. El seguimiento de nuestras pacientes es de 25 meses (m). La mediana de descenso de LP es MDa=300 10⁶/L (2400, -1000), MDc=700 10⁶/L (3900, -400). Las pacientes con descenso de LP antes del segundo ciclo de AC (>MDa=300 10⁶/L) presentaban peor SLE, siendo estadísticamente significativo en el análisis univariante (HR =4,022; 95% CI:1,105–14,63; p 0,035) y multivariante (HR=5,36; 95% CI:1,1–25,82; p 0,037). Además descensos en LP al finalizar QTn (>MDc=700 10⁶/L) se correlaciona con peor SLE de estas pacientes en el análisis univariante y multivariante (HR=5,9 95% CI:1,2–27,5; p0,022 y; HR=9,7 95% CI:1,11–85,07; p 0,04 respectivamente). No se han observado diferencias en supervivencia global.

Conclusiones: En las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en tratamiento con QTn el descenso del número absoluto de linfocitos en sangre periférica se asocia con un peor pronóstico.

P-226

EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Manuel Ruiz Borrego*, Enrique Sáez**, José M. Puerto***, Francisco Álvarez***, José Luis García-Puche****, Amparo Oltra*****, Javier Cassinello*****, Elisa Calvo*, Carlos González de la Puente*, Ana De Miguel*****.

*Servicio Oncología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; **Unidad de Mama. Hospital Carlos Haya, Málaga; ***Servicio Oncología. Hospital Infanta Cristina, Badajoz; ****Servicio Oncología. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; *****Servicio Oncología. Hospital San Cecilio, Granada; *****Servicio Oncología. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy; *****Servicio Oncología. Hospital de Guadalajara; *****Servicio Oncología. Hospital Althaisa, Manresa.

Introducción y Objetivos: La combinación de Paclitaxel, Docetaxel y Trastuzumab en primera línea de CMM es activa y bien tolerada, con menor riesgo de cardiotoxicidad, al no contener antraciclinas. Datos de la continuación del tratamiento con Trastuzumab en combinación con otros agentes quimioterápicos, tras progresión de la enfermedad, muestran tiempos a la progresión superiores a quimioterapia sola, así como respuestas en pacientes previamente tratados en varias líneas con Trastuzumab, sugiriendo este hecho una falta de resistencia a Trastuzumab.

Materiales: Estudio asistencial observacional, para recoger datos sobre pacientes con CMM HER2+ tratadas con la combinación de Paclitaxel ó Docetaxel y Trastuzumab y posteriormente tratadas con Trastuzumab como agente único ó en combinación con Capecitabina, Vinorelbina o Gemcitabina. Todas las pacientes tuvieron un estado funcional de > 70% en la escala de Karnofsky, FEVI 50%. Esquema de tratamiento: semanal o cada 3 semanas (Paclitaxel, Docetaxel, Vinorelbina, Trastuzumab); cada 3 semanas (Gemcitabina, Capecitabina).

Resultados: Se reclutaron 59 pacientes evaluables; media de seguimiento: 5,4 meses (rango 0 – 29,2). Media de edad 53 años (rango 33-76). Carcinoma ductal: 93%; grado III: 49%. RE+: 48%, RP+: 47%. Localización de metástasis: hígado (56% de pacientes). FEVI en 55,2% de pacientes (66% media). Pauta de administración de fármaco: semanal, 14%; cada 21 días, 86%. RC: 4,8%, RP: 28,6% y EE: 45,2%. Se registraron 28 progresiones, con un tiempo medio desde el primer ciclo de tratamiento hasta progresión de 5,4 meses. Mediana de supervivencia: 17 meses (rango 12,8 – 28,3); tiempo medio de supervivencia: 20,6 meses (rango 5,4 - 28,6). Efectos adversos observados (5% pacientes): plaquetopenia grado 3, neutropenia grado 2-3, onicolisis, fiebre neutropénica, astenia e infección por *Staphylococcus aureus* del catéter.

Conclusiones: La combinación de trastuzumab con quimioterápicos no antraciclinas es un regimen activo y bien tolerado observándose tiempos a la progresión superiores a los conseguidos en archivos históricos con quimioterapia sola.

P-227

LINFEDEMA EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Esther Uña Cidón (1), Patricia Diezhandino (2), Julio Nieto (2), Francisco López-Lara (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (2) Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: El linfedema del miembro superior (LMS) es una complicación relativamente común tras el tratamiento del cáncer de mama (CM). Aunque su etiología es multifactorial por lo general está relacionado con la linfadenectomía axilar (LA) y el tratamiento con radioterapia. Su aparición puede estar asociada con problemas funcionales, estéticos y psicológicos que podrían afectar a la calidad de vida de las supervivientes de CM. Nuestro estudio describe la prevalencia y características clínicas y exploratorias del LMS en pacientes sometidas a cirugía de CM en nuestro Hospital.

Materiales: Evaluamos a las pacientes diagnosticadas de CM en 2004 y sometidas a LA como parte del tratamiento quirúrgico inicial. Se analizó la prevalencia de linfedema en estas pacientes y sus complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 80 mujeres. Media de edad 62. 10 mujeres (12%) informaron de la hinchazón del brazo o la mano desde la cirugía (7 de ellas leve). 14 (17%) informaron hinchazón reciente fluctuante a lo largo del día. 7 de ellas la presentaban constante principalmente en la mano. Se consideró como hinchazón leve cuando afectaba sólo la mano. Las mujeres que informaron de hinchazón grave tenían significativamente peor funcionalidad del miembro y la mitad de ellas presentaba síntomas depresivos también. La presencia de linfedema condicionaba su actividad social y repercutía en su percepción corporal por lo que el 94% de las mujeres iniciaron el tratamiento de la hinchazón con un alto grado de cumplimiento terapéutico (88%). Hemos detectado que sólo cinco mujeres presentaba alto índice de masa corporal, todas ellas con más de diez ganglios linfáticos extraídos y la mitad de ellos afectados por tumor. De todas las pacientes afectadas el 86% habían recibido radioterapia.

Conclusiones: El LMS es un problema crónico para un subgrupo de supervivientes a largo plazo de CM que afecta negativamente su funcionalidad física. Se necesitan esfuerzos educativos para el conocimiento de esta complicación y el inicio precoz de un tratamiento que pueda repercutir positivamente en la funcionalidad del miembro.

P-228

RENTABILIDAD DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN EN CÁNCER DE MAMA INICIAL

Esther Uña Cidón (1), Gema Fernández (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2) Servicio de Radioterapia del Hospital Central de Asturias en Oviedo.

Introducción y Objetivos: La gammagrafía ósea (GO), la radiografía de tórax (Rx) y la ecografía hepática (EH) son pruebas comúnmente utilizadas como parte del diagnóstico de extensión en las pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, en ausencia de enfermedad sintomática, la utilidad de estas pruebas de rutina es controvertida. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar el rendimiento de estas pruebas en esta población de pacientes.

Materiales: Se evaluaron 70 pacientes asintomáticas con diagnóstico reciente de cáncer de mama invasivo que había sido sometidas a un diagnóstico de extensión utilizando estas pruebas. Si mediante alguna prueba se sospechó enfermedad metastásica, ésta se confirmó a través de la realización de otros test de imagen (radiología simple de huesos, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética) con el fin de identificar los diagnósticos verdaderos positivos.

Resultados: El 10% de las pacientes tuvieron resultados patológicos. 4 de 7 pacientes fueron correctamente diagnosticadas por las pruebas iniciales (verdaderos casos positivos). La GO detectó metástasis óseas verdaderas en el 4,2% de las pacientes y la Rx concluyó que existían metástasis pulmonares en el 1,4%. En uno de cada dos casos sospechosos por Rx, en dos de dos casos sospechosos por EH y en 0 de 3 por GO se llegó a la conclusión de falsos positivos. De esta forma el 43% de las pacientes con hallazgos sospechosos en los test de rutina son falsos positivos.

Conclusiones: En las pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama invasivo asintomáticas, el estudio de extensión a distancia de rutina no se justifica debido a la escasa frecuencia de metástasis y a la tasa elevada de falsos positivos.

P-229

PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PARA VALORAR LA RESPUESTA EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torrevieja-salud.

Introducción y Objetivos: La valoración de la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante no siempre es sencilla, encontrando limitaciones a la hora de valorar la respuesta

únicamente mediante la exploración física y la mamografía. La resonancia magnética (RM) está emergiendo como una técnica útil en la valoración de la respuesta en este aspecto. El objetivo es valorar la relación entre respuesta radiológica y respuesta patológica con el empleo de la RM.

Materiales: Revisión retrospectiva de pacientes tratadas con quimioterapia neoadyuvante para cáncer de mama entre marzo de 2007 y marzo de 2008 en las que se ha valorado la respuesta mediante RM y mamografía. Encontramos 19 pacientes en dicho periodo y analizamos la relación entre respuesta radiológica y patológica.

Resultados: Encontramos 19 pacientes con una media de edad de 53,64 años que recibieron tratamiento neoadyuvante en régimen adriamicina-ciclofosfamida x 4 ciclos y docetaxel x 4 ciclos de forma secuencial. Encontramos 5 respuestas completas patológicas (26,3%), 11 respuestas parciales (57,9%), de las cuales 3 era enfermedad microscópica residual, y 3 pacientes sin respuesta (15,8%). Mediante el empleo de RMN se detectaron 4 respuestas completas, 12 respuestas parciales y 3 sin respuesta. Únicamente en 3 valoraciones no coincidió la respuesta radiológica y la respuesta patológica. Las discordancias fueron: 1. Una respuesta completa por RMN resultó presentar enfermedad microscópica residual. 2. Dos respuestas parciales mayores por RM resultaron ser respuesta completa patológica.

Conclusiones: Parece existir una excelente correlación entre RM y respuesta patológica, siendo en nuestro caso de un 84,2% encontrando como en otras publicaciones una valoración de respuesta mayor en una paciente con enfermedad microscópica residual. La RM parece presentar una mejor correlación que la mamografía o la exploración física.

P-230

REGRESIÓN COMPLETA DE METÁSTASIS COROIDEA TRAS TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB EN CÁNCER DE MAMA DISEMINADO

(*)Diego Soto de Prado, (**)María A. Saornil, (*)Amelia Ceballos, (**)Ciro García-Álvarez, (**)María I. López-Gálvez, (*)Beatriz Peláez, (*)Francisco López-Lara.

(*) Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. (**) Servicio de Oftalmología. Unidad de tumores oculares. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

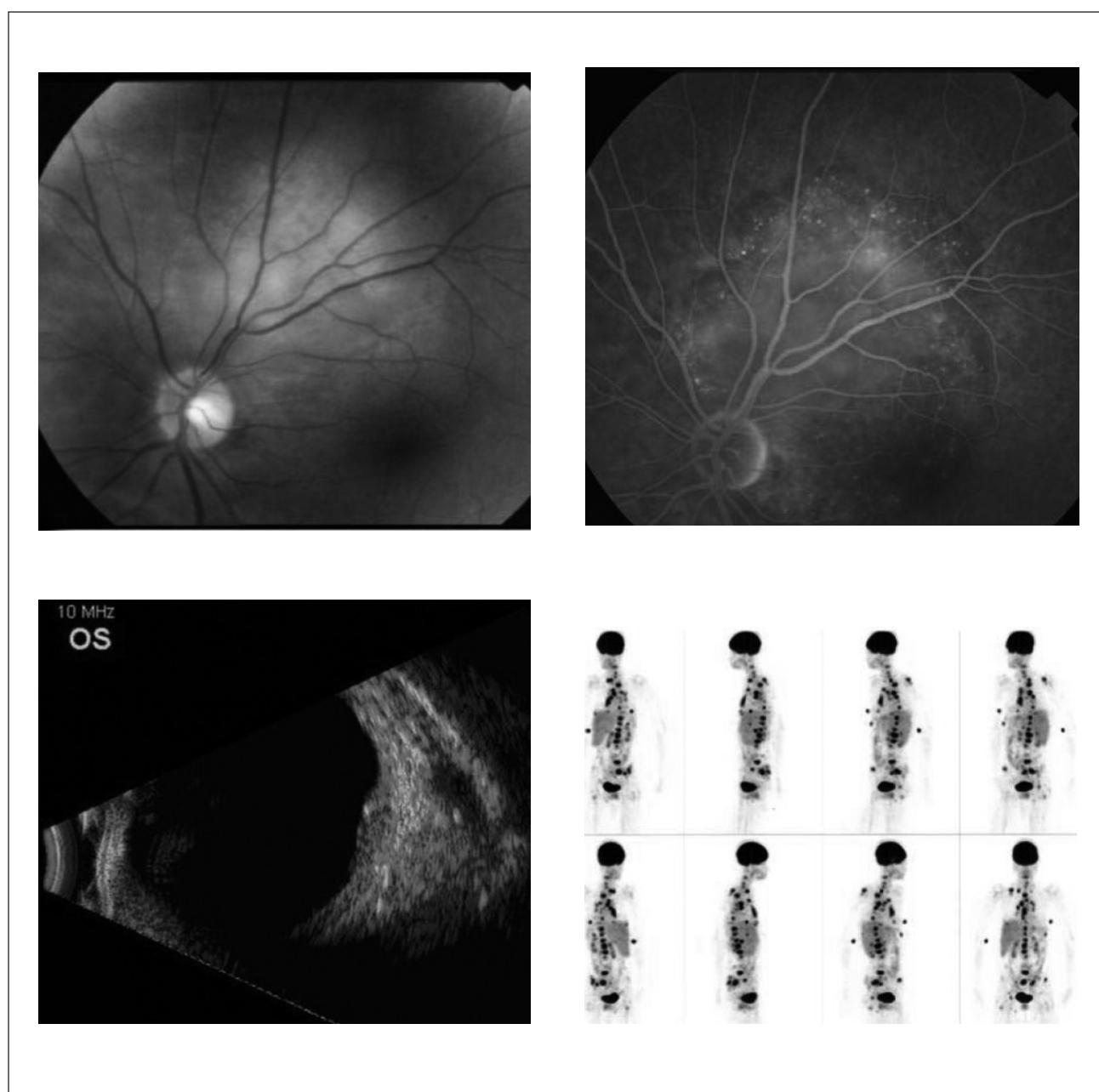
Introducción y Objetivos: Presentamos el primer caso de metástasis coroidea como forma de debut de cáncer de mama con regresión completa tras tratamiento sistémico con Bevacizumab.

Materiales: Paciente de 44 años de edad que en junio de 2008 acude al servicio de oftalmología por disminución de

la agudeza visual de 1 mes de evolución, apreciándose en el examen oftalmoscópico una masa coroidea compatible con metástasis. El PET-TAC mostro múltiples captaciones óseas y en mama izquierda, cuya biopsia fue compatible con carcinoma de mama (figura 1). Con el objetivo de preservar la visión se planteó tratamiento con radioterapia externa, pero la paciente lo rechazó, iniciándose tratamiento sistémico con Paclitaxel y Bevacizumab en base a los resultados del estudio E2100.

Resultados: Desde el inicio del tratamiento sistémico la agudeza visual fue mejorando, con regresión completa de la metástasis coroidea y parcial de las metástasis óseas tras tres meses de tratamiento y en la actualidad tras once meses de seguimiento. El manejo de estos pacientes debe de ser multidisciplinar, integrando al oftalmólogo, el oncólogo radioterapeuta y el oncólogo médico. El control local de este tipo de lesiones es excelente con los tratamientos actuales basados principalmente en la radioterapia externa

Figura 1.



y/o la quimioterapia. Si bien los fármacos citostáticos se han usado con frecuencia, la radioterapia externa ha sido utilizada como tratamiento definitivo al permitir al paciente preservar la visión, no estando exenta de efectos secundarios locales. En nuestra paciente el tratamiento sistémico permitió controlar no solo la metástasis ocular, sino también la afectación ósea.

Conclusiones: El empleo de tratamiento sistémico con esquemas que incluyan fármacos antiangiogénicos puede ser una estrategia a estudiar como alternativa a tratamientos locales en metástasis coroideas de cáncer de mama.

P-231

ANÁLISIS DE PACIENTES TRATADAS CON TRASTUZUMAB Y CAPECITABINA EN UN ESTUDIO SOBRE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO HER2 POSITIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Manuel Ruiz Borrego*, José M. Puerto**, Francisco Álvarez***, Elisa Calvo*, Carlos González de la Puente*, Yolanda López****, María Lomas**.

*Servicio Oncología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla;

**Servicio Oncología. Hospital Infanta Cristina, Badajoz;

***Servicio Oncología. Hospital Juan Ramón Jiménez,

Huelva; ****Servicio Oncología. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Introducción y Objetivos: La continuación del tratamiento con Trastuzumab tras la progresión de la enfermedad en pacientes con CMM Her-2+, administrado en combinación con otros agentes quimioterápicos, ha demostrado tiempos a la progresión superiores a los conseguidos con quimioterapia sola, así como respuestas en pacientes previamente tratados en varias líneas con Trastuzumab, sugiriendo este hecho una falta de resistencia a Trastuzumab.

La combinación de Trastuzumab y Capecitabina en estos pacientes ha mostrado una eficacia muy interesante. Se ha demostrado previamente que, en combinación, una dosis diaria de 2.000 mg/m² de Capecitabina es igualmente efectiva y menos tóxica que 2500 mg/m².

Materiales: Estudio asistencial observacional, para recoger datos sobre pacientes con CMM HER2+ tratadas previamente con una línea de quimioterapia que incluya Trastuzumab. Todas las pacientes tuvieron un estado funcional de ≥ 70% en la escala de Karnofsky, FEVI 50%. Los pacientes recibieron tratamiento en primer lugar con Trastuzumab semanal o cada 3 semanas, seguido de Capecitabina (1.000 mg/m² biD, 14d, cada 21 días).

Resultados: Se reclutaron 26 pacientes (11 evaluables); media de seguimiento: 4,4 meses (rango 1,4 – 14,4). Media de edad 53 años (rango 38 - 71). Carcinoma ductal: 92%; grado III (46%). RE+: 46%, (RP+): 46%. Localización de metástasis: hígado (62% pacientes). FEVI en 65,4% pacientes (media 66% (rango 50 – 80)). Pauta de administración de fármaco: semanal, 3,8%; cada 21 días, 96,2%. Tasa de beneficio clínico (RC+ RP+ EE): 45,5%. Se registraron 11 progresiones; Tiempo medio desde el primer ciclo de tratamiento hasta progresión, 4,4 meses (rango 1,4 - 14,4). Mediana de supervivencia no alcanzada. Tiempo medio de supervivencia, 13,7 meses (rango 11,8 – 15,7). No se reportaron acontecimientos adversos.

Conclusiones: La combinación de Trastuzumab con Capecitabina es un régimen activo y bien tolerado observándose tiempos a la progresión superiores a los conseguidos en archivos históricos con quimioterapia sola.

P-232

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON QUIMIOTERAPIA U HORMONOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA LUMINAL A

Ángel Guerrero, Joaquín Gavilá, Amparo Ruiz, Miguel Climent, Francisco Gozalbo, Josefina Camps, Fuensanta Martínez, María Carrascosa, Vicente Guillem.

Fundación Instituto Valenciano de Oncología.

Introducción y Objetivos: Los tumores Luminal A, aunque de buen pronóstico, son considerados quimiorresistentes. El objetivo de este estudio es comprobar si en este subgrupo la eficacia de la hormonoterapia neoadyuvante (HTneo) es equiparable al tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (QTneo).

Figura 1. Características de los pacientes.

	Mediana Edad	cTNM	Histología	Grado	RH > 40%	Mediana de tiempo de Tto
QTneo (n=51)	57.2 años	EII: 66.7%EIII: 33.3%	CDI: 68.6%CLI: 25%	G1: 45.7%G2: 54.3%	RE: 90%RP: 55%	4.6 meses
HTneo (n=64)	76.6 años	EII: 84%EIII: 16%	CDI: 60.2%CLI: 28%	G1: 65.8%G2: 38.7%	RE: 91%RP: 41%	7.4 meses
	t-testp=0.03	c 2p=0.01	c 2p=0.5	c 2p=0.1	c 2p=0.6	t-test p=0.02

Materiales: Entre Octubre de 1997 y Enero de 2009 recibieron tratamiento neoadyuvante en nuestro centro 240 pacientes con tumores de mama considerados Luminal A por criterios inmunohistoquímicos (Receptor Estrógeno y/o Receptor Progesterona positivos; Her2neu negativo). Excluyendo pacientes premenopáusicas, tumores inflamatorios, estadios IIIc, y no operados, identificamos 51 pacientes tratados con QTneo (antraciclinas y taxanos en 41 pacientes), y 64 con HTneo (letrozol). Todos los pacientes con QTneo recibieron hormonoterapia adyuvante, y del grupo con HTneo un 15% recibió QT adyuvante y después hormonoterapia. RT complementaria en el 100% de los pacientes.

Resultados: El único factor adverso predictivo de supervivencia libre de enfermedad (SLE) fue la existencia de un estadio ypTNM > estadio I (log-rank test $p=0.02$).

	Respuesta Clínicas (RC+RP)	Cirugía Conservadora	ypT0 ypN0	ypT0-1 ypN0	SLEa 44 meses
QTneo	59.5%	40.8%	12%	30.7%	92%
NTneo	49.2%	49%	3.2%	39.7%	86%
	c 2 $p=0.3$	c 2 $p=0.37$	c2 $p=0.06$	c 2 $p=0.9$	Log- Rank $p=0.29$

Conclusiones: En los cánceres de mama subtipos Luminal A, la HTneo con letrozol a pesar de obtener menor tasa de respuesta completa patológica que la QTneo, podría ofrecer resultados equiparables en tasa de cirugía conservadora y supervivencia.

P-233

IMPACTO EN FUNCIONALISMO SEXUAL DE LA TERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS

Carlos Jara Sánchez, Manuel Ruiz*, Clara Olier, Nuria Romero, Alicia Hurtado, Susana Hernando, Jesús García-Donas, Juan Carlos Cámara, Teresa García-Donas.

Unidad de Oncología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
*Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción y Objetivos: Dentro del Grupo Onvida se planteó investigar la influencia del tipo de cirugía maMaría y el tratamiento de quimioterapia (Qt) adyuvante y los cambios en estado menopáusico sobre el funcionalismo sexual en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama (CAM).

Materiales: Criterios de inclusión: Edad 30-50 años, premenopáusica en estadio I-IIIa; Diagnóstico antes de 1-may-08; Mantener relación de pareja durante intervalo de trata-

miento; Haber completado Qt adyuvante tras cirugía maMaría con/sin radioterapia complementaria. Situación de seguimiento en situación de no enfermedad tumoral conocida. Evaluación mediante 5 cuestionarios psicológicos (funcionalismo sexual, autoimagen corporal, ajuste de pareja, calidad de vida y ansiedad-depresión).

Resultados: Tras aprobación de Comité de Ensayos se han incluido 78 pacientes (13 desestimaron participar y 13 no tenían pareja), con edad media 42 años. El 41% de las pacientes manifiesta problemas sexuales en el último mes (descenso de libido, dispareunia o sequedad vaginal). El 25% de casos experimenta más de 5 sofocos durante las relaciones sexuales. El promedio de episodios sexuales mensuales desciende de 7,25 antes del diagnóstico a 2,94 justo al final de Qt y 3,82 6 meses tras Qt ($p<0,001$). Se aprecia alta correlación entre ansiedad y depresión ($r=0,644$, $p<0,001$) con un promedio mayor en depresión ($p<0,001$). Autoimagen y funcionamiento sexual aparecen relacionadas con la calidad de vida. No se encuentran diferencias significativas entre mujeres con/sin cirugía reconstructiva, siendo la mayor diferencia en ajuste de pareja ($p=0,171$). Existe correlación entre edad al diagnóstico y funcionamientos sexuales ($r=-0,335$) y personal ($r=-0,264$), aunque no haber desarrollado menopausia por Qt.

Conclusiones: Este estudio, el primero en nuestro país, sugiere un deterioro de la calidad de las relaciones de pareja tras diagnóstico y terapia adyuvante, no recuperado con posterioridad. Se plantea continuar con un estudio prospectivo, multicéntrico, intervencional en mujeres jóvenes recién diagnosticadas.

Cáncer de Pulmón II

Revisores:

Dra. Noemi Reguart Aransay
Dr. José Luis Firvida Pérez

P-235

UN PERFIL PROTEÓMICO PROCEDENTE DE PLASMA PARA IDENTIFICAR BIOMARCADORES BASALES DE RESPUESTA RADIOLÓGICA A LA COMBINACIÓN DE DOCETAXEL - CISPLATINO EN ESTADÍOS AVANZADOS DE CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP)

Ramón García-Gómez (1), Pedro Salinas (2), Beatriz Esteban (3), Germán Martín (4), Rosa Álvarez (1), Ramón Pérez-Carrión (2), María Cornide (3), Juan Pablo Albar (5), Cristóbal Belda- Iniesta (6), Javier de Castro Carpeño (6).

(1) S. Oncología M. H.G.U. Gregorio Marañón (2) S. Oncología M. H. Quirón. Madrid (3) S. Oncología M. H.G. Segovia (4) S. Oncología M. H. U. Salamanca (5) Servicio de Proteómica. Centro Nacional de Biotecnología. Madrid (6) Unidad de Oncología Traslacional CSIC/UAM. S. Oncología M. H. U. La Paz. Madrid.

Introducción y Objetivos: Hemos realizado un análisis global del proteoma plasmático humano con la intención de identificar un perfil basal asociado con respuestas radiológicas a una combinación quincenal de docetaxel con cisplatino en pacientes con CNMP diseminado o localmente avanzado con derrame pleural.

Materiales: Evaluamos de forma prospectiva y multicéntrica el valor de un perfil proteómico en el plasma de 100 pacientes diagnosticados de CNMP diseminado que han recibido un esquema de quimioterapia fundamentado en 6 dosis quincenales de cisplatino (50 mg/m²) y docetaxel (50 mg/m²). Si se objetivaba una respuesta radiológica medible por el sistema RECIST los pacientes alcanzaban un máximo de 9 ciclos. Antes del primer ciclo de quimioterapia obtuvimos por venopunción 5 ml de sangre total, extrayendo el plasma mediante una doble centrifugación. Además obtuvimos una nueva muestra de plasma tras el sexto ciclo de quimioterapia. Para identificar el perfil proteómico común a los pacientes respondedores empleamos la tecnología SELDI-TOF sobre la primera muestra plasmática. Inicialmente, una cohorte de pacientes (n=40) se utilizó para identificar el citado primer perfil confirmando-se en una segunda cohorte de 60 pacientes.

Resultados: Comunicamos los datos de respuesta en la primera cohorte de 40 pacientes ya que sorprendentemente obtuvimos una tasa de respuesta radiológica muy elevada. Por un lado evidenciamos un 10.34% de respuestas completas, una tasa de respuestas parciales del 31.04% y una tasa de estabilizaciones del 41.38%. La mediana de supervivencia libre de progression fue de 8 meses y la toxicidad fue leve, sin que se comunicaran efectos secundarios grado 3 o 4.

Conclusiones: Este esquema bisemanal tiene una alta tasa de respuestas radiológicas y un perfil de seguridad favorable. Los datos acerca del perfil proteómico identificado en esta cohorte se presentaran durante el congreso.

P-236

¿ES EL VEGFR2 UN NUEVO BIOMARCADOR EN CÁNCER DE PULMÓN NO-MICROCÍTICO (NSCLC)?

Elena Sanmartín, Rafael Sirera, Eloísa Jantus Lewintre, Amparo Navarro, Ana Blasco, Mireia Gil, Cristina Caballero, Nieves del Pozo, María Dolores Miñana, Carlos Camps. *Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: La angiogénesis tumoral es un fenómeno implicado en la aparición de metástasis y asociado con peor pronóstico y supervivencia en NSCLC. Ligandos y receptores de VEGF tienen un papel importante en este proceso y su expresión se encuentra aumentada en tumor y en algunos compartimentos sanguíneos en tumores de varios orígenes. El objetivo de este estudio es investigar la utilidad de la cuantificación sérica de VEGFR2 como biomarcador en NSCLC avanzados.

Materiales: Se estudiaron 106 controles sanos (c) y 467 pacientes (p) con NSCLC en estadios IIIB y IV tratados con cisplatino y docetaxel. Las muestras de sangre fueron recogidas antes del tratamiento y los niveles séricos de VEGFR2 se determinaron por técnica ELISA.

Resultados: En el grupo NSCLC, la edad mediana fue de 59.9 años (31-80), y el 82% eran hombres. El 31.4% de los tumores fueron epidermoides, 49.8% adenocarcinomas, y el resto corresponde a otros subtipos. Los niveles séricos de VEGFR2 fueron significativamente diferentes entre c y p (6318±152 y 8373±120 ng/ml, respectivamente, p<0.0001). No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, histología o estadio. El área bajo la curva ROC fue de 0.744, indicando que VEGFR2 es un biomarcador adecuado para discriminar entre c y p. Al dividir la cohorte en dos subgrupos, de acuerdo a los niveles de VEGFR2: altos (>9473,9 ng/ml) y bajos (< 9473,9 ng/ml), se encuentran diferencias significativas en términos de tiempo a la progresión (TTP). Los pacientes con VEGFR2 alto tienen una mediana de TTP de 6,8 meses, mientras que en el resto fue de 5,47 (p=0.039).

Conclusiones: En NSCLC avanzados, se encuentran niveles mayores de VEGFR2 soluble que en controles. Niveles elevados de VEGFR2 correlacionan con mejor pronóstico, por lo que la medición de este receptor angiogénico podría ser utilizado como nuevo biomarcador en NSCLC.

P-237

ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE P63 EN CARCINOMAS NO MICROCÍTICOS DE PULMÓN

Karmele Areses Manrique, Álvaro Ruibal Morel*, Ihab Abdulkader Nallib**, Francisco Gude Sampedro***, Aida Sánchez Salmón*, Elena Gallardo, Antonio Gómez Camaño****, Jerónimo Forteza Vila**, Luis León Mateos, Rafael López López.

Servicio de Oncología Médica, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica**, Epidemiología*** y Oncología.*

Introducción y Objetivos: La proteína p63 pertenece a la familia de supresores tumorales p53 y tiene la capacidad de actuar como factor de transcripción regulando la progresión del ciclo celular, manteniendo la capacidad proliferativa,

o induciendo apoptosis. p63 se expresa en carcinomas de pulmón.

Materiales: Mediante tissue-arrays se ha determinado la expresión inmunohistoquímica de p63 (Acm 3F307, Santa Cruz biotechnology) en 107 pacientes afectos de carcinomas no microcíticos de pulmón (42 adenocarcinomas y 65 carcinomas escamosos) y se ha correlacionado con la expresión de otras proteínas y con otros factores clínicos.

Resultados: La expresión de p63 se constató en 57/65 carcinomas escamosos (+: 34; ++: 23 casos) y fue muy superior ($p < 0,0000$) a la apreciada en los adenocarcinomas (4/42 (+: 2; ++: 2 casos). En el subgrupo de carcinomas escamosos la expresión intensa (++) de p63 se correlacionó directa y significativamente con el estadio clínico (I: 4/17; II: 1/13; III: 13/26 y IV: 4/9; $p: 0,025$; I-II vs III-IV: $p: 0,0067$). Asimismo, la expresión de p63 se relacionó significativamente con la de p27 ($r: + 0,26$; $p: 0,04$) y ciclina A ($r: -0,28$; $p: 0,032$). No se constataron relaciones significativas entre la expresión de p63 y las de bcl-2, EGFR, HER-2, MIB1, p53 y p16, ni tampoco con los valores SUV de la 18F-FDG-PET. Tras análisis multivariado, la expresión de p63 no fue factor pronóstico independiente, pero sí el estadio clínico (I-II vs III-IV: HR 2,5; $p: 0,002$).

Conclusiones: 1) la expresión inmunohistoquímica de p63 se asocia principalmente a los carcinomas escamosos y es muy reducida en los adenocarcinomas; 2) p63 se correlaciona directa y significativamente con el estadio clínico y no se comporta como factor pronóstico independiente.

P-238

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN

Marc Campayo, Carme Font, Blanca Farrús, Andrea Tagliapietra, Vanessa Ortega, Lidia Gaba, Dolors Tàssies*, Joan Carles Reverter*, Nuria Viñolas, Pere Gascón.

*Servei d'Oncologia Mèdica. *Servei d'Hemostàsia i Hemoteràpia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.*

Introducción y Objetivos: La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) complica frecuentemente el curso del paciente con cáncer de pulmón (CP). El objetivo de nuestro estudio fue analizar el comportamiento clínico de la ETV en los pacientes con CP comparado con otros tipos de cáncer.

Materiales: En mayo de 2006 iniciamos un registro prospectivo de pacientes consecutivos con cáncer y ETV. Todos los pacientes se trataron de acuerdo con guías internacionales de la American College of Chest Physicians (ACCP 2006-2008).

Resultados: Entre mayo de 2006 y abril de 2009 se registraron un total de 339 pacientes, de los cuales 86 (25.4%)

presentaban CP siendo el tumor más frecuente en nuestra serie. Se trata de 66 hombres (77%) con edad media 62 ± 11 años. Los subtipos histológicos más frecuentes fueron: adenocarcinoma 40 (46%), escamoso 18 (21%), célula no pequeña 15 (17%) y célula pequeña 9 (10%). Los pacientes con CP presentaban más hipertensión arterial (38% vs 25%, $p=0.01$) y tabaquismo (83% vs 41%, $p < 0.0001$) como factores de riesgo vascular. En los pacientes con CP la ETV se presentó más frecuentemente en forma de tromboembolismo pulmonar (TEP) en 44 (51%) vs 73 (29%) ($p < 0.05$) pacientes. El evento trombótico se diagnosticó más precozmente en CP con una mediana de 4 meses (CI 95% 2,79-5,20) vs 7 meses (IC 95% 4,40-9,59) ($p < 0.0001$) desde el diagnóstico neoplásico. Los pacientes con CP presentaron mayor probabilidad actuarial de retrombosis, con una mediana de 6 meses (IC 95% 3,74-8,26) de tiempo de trombosis a retrombosis, versus 17 meses (IC 95% 11,58-22,42) en otros tipos de cáncer ($p < 0.0001$). No se han observado diferencias significativas en las causas de fallecimiento directamente relacionadas con la ETV.

Conclusiones: Los pacientes con CP constituyen el grupo más numeroso en nuestra serie, presentan más precozmente la ETV, mayor frecuencia de TEP y mayor probabilidad de retrombosis.

P-239

ABLACIÓN TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA DE TUMORES PRIMARIOS DE PULMÓN Y METÁSTASIS PULMONARES

Susana Hernando Polo, Clara Olier Garate, Nuria Romero Laorden, Alicia Hurtado Nuño, Jesús García-Donas Jiménez, Juan Carlos Cámara Vicario, Carlos Jara, José María Oliver* José María.

*Unidad de Oncología Médica del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. *Unidad de Radiodiagnóstico Hospital La Paz.*

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón, así como las metástasis pulmonares de otros tumores sólidos, son responsables de una elevada morbimortalidad. La cirugía y la radioterapia son útiles en un limitado número de casos. La ablación por radiofrecuencia induce necrosis tumoral, alcanzando temperaturas de $90-100^\circ \text{C}$. Su empleo en tumores hepáticos está estandarizado, pero en el campo pulmonar aun se encuentra en desarrollo. El objetivo principal de este estudio es evaluar de forma retrospectiva las tasas de respuesta de tumores y metástasis pulmonares tratados con radiofrecuencia, así como sus complicaciones más habituales.

Materiales: En nuestra serie, hemos analizado 28 casos no candidatos a tratamiento local estándar, con un total de 45

ablaciones; 16 casos corresponden a cáncer de pulmón, y 12 a metástasis pulmonares de otros tumores. El tamaño tumoral oscila entre los 5 y los 95 mm, con una media de 21 mm.

Resultados: Se ha conseguido control local en el 80% de los casos, con un tiempo medio de progresión de 6.6 meses. Ocurrieron complicaciones graves del 4%, coincidiendo con casos de elevada comorbilidad. La toxicidad más frecuentemente observada ha sido el neumotórax, producido en el 14% de los casos, sin repercusión clínica en el 8% de los mismos.

Conclusiones: La ablación tumoral por radiofrecuencia es un arma terapéutica más en el tratamiento de los tumores primarios y metástasis pulmonares, en casos no candidatos a resección quirúrgica ni a radioterapia convencional. El procedimiento es sencillo y bien tolerado si se seleccionan adecuadamente los casos.

P-240

MET EN EL CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA PEQUEÑA(CPCP); EFECTOS DEL INHIBIDOR ESPECÍFICO PHA-665752 Y VALOR PRONÓSTICO DE LA EXPRESIÓN DE MET EN PACIENTES

Israel Cañadas Castillo, Álvaro Taus, Montse Arumí, Alejandro Martínez, Enrique Grande, Marta Salido, Federico Rojo, Ana Rovira, Joan Albanell, Eduarne Arriola. *Laboratorio de terapéutica molecular y biomarcadores en cáncer, IMIM-Hospital del Mar, Barcelona; Servicio de Oncología Médica, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona; Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar-IMAS, Barcelona; Pfizer, Madrid; Servicio de Anatomía Patológica, Capio-Fundación Jiménez Díaz, Madrid.*

Introducción y Objetivos: La activación aberrante (sobreexpresión, mutación) de la vía HGF/MET en modelos preclínicos de CPCP, incrementa su oncogenicidad, pero su papel en pacientes con CPCP no está establecido. Nuestros objetivos fueron analizar los efectos de la inhibición de MET en modelos de CPCP sensible y resistente a quimioterapia y evaluar el impacto de la expresión de MET total y fosforilado (p-MET) en pacientes con CPCP.

Materiales: Se evaluaron la expresión de MET y p-MET (Western Blot), las copias del gen (FISH), y las mutaciones en el exon 14 (secuenciación) en las líneas celulares H69 y H69AR. PHA-665752 (PHA), inhibidor de pequeña molécula de MET, solo o combinado con adriamicina fue utilizado para estudiar los efectos en viabilidad, capacidad clonogénica e invasión en condiciones basales y de estimulación (HGF). Se analizó la expresión de MET y p-MET en 58 casos de CPCP (inmunohistoquímica). Se realizó análisis de supervivencia.

Resultados: H69 y H69AR presentaron la mutación R988C, y expresión basal débil de MET (no p-MET). HGF indujo fosforilación de MET, aumento de la proliferación y un efecto citoprotector frente a adriamicina. PHA inhibió la fosforilación de MET, la capacidad clonogénica e invasividad celular y contrarrestó el efecto citoprotector de HGF. Se observó expresión de MET en 78% de los tumores (38% sobreexpresión) y de p-MET en el 22% de los tumores. La expresión de MET se asoció con un incremento de supervivencia global y libre de enfermedad (p:0.06 y 0.051, respectivamente). En los casos MET positivos, la expresión de p-MET se asoció con recidiva (100% vs 83% en p-MET negativos, p=0.065).

Conclusiones: La activación de MET resulta en un fenotipo más agresivo en líneas celulares de CPCP y su inhibición específica revierte este fenotipo. En pacientes con CPCP, la activación de MET parece revertir el buen pronóstico asociado a la expresión de MET total.

P-241

ESTUDIO DE FASE III DE BEVACIZUMAB EN COMBINACIÓN CON CISPLATINO Y DOCETAXEL COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) METASTÁSICO DE HISTOLOGÍA NO ESCAMOSA

Miguel Méndez Ureña*, Manuel Cobo Dols**, Neus Ferrer Tur***, Alfredo Paredes Lario****, José Muñoz Langa****, Antonio Rueda Ramos*****, Melchor Álvarez de Mon Soto*****, Vicente Giner Marco*****, Ricardo Gallego Luis*****, Juan Carlos Torrego García*****.

*Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles; **Servicio de Oncología Médica; Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ***Servicio de Oncología Médica; Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca; ****Servicio de Oncología Médica; Hospital Donostia, San Sebastián; *****Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia; *****Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; *****Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; *****Servicio de Oncología Médica; Hospital de Sagunto, Sagunto; *****Roche Farma, S.A. Madrid; *****Servicio de Oncología Médica; Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción y Objetivos: Bevacizumab (B), asociado a quimioterapia basada en platino, está indicado en 1ª línea de CPNM avanzado no escamoso. B incrementa SLP y SG combinado con cisplatino/gemcitabina y carboplatino/paclitaxel, respectivamente. Los datos de seguridad y eficacia

de bevacizumab + otros dobles en CPNM son limitados. Este es un ensayo fase II, de un solo brazo, de cisplatino, docetaxel y B en CPNM.

Materiales: Criterios selección: CPNM, histología no escamosa, no previamente tratado, IIIB con derrame/IV, PS 0-1; no metástasis cerebrales; no hemoptisis franca. Tratamiento con docetaxel 75 mg/m², cisplatino 75 mg/m² y B 15 mg/Kg, día 1 cada 3 semanas (máx. 6 ciclos), seguidos de monoterapia B cada 3 semanas hasta progresión de enfermedad o toxicidad. Objetivo principal: SLP.

Resultados: Reclutamiento final: 50 pacientes (p): 24% mujeres; edad mediana: 60 años (36-74); PS 0-1: 64%; adenocarcinoma: 72%; estadio IV: 92%. Dos p no comenzaron tratamiento. Mediana de seguimiento: 5,3 meses (rango: 0-13,6). Mediana de número de ciclos de B: 7 (rango: 0-18). 56% p completó 6 ciclos; 24% ≥ 12 ciclos de B. Toxicidades grado ≥ 3 frecuentes: diarrea (14,6%), fatiga (14,6%), disnea (9,8%), anorexia (4,9%), alopecia (4,9%), esofagitis (4,9%), constipación (4,9%), mucositis (12,2%), proteinuria (4,9%); toxicidades hematológicas: neutropenia (22%), neutropenia febril (9,8%), leucopenia (14,6%). 41,5% desarrolló epistaxis grado <3; 17% hipertensión (1 p HTA grado 3). Una hemoptisis fatal. 46 p evaluables para respuesta: 29 RPs (ORR: 63%). 18 p presentaron progresión del CPNM, o fallecidos; mediana SLP: 7,8 meses (IC 95%: 6,6-NR). Mediana supervivencia: 13,5 meses (95% IC: 12,7-13,6; 81,2% p censurados); supervivencia a 1 año: 83,9% (IC 95%: 67,4%-92,5%).

Conclusiones: Tratamiento con cisplatino, docetaxel y bevacizumab, seguido de mantenimiento con bevacizumab, en primera línea de CPNM avanzado no escamoso muestra un perfil de toxicidad aceptable y una eficacia prometedora. Se presentarán resultados finales.

P-242

BEVACIZUMAB (B) EN COMBINACIÓN CON CISPLATINO Y VIORELBINA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE PACIENTES (P) CON CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN (CNMP) NO EPIDERMÓIDE: ESTUDIO FASE II DEL GRUPO GALLEGO DE CÁNCER DE PULMÓN

Sergio Vázquez Estévez*, Luis León**, José Manuel Gracia***, Joaquín Casal****, Martín Lázaro*****, José Luis Fírvida*****, Margarita Amenedo*****, Lucía Santomé*****, Sonia Macía*****, José Vicente Cardona*****.

*Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo; ** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; Servicio de Oncología Médica, Santiago de Compostela; *** Servicio de Oncología Médica, Hospital de

Cabueñes, Gijón; **** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Do Meixoeiro, Vigo; ***** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Xeral-Cies, Vigo; ***** Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; ***** Servicio de Oncología Médica, Centro Oncológico de Galicia, A Coruña; ***** Servicio de Oncología Médica, Hospital POVISA, Vigo; ***** Servicio Oncología Médica, Hospital General de Elda, Elda; ***** Roche Farma, S. A.

Introducción y Objetivos: En este estudio fase II, abierto y no aleatorizado se estudia la eficacia y seguridad de B en combinación con cisplatino y vinorelbina para CNMP no epidermoide.

Materiales: Pacientes con CNMP estadio IIIB/IV no epidermoide, no tratado previamente, con PS 0-1, sin metástasis cerebrales, hemoptisis basal, alteración cardiovascular significativa, y/o anticoagulación a dosis completas recibieron cisplatino (80 mg/m² IV día 1), vinorelbina (25 mg/m² IV días 1 y 8) y B (15 mg/kg IV día 1) cada 3 semanas hasta un máximo de 6 ciclos, seguidos de B 15 mg/kg cada 3 semanas hasta progresión. Objetivo principal: SLP. Objetivos secundarios: tasa de respuestas, duración de respuesta, SG, supervivencia a un año y seguridad.

Resultados: Se presentan datos de 27 pacientes de 50 incluidos en el estudio. Características basales: hombres 66,7%; mediana de edad 57 años (rango 41-74); ECOG PS 0/1 (%) 33,3/66,7; adenocarcinoma/otras histologías (%): 74,1/25,9. Mediana de número de ciclos: B/cisplatino/vinorelbina: 4,0 (rango 1-6) y B en mantenimiento, 2 (rango 1-4). 17 p evaluables para respuesta según RECIST: 29,4% RP; 41,2% EE. Mediana de seguimiento 3,9 meses (rango 0,7-11), SLP 4,6 meses (IC 95%: 2,6-6,6) y SG no alcanzada aún. Toxicidades hematológicas: 1 p anemia gr. 3; 2 p leucopenia gr. 3 y 2 p gr. 4; 10 p neutropenia gr. 3, 1 p gr. 4 y 3 p neutropenia febril. Toxicidades no hematológicas: vómitos (1p gr. 4), hipertensión, astenia e hiperglucemia. 1 p dolor abdominal grado 4, 1 p estreñimiento gr. 4, 1 p náusea gr. 4 y 1 p infección respiratoria gr. 4. No se observó hemoptisis gr. 3 o 4.

Conclusiones: Este análisis intermedio muestra que la combinación de B/cisplatino/vinorelbina es segura, bien tolerada y activa en primera línea de CNMP no epidermoide. Se actualizarán datos de supervivencia.

P-243

EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNP) ESTADÍOS IIIA IRRESECABLES (IIIAI) Y IIIB CON QUIMIOTERAPIA (QT) Y RADIOTERAPIA (RT)

Nuria Sala González, Cinta Pallarès, Marga Majem, Nuria Farré*, Gerard Gómez de Segura*, Agustí Barnadas.

Servicios: Oncología Médica, Oncología Radioterapia*. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción y Objetivos: El tratamiento estándar del CPNM localmente avanzado es la combinación QT y RT. No existen datos definitivos sobre el mejor esquema, fármacos y dosis. Describimos nuestra experiencia clínica en el tratamiento del CPNM estadios IIIAi y IIIB y presentamos un análisis preliminar de los datos.

Materiales: Se recogieron los datos de 165 pacientes, realizando un análisis descriptivo de características clínicas, tratamientos recibidos, toxicidades y respuestas, y se analizó su valor pronóstico.

Resultados: Mediana(M) de seguimiento: 14m. M de edad 65a(35-84). Sexo: 90% varones, 10% mujeres. Tabaquismo: 49% fumadores activos, 46% exfumadores. Karnofsky: 90-100% 42,4%, 80% 29,7%, 70% 20,6%. Estadio: 86,8% IIIB, 13,2% IIIA. Histología: Ca. Escamoso 50%, Ca. Célula grande 34,9%, Adenocarcinoma 14%. Esquema de QT-RT:secuencial 73,5%, concomitante 7,2%, el 19,2% no recibió RT. Esquema de QT-RT secuencial: doblete con platino 85% (gemcitabina 75%), sin platino 25%. La QT-RT concomitante se realizó con doblete de platino y taxano. Dosis de RT: >60 Gy en 46%, < 60Gy en 40%. Respuesta tras QT: RC 0,6%, RP 41,6%, EE 38,6%, PE 4,8%. Respuesta final: 24,7% RC, 22,3% RP, 31,3% EE, 7,8% PE. Toxicidad por QT más frecuente: astenia G2 32%; hematológica G1 31,5%. Toxicidad aguda por RT: tos 17,5%, odinofagia en 14,5%; toxicidad por RT a 6 meses: neumonitis G3-4 9,6%- 3%; toxicidad por RT a 12 m: fibrosis pulmonar G3-4 8,4%-0,8%.Mediana de supervivencia global (SG) y supervivencia libre progresión fueron 16,2m y 13,2 m, respectivamente. SG a 3 y 5 años fue del 20,2% y 12,5%, respectivamente.

Conclusiones: Nuestra experiencia en el tratamiento con QT-RT CPNM localmente avanzado, en pacientes no seleccionados, obtiene una mediana de supervivencia de 16,2m, en el rango de los obtenidos en ensayos clínicos. La toxicidad es moderada y aceptable. Estos resultados constituyen un buen comparador para futuras investigaciones en nuestro medio.

P-244

PRECISIÓN DEL PET-TAC EN LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Víctor Moreno García*, Javier De Castro*, Jaime Feliu*, Cristóbal Belda*, Jorge Barriuso*, Virginia Martínez Marin*,

María Dolores Marin Ferrer**, Manuel González Baron*.

* Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ** Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y Objetivos: La tomografía por emisión de positrones con 18F fluorodesoxiglucosa (PET) y la tomografía computarizada (TAC) son técnicas de rutina en la estadificación del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). Se acepta que el PET es útil en identificar pacientes con metástasis a distancia, pero existe controversia en la utilidad de éste para la estadificación ganglionar. El objetivo de este estudio es comprobar el acierto diagnóstico del PET-TAC combinado en la valoración ganglionar mediastínica.

Materiales: Se realizó un estudio retrospectivo comparando PET-TAC y TAC con las muestras patológicas finales de los ganglios mediastínicos de 38 pacientes con CPNM. Para evaluar la concordancia entre PET-TAC y TAC con el resultado definitivo patológico se calculó el coeficiente de concordancia Kappa (K).

Tabla 1. Características clínicas de los 38 pacientes.

Características	No. de pacientes (%)
Mediana de edad [rango]	38 [44-85]
Género	
Hombre	34 (90)
Mujer	4 (10)
Clasificación Patológica del Tumor Primario (pT)	
T1	5 (13)
T2	22 (58)
T3	5 (13)
T4	6 (16)
Clasificación Patológica Ganglionar (pN)	
N0	22 (58)
N1	8 (21)
N2	8 (21)
Cirugía	
Lobectomía	27 (68)
Bilobectomía	3 (8)
Neumonecromía	8 (21)
Histología	
Carcinoma epidermoide	17 (45)
Adenocarcinoma	13 (34)
Bronquioloalveolar	2 (5)
Célula Grande	3 (8)
Otro: Neuroendocrino	3 (8)

Resultados: Las características clínicas se muestran en la Tabla 1. La sensibilidad y especificidad del PET-TAC fue 0.50 (IC95% 0.25-0.75) y 0.86 (IC95% 0.64-0.96) respectivamente, mientras que la sensibilidad y especificidad del TAC fue 0.47 (IC95% 0.22-0.73) y 0.79 (IC95% 0.54-0.93)

respectivamente. El acierto diagnóstico global para el PET/TAC y TAC fue 0.71 (IC95% 0.55-0.84) y 0.65 (IC95% 0.49-0.80) respectivamente ($p>0.05$). La correlación entre el PET-TAC y el TAC con el diagnóstico patológico final fue baja (PET-TAC vs. Histología: $K=0.38$ y TAC vs. Histología: $K=0.264$).

Conclusiones: En nuestro estudio el PET-TAC integrado no aportó ventajas sobre el TAC sólo en la evaluación ganglionar mediastínica. La mediastinoscopia continúa siendo necesaria para determinar el estado ganglionar mediastínico.

P-245

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA HISTOLOGÍA EN EL TIEMPO A LA PROGRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE NEOPLASIA DE PULMÓN AVANZADA TRATADOS ASISTENCIALMENTE CON PEMETREXED EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE REUS

Cristina Martí Blanco, Sergio Peralta, Kepa Amillano, Ivan Henríquez, Mónica Arguís, Olbia Serra, Josep Gumà, Joan Borràs.

Servicio de Oncología. Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Introducción y Objetivos: Cáncer de pulmón mayor causa de mortalidad con pronóstico pobre (15% a 5 años) Esquemas de tratamiento con resultados similares. Segunda línea 10% respuestas, tiempo a progresión (TTP) 14 semanas Scagliotti demuestra aumento en supervivencia global en histologías adenocarcinoma y célula grande en pacientes tratados con pemetrexed. **Objetivo:** determinar en pacientes tratados con pemetrexed mejoría a TTP según histología

Materiales: Análisis retrospectivo de pacientes afectos de carcinoma de pulmón no célula pequeña tratados con pemetrexed en el Hospital San Joan de Reus. Determinación del estadio inicial, histología agrupada en escamoso, no escamoso (adenocarcinoma y célula grande) y otros, el tipo y ciclos de quimioterapia, su respuesta y TTP.

Resultados: Entre Mayo 2004 y Septiembre de 2008 fueron tratados 65 pacientes: 85% hombres, 87% fumador, edad media al diagnóstico 61.49 (37-79) Histología escamosa 25, no escamosa 25, otros 15. Estadio IV (55.4%) y IIIB (35.4%). Afectación local exclusiva 26%, mayoría metástasis pulmonares (41%) y 30% varias localizaciones. Pemetrexed fue administrado en media 2.45 líneas quimioterapia (1-4) y 3.42 ciclos (1-6). 46 pacientes valorables para respuesta: 0 completa, 4 parciales (8.5%), 11 estable y 49.2% progresión. TTP medio 15.95 semanas. TTP mejor en no escamosos vs. escamosos (19.11 vs. 15.55 semanas) $p=0.006$. 29 pacientes evaluables en segunda línea. Se mantiene mejoría en segunda línea no escamoso 27.76 vs.

escamoso 17.90 semanas ($p=0.007$) y en no respondedores (25.88 semanas vs. 18.29). No diferencias estadísticamente significativas si sólo se valoran respondedores ($p=0.454$).

Conclusiones: En estudio con pacientes no seleccionados se confirma una mejoría en TTP en aquellos tratados con pemetrexed e histología no escamosa aunque presenta tamaño muestral pequeño y sería necesario realizar otros análisis por subgrupos.

P-246

VINORELBINA ORAL (NVBO), CISPLATINO (CDDP) Y RADIOTERAPIA (RT) CONCOMITANTE EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) EN ESTADÍOS III: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN DOS INSTITUCIONES

Óscar Juan Vidal*, Nuria Ruiz**, Javier Garde*, Alfredo Sánchez**, Ramón de las Peñas**, Ana Albert*, Javier Pérez***, Vicente Alberola*.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. **Servicio de Oncología Médica, Hospital Provincial, Castellón. ***Unidad de Investigación Clínica, ICO-Hospital Durán i Reynals IDIBELL, L'Hospitalet.

Introducción y Objetivos: La combinación de NVBo, CDDP y radioterapia ha demostrado un óptimo ratio eficacia/tolerabilidad para el tratamiento del CPNM irreseccable localmente avanzado. En un estudio fase II con esta combinación administrada en 2 ciclos de inducción y 2 ciclos con RT concomitante se obtuvo una mediana de supervivencia (MS) de 23,4 meses. La toxicidad observada fue manejable con 8,5% de neutropenia en grado 3 no complicada y 4,3% de esofagitis en grado 3 durante la quimiorradiación. A la vista de los diferentes estudios, se diseñó un esquema de tratamiento de acuerdo con ficha técnica que optimizara el tratamiento multimodal.

Materiales: Se recopilaron datos de pacientes tratados en dos instituciones con 4 ciclos de cisplatino 80 mg/m² día 1, vinorelbina oral a 60 mg/m² días 1 y 8 y radioterapia a 66 a 70 Gy comenzando el día 1 del ciclo 2.

Resultados: Entre noviembre/2007 y mayo/2009 fueron tratados 27 pacientes con CPNM, estadio IIIA 18,5%, IIIB 81,5%. Histología escamosa 81,8%, adenocarcinoma 13,6%, otra 4,5%. Mediana de edad 58 años (rango 36-77). Mediana de estado funcional 1 (rango 0-2). Mediana de RT administrada 60 Gy. El 87,5% de los pacientes finalizaron el tratamiento. Toxicidad grados 3-4 en 16 pacientes (p)/63 ciclos (c): neutropenia 18,8%p/4,8%c, neutropenia febril 18,8%p/4,8%c, anemia 6,3%p/1,6%c, náusea/vómitos 1,6%c, astenia 1,6%c. No se observó esofagitis en grados 3/4. Eficacia en 22 pacientes evaluables: RC 4,5%, RP

59,1%, EE 27,3%, RG 63,6% (IC 95%: 40,7-82,8). Con una mediana de seguimiento de 6 meses (rango 0,4-17,83) no se ha alcanzado ni la MS ni la SLP.

Conclusiones: NVBo con CDDP es eficaz y bien tolerado en pacientes con CPNM estadios IIIA/IIIB. El excelente perfil de tolerabilidad permitió completar el tratamiento en una mayoría de pacientes con larga mediana de supervivencia. La forma oral de vinorelbina permite reducir la toxicidad e incrementar la comodidad en la administración.

P-247

SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA PALIATIVA CON PEMETREXED EN CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULA PEQUEÑA (CPNCP) AVANZADO. UN ESTUDIO FASE II DEL GRUPO GALLEGO DE CÁNCER DE PULMÓN (GGCP)

Sergio Vázquez Estévez*, Gerardo Huidobro**, José Luis Fírvida***, Martín Lázaro****, Urbano Anido****, Margarita Amenedo****, Lucía Santomé****, María José Villanueva**, Carlos Grande**, Begoña Campos*.

*S^o Oncología Médica, Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo), **S^o Oncología Médica, Hospital Meixoeiro (Vigo), ***S^o Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Ourense, ****S^o Oncología Médica, Complejo Hospitalario Xeral-Cies (Vigo), *****S^o Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, *****S^o Oncología Médica, Centro Oncológico de Galicia (A Coruña), *****S^o Oncología Médica, POVISA (Vigo). Grupo Gallego de Cáncer de Pulmón (GGCP).

Introducción y Objetivos: Pemetrexed es un agente citotóxico activo en el CPNCP. Nuestro objetivo es evaluar su eficacia y toxicidad en pacientes diagnosticados de CPNCP avanzado previamente tratados.

Materiales: Se han incluido pacientes con CPNCP estadios IIIB y IV en progresión durante o tras una primera línea de quimioterapia, enfermedad medible, PS = 0-2 y adecuadas funciones orgánicas. Pemetrexed fue administrado a dosis de 500 mg/m², iv, día 1^o, cada 21 días, hasta un máximo de seis ciclos.

Resultados: Entre Diciembre del 2006 y del 2008 se incluyeron 71 pacientes (V/H, 61/10), con edad mediana de 59 años (39-77) y PS 0-1: 90.1%. 52.1% fueron adenocarcinomas y 39.4% carcinomas epidermoides. 26.8% fueron estadios IIIB y 73.2% estadios IV. El número mediano de metástasis fue 1 (51.6%), localizadas en ganglios linfáticos (33.7%), pulmón (18.3%), glándulas suprarrenales (13.5%) y hueso (12.5%). metástasis cerebrales: 5.8%. Regímenes de quimioterapia previa: derivados del platino (70.3%), taxanos (76.5%), gemcitabina (56.2%) y vinorelbina (3.2%).

Se administraron 246 ciclos (mediana: 3, rango: 1-6). Mediana de intensidad relativa de dosis: 96.1%. Toxicidades hematológicas grado III/IV por paciente: anemia (5.6%), neutropenia (2.8%) y trombopenia (1.4%). Toxicidades no hematológicas grado III/IV por paciente: astenia (5.6%), disnea (2.8%), cutánea (1.4%) y fiebre (1.4%). Eficacia: de los 71 pacientes con intención de tratar, 7 obtuvieron RP, 19 NC y 29 progresaron, con una tasa de RG del 9.8% (95%IC: 2.8-16.3%). 16 pacientes no fueron evaluados por retirada precoz (12 exitus relacionados con el tumor y uno por edema agudo de pulmón, 3 deterioro del PS). Con un seguimiento medio de 127 días, las medianas de SLP y SG fueron 62 días (95%IC: 53.32-70.68) y 127 días (95%IC: 95.51-158.49), respectivamente. El análisis de eficacia por subgrupos histológicos se presentará en el congreso.

Conclusiones: La administración de Pemetrexed como segunda línea de quimioterapia en pacientes con CPNCP avanzado es un régimen activo y muy bien tolerado.

P-248

TOPOTECAN Y EPIRRUBICINA COMO QUIMIOTERAPIA (QT) DE SEGUNDA LÍNEA DEL CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA PEQUEÑA (CPCP)

Carlos Grande Ventura*, María José Villanueva Silva*, Sergio Vázquez Estevez**, José Luis Fírvida Pérez***, Gerardo Huidobro Vence*, Begoña Campos Balea**, Mercedes Salgado Fernández***, José Ramón Mel Lorenzo**, Eva Pérez López***, Joaquín Casal Rubio*.

Grupo Gallego Cáncer De Pulmón.* S. Oncología Médica H Meixoeiro-Chu Vigo; ** H. Xeral-Calde Lugo; ***Ch Ourense.

Introducción y Objetivos: Análisis de eficacia y seguridad de un protocolo asistencial multicéntrico del GGCP, consistente en QT mediante la combinación de Topotecan y Epirrubicina, con la intención de mejorar los resultados de Topotecan en monoterapia, como segunda línea en pacientes (p) con CPCP.

Materiales: De Mayo/06 a Diciembre/08 se han tratado un total de 18 p con diagnóstico de CPCP, < 75 años, previamente tratados con una línea de QT incluyendo platino, PS 0-2 y adecuadas función hematológica, hepática y renal, mediante la combinación de Topotecan 0,75 mg/m²/d 1-5 y Epirrubicina 60 mg/m²/d-1, cada 3 semanas, por un total de 4 ciclos, en ausencia de progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable. Evaluables 16 p para respuesta (2 p muerte tóxica precoz) y 18 p para toxicidad.

Resultados: Edad media 62 años (48-74), V/H: 14/4, PS 0/1/2: 1/10/7. Órganos afectos 1/2/3>3: 2/7/5/4. Platino sensible/resistente: 7/11. Se han administrado un total de

61 ciclos (media 3 por p). Análisis de eficacia: 1 RP (6,25%) (IC 95%: 0,16 – 30,2), 5 EE (31,2%) (IC 95%: 11 – 58,7) y 10 p EP (62,5%). La toxicidad más relevante por p ha sido neutropenia G 3-4 en 9 (50%), plaquetopenia G 3-4 en 2 (11%), diarrea G 2-3 en 2 (11%) y emesis G 2-3 en 3 p (16%). Reducción de dosis en 6 p (33%). Destacando 3 p con muerte tóxica por neutropenia febril. Mediana de tiempo a progresión 3 m y mediana de SG de 4 m para toda la serie, sin diferencias significativas para p platino sensible/resistente.

Conclusiones: La combinación de este esquema de Topotecan y Epirubicina, como segunda línea en CPCP, ha demostrado actividad marginal con toxicidad relevante y sin mejorar los resultados en SLP y SG de Topotecan en monoterapia.

P-249

INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN

Ana López-González, Miriam Huelves, Laura Galán, Bernard Doger de Speville, Patricia Ibeas, Miriam Méndez, Antonio Sánchez, Blanca Cantos, Mariano Provencio.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y Objetivos: El número de pacientes ancianos con cáncer continúa aumentando. Aproximadamente, dos tercios de los pacientes diagnosticados de carcinoma microcítico de pulmón tienen alrededor de 65 años y casi el 30% tienen 70 años o más. Hay pocos datos publicados sobre la eficacia de la quimioterapia en este grupo de pacientes, ya que habitualmente están poco representados en los ensayos clínicos. El propósito de nuestro estudio era aclarar si las características clínicas, la toxicidad, la tasa de respuesta, el tratamiento y la supervivencia es diferente en pacientes mayores y menores de 70 años.

Materiales: Revisamos nuestra base de datos desde el año 2000 al 2005. El diagnóstico de carcinoma de pulmón no microcítico se realizó mediante estudio histológico o citológico del tumor. Recogimos las características de los pacientes, el estadio del tumor, la respuesta y la supervivencia. La supervivencia global se calculó desde el inicio del tratamiento hasta el final del seguimiento o éxitus. Las curvas de supervivencia se representaron a partir del método de Kaplan-Meier. Las comparaciones se hicieron con el test log-rank. Para este análisis, las características de los pacientes se desglosaron en <70 años versus >70. Se utilizó el test de Fisher para comparar la tasa de respuesta entre los dos grupos.

Resultados: Se estudiaron 93 pacientes; 28 (27%) tenían más de 70 años. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al sexo, estadio o tasa de respuesta. Tampoco entre el número de ciclos administra-

dos. La mediana de supervivencia global fue de 13 meses en estadio limitado y de 12 meses en estadio avanzado en todos los grupos (P:0.9).

Experiencia clínica: CPH

Desde 2000 al 2004

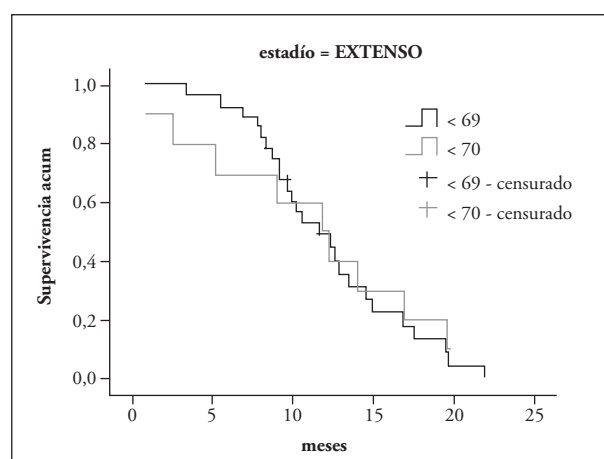
– 93 pacientes con SCLC

- 68 pacientes con menos de 69 años
 - 28 p en estadio extenso: 41,2% - Supervivencia mediana: 12 meses.
 - 40 p estadio limitado: 58,8% Supervivencia mediana: 13 meses.
- 24 pacientes con \geq de 70 años

– 10 p estadio extenso: 40% - Supervivencia mediana: 12 meses

– 15 p en estadio limitado: 60% - Supervivencia mediana: 13 meses

Figura 1. Curva de supervivencia de los 98 pacientes < y > de 70 años.



Conclusiones: En nuestro estudio, el grupo de pacientes de edad avanzada representó un importante porcentaje. La edad por sí sola no debe ser un criterio para decidir dar o no tratamiento. Creemos que merecen especial atención los casos con alto riesgo de neutropenia.

P-250

COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO

Ana Laura Ortega Granados, Irene Mercedes González Cebrián, Ricardo Collado Martín, Rubén Alonso Calderón, Nuria Cárdenas Quesada, Miguel Ángel Moreno Jiménez, Esther Martínez Ortega, María del Rosario Dueñas García, María Lomas Garrido, Pedro Sánchez Rovira.

Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Introducción y Objetivos: El abdomen agudo en el paciente oncológico puede tener múltiples causas, lo que supone un importante reto diagnóstico y terapéutico. Se presentan 2 casos de abdomen agudo en pacientes jóvenes con adenocarcinoma de pulmón metastásico, con diagnóstico inusual.

Materiales: Se exponen los casos de 2 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón avanzado, una mujer de 43 años y un hombre de 45 años, que acuden a Urgencias por cuadro de abdomen agudo.

Resultados: Tras las pruebas complementarias (TAC abdominal), se realiza intervención quirúrgica, y se evidencian en ambos casos metástasis en intestino delgado por adenocarcinoma, en ambos casos, con un perfil inmunohistoquímico similar al primario pulmonar. En el caso de la mujer se realizó resección ileal (se evidenció perforación a dicho nivel) y colostomía derecha de descarga (por obstrucción). En el caso del hombre, se evidencia absceso intraabdominal secundario a microperforación de asas de intestino delgado, por lo que se efectúa una resección intestinal. En ambos casos el postoperatorio transcurre sin complicaciones.

Conclusiones: La aparición de metástasis intestinales en el carcinoma de pulmón no microcítico no es frecuente, por lo que desconocemos su influencia en el pronóstico de la enfermedad avanzada. En cualquier caso, constituye una localización muy sensible en cuanto al riesgo de complicación quirúrgica, como ocurrió en los dos casos presentados.

P-251

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN MAYORES DE 70 AÑOS

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torreveja-salud.

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón es una patología tremendamente frecuente en nuestra sociedad. Realizamos una revisión sistemática de cáncer pulmonar de nuevo diagnóstico vistos en nuestro Servicio con el objeto de describir las características de nuestra población y el tratamiento administrado.

Materiales: Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de novo de cáncer de pulmón entre octubre de 2006 y octubre de 2007. Encontramos 31 casos nuevos en dicho periodo con las siguientes características: 24 varones (77,4%) y 7 mujeres (22,6%). La edad media es de 73,26 años con un rango de edad entre 70 y 80 años.

Resultados: Performance status: 0: 5 pacientes (16,2%); 1: 12 pacientes (38,7%); 2: 11 pacientes (35,4%) y 3 en 3 pacientes (9,7%) Estadío tumoral: IIA: 2 pacientes (6,4%); IIIA en 5 pacientes (16,2%); IIIB en 8 pacientes (25,8%), IV en 16 pacientes (51,6%). Histología: cáncer de pulmón

de células no pequeñas en 27 pacientes (87,1%) y carcino-mamicrocítico en 3 pacientes (9,7%) y tumor neuroendocrino en un paciente (3,2%). Tratamiento: Quimioterapia, 28 pacientes (90%); radioterapia sobre tumor primario, 10 pacientes (32,3%); cirugía (con intención radical), 4 pacientes (12,9%) y tratamiento paliativo en 3 pacientes (9,7%). El tratamiento quimioterápico consistió en monoterapia en 6 pacientes (21,4%) y poliquimioterapia en 22 pacientes (78,6%).

Conclusiones: El tratamiento en pacientes mayores de 70 años está condicionado por el performance status, no por la edad del paciente. En pacientes con performance status de 0-1, el tratamiento administrado no ha diferido de pacientes menores de 70 años. Queda reflejada la importancia de no limitar la actitud terapéutica basándonos en la edad biológica de los pacientes.

P-252

METÁSTASIS GASTROINTESTINAL SECUNDARIA A CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PULMÓN

Jesús Corral Jaime, Fátima Toscano Murillo, María Reina Atienza Amores, Begoña Pérez Valderrama, Manuel Chaves Conde, Iker López-Calderero, Luis Paz Ares.
Servicio de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y Objetivos: El cáncer de pulmón constituye la causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. La afectación metastásica gastrointestinal secundaria a éste es rara y su mecanismo de producción no está bien determinado. La histología más prevalente en estos casos ha sido siempre el carcinoma de células grandes, que paralelamente es el subtipo histológico de peor pronóstico y la clínica de presentación más característica la de perforación (más frecuente), sangrado, obstrucción y apendicitis aguda.

Materiales: Presentamos el caso de un varón de 74 años con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de pulmón con afectación metastásica ósea que en el curso de la enfermedad desarrolla anemia normocítica normocrómica a filiar.

Resultados: Tras la suspensión del tratamiento de quimioterapia, se realizan endoscopia oral, colonoscopia y biopsia de médula ósea, todo ello sin hallazgos, así como TAC de tóracoabdominal, que pone de manifiesto la existencia de una masa yeyunal de novo, que se extirpa y confirma la presencia de una metástasis de carcinoma de origen extra-intestinal, con inmunohistoquímica concordante con un origen pulmonar (TTF-1 positivo).

Conclusiones: Aunque la afectación gastrointestinal secundaria al carcinoma no microcítico de pulmón es poco común (4-12%), sería particularmente importante a tener

en cuenta en pacientes con sintomatología de dolor abdominal o anemia en pacientes con subtipo histológico de carcinoma de células grandes.

Miscelánea

Revisores:

Dr. Javier Martínez Trufero
Dr. Ramón de las Peñas Bataller

P-253

INCIDENCIA DE OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA (ONM) EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS TRATADOS CON BIFOSFONATOS (BF). DATOS DE UN METAANÁLISIS (M-A) CON REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA (RSL)

María Teresa Quintanar Verdúñez*, Eva Martín-Sánchez**, Cristina Pangua*, Laura Olmo-Remesal**, Javier Medina*, Camen Esteban*, María Blanca*, José Luis R. Martín**, José Ignacio Chacón*.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Salud (Toledo). **FISCAM. Área de Investigación Clínica (Toledo).

Introducción y Objetivos: Aunque la ONM es una complicación conocida de los BF, y especialmente del ácido zoledrónico (AZ) no hay datos sobre su incidencia real por la dispersión de los estudios y la ausencia de revisiones sistemáticas. Publicamos los datos del primer M-A con RSL de la incidencia de esta complicación.

Materiales: RSL con palabras clave y búsqueda en bases de datos públicas y literatura gris. Objetivo: comunicación de ONM en pacientes tratados con bifosfonatos Revisores: 6. Se diseñó un protocolo específico de revisión. Análisis del riesgo de ONM: meta-análisis de tasas (tasa global de evento + IC) a partir del número de eventos de cada uno de los estudios. Heterogeneidad: test de Q, con distribución X2, y cuantificación de la misma mediante el test de I2.

Resultados: N° estudios encontrados: 153. Aceptados para filtro: 96 Rechazados/incluidos: 31/65. Causas de exclusión: ausencia de datos sobre ONM, idioma diferente de inglés, español, alemán. N° total casos ONM: 704. Mediana edad: 64 a. Indicación AZ (n° estudios): Osteoporosis 14; Ca mama: 32; mieloma: 13, próstata: 5, pulmón: 3 Otros 7. Bifosfonato identificado en 493/704 casos (70%): AZ: 322 (65%), Pamidronato+ AZ: 82 (17%); Pamidronato: 69 (13,9%); Alendronato: 13 (2,6%); Ibandronato: 1 (0,20%); risedronato: 1 (0,20%), otra combinación: 3

(0,60%). Se detectaron 9 estudios aptos para calcular la tasa de ONM, con 774 pacientes tratados y 37 eventos de ONM. Se obtuvo una tasa de evento de 0.053 (IC 95%: 0.039, 0.072) siguiendo un modelo de efectos aleatorios. El test de heterogeneidad mostró resultados homogéneos (Q= 9.584, p= 0.295; I2=16.526).

Conclusiones: Un 5.3 % de los pacientes tratados con bifosfonatos por metástasis óseas presenta osteonecrosis mandibular. El fármaco implicado con mayor frecuencia es el ácido zoledrónico.

P-254

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO COMBINADO MULTIDISCIPLINAR (TÉCNICA DE SUGARBAKER) EN LAS ENFERMEDADES MALIGNAS DEL PERITONEO

Pedro Barrios Sánchez, Juan Manuel Lozano, Marta Roqué, Isabel Ramos, Alexandro Bianchi, Xavier Bonfill.

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: La carcinomatosis peritoneal es una situación clínica muy grave y compleja sometida habitualmente a tratamientos de índole paliativo que van asociados a supervivencias muy limitadas. Actualmente estas enfermedades están siendo progresivamente abordadas en centros hospitalarios de numerosos países mediante la combinación de cirugía citoreductora radical asociada a la quimioterapia regional intraperitoneal más hipertermia (procedimiento de Sugarbaker). **Objetivo:** determinar la efectividad y la seguridad del procedimiento de Sugarbaker en los tumores primarios del peritoneo, el mesotelioma y en las carcinomatosis peritoneales secundarias a cáncer colorrectal, ovario, estómago, sarcoma y pseudomixoma peritoneal.

Materiales: Diseño del estudio: Revisión sistemática global Búsqueda bibliográfica de las más recientes revisiones sistemáticas publicadas y de los trabajos que las actualizan. Las fuentes consultadas fueron MEDLINE (accedido por PubMed), EMBASE (accedido por Ovid) y CENTRAL, desde enero de 1996 hasta junio de 2008. Valoración de la calidad y el nivel de evidencia de las revisiones sistemáticas (instrumento AMSTAR), ensayos clínicos y series de casos identificadas (escala SIGN). Descripción tabulada de los resultados de las mismas.

Resultados: Se identificaron 1.619 estudios, de los cuales 43 verificaron los criterios de inclusión de la visión de conjunto. Existe evidencia procedente de ensayos aleatorizados de que el tratamiento estudiado es superior al tratamiento convencional histórico en términos de supervivencia para las carcinomatosis secundarias a cáncer colorrectal y

gástrico. En el cáncer de ovario, el pseudomixoma peritoneal y el mesotelioma peritoneal la evidencia proviene de series de casos no controladas y es inconcluyente. Un pequeño ensayo aleatorizado en la sarcomatosis peritoneal no ha demostrado beneficio. Existen pocos datos de calidad de vida y sus resultados son poco valorables.

Conclusiones: Para profundizar en algunos aspectos terapéuticos importantes de las carcinomatosis de origen colorrectal y gástrico y para evaluar la eficacia global en todas las demás patologías malignas del peritoneo, son necesarios ensayos clínicos controlados de suficiente tamaño y de ámbito multicéntrico e internacional.

P-255

PROTOCOLO FASE II DE TRATAMIENTO CON TOPOTECAN E IRRADIACIÓN HOLOCRANEAL EN METÁSTASIS CEREBRALES (MC)-GENOM-04/05. INFORME FINAL

Carmen Balañá Quintero*, Ángel Segura**, Palmira Foro***, Ana Herrero****, Román Amador**, Antonio Galan****, Xavier Fabregat***, Rosa Ballester*, Lourdes Zubiri****.

*Institut Català d'Oncologia Germans Trias i Pujol. ** Hospital La Fe de Valencia, ***Hospital del Mar de Barcelona, ****Hospital Miquel Servet. Zaragoza, *****Hospital de Sagunto.

Introducción y Objetivos: Las MC son un evento cada vez más frecuente en Oncología. La irradiación holocraneal es paliativa. Topotecan atraviesa la barrera hematoencefálica. El tratamiento combinado radioterapia holocraneal y topotecan podría mejorar los resultados.

Materiales: Se planteó un estudio fase II de irradiación holocraneal (30Gy en 10 sesiones) combinado con topotecan (0,4mg/m²/d x 10 días) en pacientes con MC múltiples no radioresistentes (melanoma, sarcoma, hipernefoma) o pulmón microcítico. El objetivo principal fue la respuesta objetiva radiológica y clínica a los 30 días de finalizar la irradiación (RO). Los objetivos secundarios: el tiempo hasta progresión (TTP), la tolerancia y la supervivencia global.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (p): 80% neoplasias de pulmón, estadio III: 4 p, IV: 5 p, KPS : 10p≥80%, IBartel 100% (8p) 85% (1p), 75% (1p), 9p en tto con dexametasona, 2p tto anticomicial no inductor. RO: EE 80%, 1 p exitus pre-evaluación y 1 p no valorable. 2 p (20%) evolucionan a RC y RP tardíamente. El TTP fue de 19 semanas (IC 95%:15,28-23,57) y la supervivencia fue de 36,2 semanas (IC 95%: 13,6-58,8). Tres pacientes sobrevivieron 50, 73 y 78 semanas respectivamente. Toxicidad: Nauseas G1: 1p; Alopecia 10p; Mucositis G1: 1p; G2: 2p, Leucopenia G1: 3p, G2: 1p, G4: 1p; Neutropenia G1:

1p, G4, 1p. Dos pacientes (20%) presentaron neutropenia febril, causando un exitus por neumonía secundaria. Plaquetopenia G 3: 1p, G4: 1p.

Conclusiones: No hay suficientes pacientes para evaluar el estudio de eficacia. Puede concluirse que se trata de una pauta tóxica con un 20% de fiebre neutropénica y un 20% de trombopenia >grado III. Tres pacientes sobrevivieron más de 12 meses lo que permite suponer que topotecan tiene un efecto (sinérgico o aditivo) sobre la irradiación que sería interesante continuar investigando, especialmente actualmente en que se dispone de la pauta oral de tratamiento.

P-256

SARCOMA DE EWING (SE) Y TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PERIFÉRICO (PNET) DE LA PARED TORÁCICA (TUMOR DE ASKIN): RESULTADOS A LARGO PLAZO

Helena De La Cueva Sapiña, Jorge Aparicio Urtasun, Roberto Díaz Beveridge, Ángel Segura Huerta, Alejandra Giménez Ortiz, Paula Richart Aznar, Miguel Corbellas Aparicio, José García Sánchez, Joaquín Montalar Salcedo. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y Objetivos: Un 10-15% de tumores de la familia del SE (SE típico, SE atípico y PNET) se originan en la pared torácica; tradicionalmente se les asocia un peor pronóstico. Analizamos nuestra experiencia con el objetivo de conocer sus resultados a largo plazo.

Materiales: Estudiamos retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de SE/PNET de pared costal que se trataron en nuestro centro entre 1973 y 2004. Analizamos sus características clínicas, biológicas, tratamiento administrado y evolución.

Resultados: Encontramos 150 casos de los cuales 21 (14%) eran primitivos de la pared torácica. Había 14 hombres y 7 mujeres, mediana de edad de 15 años (extremos, 2-30). El tamaño tumoral oscilaba entre 5-10 cm (50%), >10 cm (40%) y <5 cm (10%). Cuatro pacientes (19%) presentaban metástasis al diagnóstico. Todos recibieron quimioterapia (VAC 29%, T-9 de Rosen 29%, esquema de St. Jude 19%, EVAIA 14%), en 62% con carácter neoadyuvante y adyuvante. Como tratamiento local, recibieron radioterapia (43%), cirugía (29%) o la combinación de ambas (29%). Se alcanzó la respuesta completa en 15 pacientes (71%). La mediana de seguimiento es de 14.5 años (extremos, 5-21). Once enfermos (52%) han presentado recaídas (3 locorregionales y 8 distantes) y 13 (62%) han fallecido (10 por SE/PNET, 2 por toxicidad del tratamiento y 1 por una leucemia aguda secundaria). La probabilidad de supervivencia es 59% a 5 años y 46% a 10 años. Ninguna de las

características clínicas ni evolutivas de estos pacientes difirió significativamente de las de la serie global de SE/PNET.

Conclusiones: El diagnóstico de SE/PNET de la pared torácica (tumor de Askin) no conlleva un pronóstico desfavorable con respecto al resto de pacientes con SE/PNET de otras localizaciones. Sin embargo, a pesar de un tratamiento multidisciplinario adecuado, cerca de la mitad de los enfermos fallece durante el seguimiento prolongado.

P-257

GLIOBLASTOMA, ACCIDENTES TROMBÓTICOS Y MARCADORES DE COAGULACIÓN

María Martín Ureste*, Vicenta Martínez-Sales**, Antonio Parada**, Virtudes Vila**, Edelmiro Reganon**, Gaspar Reynés*.

*Servicio de Oncología Médica, **Centro de Investigación, Hospital La Fe. Valencia.

Introducción y Objetivos: Los pacientes con glioblastoma (GB) presentan una alta incidencia de trombosis. Este estudio valora los niveles circulantes prequirúrgicos de marcadores de coagulación y su relación con los eventos trombóticos y la supervivencia, en pacientes con GB.

Materiales: Se estudiaron 47 pacientes diagnosticados de GB. Varones 59,6%, Edad media de 61 años (rango 29-79). Índice de Karnofsky (IK)>80: 20%; IK entre 80-60: 75,7%; IK <60:4,5%. Se practicó cirugía abierta en 83% casos y biopsia esterotáctica en el 17%. Presentaron eventos trombóticos 5 pacientes (10,6 %). De de ellos 4 fueron tromboembolismos pulmonares en el post-operatorio. Como marcadores de coagulación se han determinado los niveles circulantes de fibrinógeno (Fg), factor 1+2 de protrombina (F1+2), factor tisular (FT) y la generación endógena de trombina (GET). Para obtener los valores de referencia de estos parámetros se estudiaron 60 sujetos sanos ajustados en edad y sexo a los pacientes.

Resultados: La supervivencia mediana fue de 7,8±2,3 meses. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de los pacientes que habían presentado accidentes trombóticos (4,9±3,3 meses) y los que no los presentaron (7,8±2,5 meses). En los pacientes con GB se observó un incremento significativo en los niveles de Fg (300±156 vs 232±31 mg/dl, p <0,01), de F1+2 (0,42±0,50 vs 0,20±0,05 nmol/L, p<0,01) y de GET (10,9±3,4 vs 8,7±2,4 UI/ml p<0,001), mientras que los valores de TF antigénico fueron similares.

Conclusiones: Los pacientes con GB presentan un alto índice de trombosis que condiciona la supervivencia. Todos los pacientes presentaron niveles altos de varios marcadores de coagulación. Financiado en parte por una Beca de la SEOM 2004.

P-258

ESTUDIO FASE II :TRATAMIENTO EN 1ª LÍNEA DE LINFOMAS DIFUSOS B DE CÉLULA GRANDE CON CICLOFOSFAMIDA, VINCRISTINA, PREDINISONA , ADRIAMICINA LIPOSOMAL Y RITUXIMAB, ADMINISTRADO CADA DOS SEMANAS (R-COMP-14)

(1*) Joaquín Herrero Doménech, (2*) José Gómez-Codina, (3*) Mariano Provencio, (4*) Antonio Rueda, (5*) Marta Llanos, (6*) Pilar Sabín, (7*) Francisco Lobo, (8*) D. Vicente, (9*) Ramón García-Arroyo, (10*) C. Iglesias.

(1) H. General de Alicante, (2) H. La Fe Valencia, (3) H. Puerta de Hierro, Madrid, (4) H. Virgen de la Victoria Malaga, (5) H. Universitario Canarias Tenerife, (6) H. Gregorio Marañón, (7) Fundación Jiménez Díaz, Madrid, (8) H. Juan Ramón Jiménez. Huelva, (9) H.Pontevedra y (10) H.Virgen del Rocío, Sevilla. Hospitales adheridos al Grupo G.O.T.E.L.(Grupo Oncológico para el Tratamiento y Estudio de los Linfomas).

Introducción y Objetivos: *Intensificación del R-CHOP cada 2 semanas, con factores estimulantes, mejora los resultados con una toxicidad muy tolerable. Doxorubicina Liposomal (Myocet™), ha demostrado ser significativamente menos cardiotoxicidad que la Doxorubicina convencional. **Objetivo:** Evaluar la eficacia/seguridad (R-COMP) cada 2 semanas en primera línea con Linfoma Difuso B de Células Grande (LDBCG). Pegfilgrastim se ha administrado de forma profiláctica.

Materiales: Entre Dic-04 y Jul-08, 59/60 Pacientes(1 Pt por Linfoma del Manto) han sido incluidos y evaluables. Se han tratado con Rituximab (375mg/m²), Ciclofosfamida (750mg/m²), Vincristina (1,4mg/m²; max:2mg), Myocet™ (50 mg/m² D(+1), y Prednisona I (100mg días 1-5. Pegfilgrastim fue administrado en el Día +2. Un máximo de 8 ciclos cada 2 semanas. La respuesta se evaluó en el ciclo 3, y pacientes con RC/RP, recibieron 5 c. adicionales. La edad (m) fue 50,3 años. Estadío I-II(aa IPI>1):37,9%, III: 29,3 % y IV:32,8% . PS 0: 32,8%; PS 1:51,7%; PS 2: 15%.La LVEF(med) basal fue 65,3% (40-80). Afectación extraganglionar (42%).

Resultados: La Intensidad Relativa(IR) med/sem fue del 93,7%. El 74,4% y el 96,7 %, completaron 8 y 6ciclos. Tolerancia: La Toxicidad hematologica Gr: 3-4/ciclo: Fiebre neutropénica: 2,9 %, Neutropenia: 3,6%, Anemia: 1,1%, Trombocitopenia 0,5%). Fiebre neutropénica en 12 pacientes (20,7 La Mediana LVEF al final del tratamiento fue de un 63%(rango 52-76). Ningún episodio de toxicidad cardiaca. Eficacia: La respuesta Global(81,3%). 32 pacientes obtuvieron una RC + RCu: 54,2% [95% IC (40,7-67,8%)]; 16 pacientes una RP

(27,1%), 4 pacientes EE (6,8%) y 7 (11,9%) tuvieron PE. Seguimiento(m): 22,4m (7m-48m). Han recaído 5 pacientes (10,4%). La SLE y SG a los 4 años es de (62,5%) y (83,4%) respectivamente.

Conclusiones: El esquema R-COMP 14 cada 2 semanas, es un esquema efectivo, sin toxicidad cardiaca, con buena tolerancia y una toxicidad hematológica leve.

P-259

TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (SVCS) MEDIANTE PRÓTESIS ENDOVASCULARES (PE): EXPERIENCIA EN 38 PACIENTES

Amaia Hernández Jorge*, Luis Enrique Abella*, Joaquim Bosch*, Anabel Del Barrio*, María Erkuden Zudaire*, Ainhoa Del Castillo*, José Ignacio Bilbao**, José María López-Picazo*.

* *Departamento de Oncología Médica. Clínica Universitaria de Navarra.* ***Departamento de Radiología. Área de Radiología Intervencionista. Clínica Universitaria de Navarra.*

Introducción y Objetivos: El SVCS es una entidad frecuente en los tumores torácicos. El tratamiento etiológico (quimioterapia o radioterapia) ofrece una mejoría sintomática proporcional a la tasa y velocidad de respuesta de cada tumor. Por este motivo se buscan tratamientos sintomáticos eficaces y seguros que puedan ser utilizados precozmente. **Objetivo:** Estudiar retrospectivamente la experiencia institucional en la colocación de PE como tratamiento inicial del SVCS analizando la eficacia y tasa de complicaciones.

Materiales: Material y métodos: Se han analizado retrospectivamente los datos de 38 pacientes, diagnosticados en nuestro centro de SVCS secundario a neoplasias hematológicas y no hematológicas, tratados con PE tipo Wallstent.

Resultados: De los 38 pacientes, 27 eran hombres y 11 mujeres, con una mediana de edad de 55 años. La causa del SVCS fue carcinoma no microcítico de pulmón en 21 casos (55,3 %), carcinoma microcítico en 8 casos (21,1 %), y otros tipos histológicos en 9 casos (23,7 %). 9 pacientes habían recibido quimioterapia y 3 radioterapia previo a la colocación de la PE. En todos los casos se objetivó resolución radiológica del SVCS en el momento de la colocación de la PE. 35 pacientes presentaban clínica al diagnóstico. En 11 pacientes no se documentó la evolución clínica. De los 27 restantes se objetivó mejoría o resolución clínica del SVCS en 24 casos. No se registró ninguna complicación aguda secundaria al procedimiento. Tres pacientes presentaron reestenosis con clínica de SVCS, dos de ellos al mes y el tercero a las 24 horas de haberse realizado el procedimiento (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados.

Características de los pacientes	(%)
Mediana de edad	55 años
Distribución por sexos	27 hombres (71,1%) 11 mujeres (28,9%)
Diagnóstico etiológico	
CNMP	21 (55,3%)
CMP	8 (21,1%)
Otros	9 (23,7%)
Respuesta radiológica	
Resolución rediológica inmediata	38 (100%)
Complicaciones agudas	0 (100%)
Respuesta clínica	
Clínica al diagnóstico	35 (92,1%)
Mejora clínica	24/27 (88%)
Evolución	
Tasa de reestenosis	2 (5,2%)

Conclusión: La colocación de PE es una alternativa rápida, eficaz y segura para el tratamiento del SVCS de etiología maligna.

P-260

TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE). INCIDENCIA POBLACIONAL Y CLASIFICACIÓN SEGÚN MALIGNIDAD Y LOCALIZACIÓN PRIMARIA (1994-2004)

María Alsina Maqueda(1), Rafael Marcos-Gragea(2,3), Pilar Barretina(1), María Buxó(2,3), Rosa Ortiz(4), LLuis Bernadó(4), Marta Cervantes(2), Joan Brunet(1), Miquel Beltran(1), Àngel Izquierdo(1).

(1) *Servicio de Oncología Médica. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario de Girona "Dr. Josep Trueta". Girona.* (2) *Unidad de Epidemiología y Registro de Cáncer de Girona (UERCG). Plan Director de Oncología. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya.* (3) *Departamento de Enfermería. Universidad de Girona (UdG). Girona.* (4) *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Girona "Dr. Josep Trueta". Girona.*

Introducción y Objetivos: Los TNEs pertenecen a un grupo heterogéneo de neoplasias con un comportamiento biológico muy variable y de difícil clasificación patológico-clínica. Presentamos datos sobre los TNEs recogidos en la provincia de Girona y su incidencia poblacional.

Tabla 1. Incidencia de los TNEs en la provincia de Girona (1994-2004)

	Benigno		Incierto		Maligno		Total	
	N	TAM ¹	N	TAM ¹	N	TAM ¹	N	TAM ¹
Hombres	16	0,48	17	0,48	71	2,01	104	2,97
Mujeres	28	0,75	28	0,81	56	1,49	112	3,05
Total	44	0,62	45	0,64	127	1,75	216	3,01

¹Tasa ajustada a la población mundial por 100.000 personas-año

Materiales: Mediante una revisión exhaustiva de los códigos de los TNEs según la clasificación CIE-O-3, se han analizado los TNEs diagnosticados en la provincia de Girona (1994-2004). Los datos de los TNEs de comportamiento maligno provienen de la UERCG, la cual aplica la metodología de recogida de datos y publicaciones periódicas de IARC IACR. Los de los TNEs de comportamiento benigno u incierto proceden de los laboratorios anatomopatológicos de la provincia Girona. Se calculan las tasas ajustadas por edad a la población estándar mundial según sexo y localización.

Resultados: Entre 1994 y 2004 se han registrado 698 TNEs. Una vez excluidos los tumores de célula pequeña, grande y el carcinoma medular de tiroides (CIE-O-3 códigos 80413, 80423, 80133 y 83453) por su diferente y bien definida historia natural, la muestra analizada comprende 216 casos: 112 mujeres y 104 hombres, mediana de edad de 51 años. Verificación microscópica 99,1%. Los más frecuentes fueron los gastro-entérico-pancreáticos (88 casos, 40,7%), seguidos por los de las glándulas endocrinas (55 casos, 25,5%), los del árbol broncopulmonar (32 casos, 14,8%) y los de piel (16 casos, 7,4%). Se desconoce el origen del primario en 9 de ellos (4,2%). Su incidencia se recoge en la Tabla 1.

Conclusiones: Existen escasos datos epidemiológicos de TNEs y su clasificación es un reto para patólogos y clínicos. En esta comunicación por primera vez en nuestro país presentamos los datos de TNEs estructurados en una población y período bien definido, y que puede servir como referencia para su comparabilidad y futuros estudios. Destacamos el esfuerzo realizado en el diagnóstico del grado de certeza de malignidad.

P-261

BRAQUITERAPIA Y TERAPIA TRANSPUPILAR TÉRMICA COMO TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A LA ENUCLEACIÓN EN MELANOMA INTRAOCULAR: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Carmen Beato Zambrano *, M^a Dolores Morillo Rojas **, Ana Illescas Vaca ***, Isabel Aragon Manrique *, Fernando Henao Carrasco *, Juan Antonio Virizuela Echaburu *, Manuel Codes Manuel de Villena*.

*Servicio de Oncología Médica *. Servicio de Oftalmología **. Servicio de Oncología Radioterápica*** Hospital Universitario Virgen Macarena.*

Introducción y Objetivos: El Hospital Universitario Virgen Macarena es centro de referencia en melanoma intraocular (MI) para Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla. Este tumor es el más frecuente de los que aparecen en el ojo. Actualmente disponemos de alternativas a la enucleación que parecen igualar resultados en cuanto a supervivencia global (SG).

Presentamos una serie de 202 melanomas intraoculares, un 73.5% de los tumores atendidos en nuestra Unidad de Tumores Intraoculares. Describimos SG y supervivencia

Tabla 1. Criterios para la elección del tratamiento.

Altura mm	Diámetro basal mm	Distancia nervio óptico mm	Observación	TTT	Braquiterapia	Resección local	Enucleación	Exanteración
< 2.5	< 16	-	Mayoría: No crecimiento. No factores riesgo	< 3 altura	Crecimiento	Cuerpo ciliar, periféricos. Base pequeña. Altura grande.	-	-
< 2	> 16	-					-	-
2.5 - 10	≤16	≥ 2	-	< 3 altura	Visión salvable	Cuerpo ciliar, periféricos.	-	-
> 10	-	-	-	> 3 + braquit	Altura ≤ 10 Base ≤ 16 Ojo único	-	Mayoría: Altura >10 Base > 15 Glaucoma Invasión óptico	Extraocular inicial (radioterapia previa). Recurrencia post-enucleación.
≥ 2	> 16	-						
> 8	-	< 2						

libre de progresión (SLP) en tres cohortes: enucleación vs. braquiterapia vs terapia transpupilar térmica (TTT).

Materiales: Estudio cuantitativo descriptivo. Analizamos los datos mediante el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados: Se realizó un seguimiento conjunto por los Servicios de Oncología Médica y Oftalmología. La edad mediana de los pacientes fue de 68 años, 44% eran mujeres, 67% hombres. Un 22.77% fueron tratados mediante enucleación, un 35.15% mediante braquiterapia y un 10% mediante TTT. El 4.95% recibió observación y el restante 26.13% precisó más de una terapia (10.45% braquiterapia tras TTT y 15.86% enucleación tras braquiterapia).

Criterio para elección del tratamiento en tabla 1. Tras seguimiento mediano de 20 meses (33%, superior a 36 meses), de aquellos enucleados, 90% están vivos sin enfermedad, 5% han fallecido por enfermedad metastásica y 5% se encuentran en estudio por hallazgo compatible con enfermedad a distancia. De los pacientes tratados con TTT, 71.4% permanecen libres de progresión (11.8% RC, 47.8% RP, 11,8% EE). 11.8% progresaron localmente y 5.9% permanecen vivos con enfermedad metastásica. Todos los pacientes conservaron visión útil. De los que recibieron braquiterapia, 61.2% están en RC, 9.9% en RP, 15.2% en EE, 11.9% han progresado localmente y 1.69% permanecen vivos con enfermedad metastásica. Un 50.6% del total conservan visión útil.

Conclusiones: Enucleación, braquiterapia y TTT son comparables en cuanto a SG Y SLP en MI y permiten conservar la visión útil en un porcentaje elevado de pacientes.

P-262

ENSAYO FASE I DE TEMOZOLOMIDA METRONÓMICA CON INTENSIFICACIÓN INTERMITENTE E IRINOTECÁN EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA RECIDIVADO (ESTUDIO GENOM 007)

Gaspar Reynés Muntaner*, Carmen Balaña**, Óscar Gallego***, Luis Iglesias****, Pedro Pérez*****, José Luis García*****, Manuel Benavides*****, Ramón de las Peñas*****, María Martín*, Andrés Cardona**.

*Servicios de Oncología Médica de: *H.U. La Fe, Valencia. **ICO Germans Trias i Pujol, Badalona. ***H. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ****H.U. Virgen del Rocío, Sevilla. *****H. Clínico San Carlos, Madrid. *****H. U. Ramón y Cajal, Madrid. *****H.R.U. Carlos Haya, Málaga. *****H. Provincial de Castellón.*

Introducción y Objetivos: El glioblastoma (GB) es un tumor muy vascularizado con alto riesgo de recidiva. La quimioterapia metronómica, además de su acción antitumoral

directa, es antiangiogénica. La temozolomida (TMZ) y el irinotecán (CPT11) son activos en GB y presentan sinergia. Objetivo: determinar la dosis máxima tolerada (DMT) de CPT11 quincenal con TMZ metronómica a dosis fija.

Materiales: Pacientes (ptes) con GB en 1ª recidiva tras al menos 3 ciclos de TMZ adyuvante. IK³ 70. Tratamiento (1c=28d): TMZ, 50 mg/m²/día x 28 d, distribuidos en 3 dosis/d. Días 8 y 22, dosis única de 100 mg/m² seguida de CPT11. Dosis de CPT11: Nivel 1: 100 mg/m². Incrementos de 15 mg/m² hasta Nivel 5 (160 mg/m²). Inclusión de 3 ptes/nivel. Si ningún pte presenta toxicidad limitante de dosis (TLD) se incluyen 3 ptes en el siguiente nivel. Si TLD en 1-2 ptes, se reclutan otros 3 en el mismo nivel. Si TLD en < 3 ptes se pasa al siguiente nivel. Si TLD³ 3 ptes, se concluye la Fase I y se adopta el nivel de dosis anterior para la Fase II. Definición de TLD (³1 criterio): Neutrófilos < 500/mL > 7 días. Plaquetas < 25000/mL. Retraso > 7 d en inicio de 2º ó 3º ciclo para llegar a N³ 1500/mL, P³ 100000/mL. Neutropenia febril. Toxicidad no hematológica grado 3-4, excepto alopecia y emesis/diarrea sin profilaxis o tratamiento. Más de 2 suspensiones de CPT11 por toxicidad hematológica.

Resultados: Nivel 1: no TLD en 3 ptes. Nivel 2: Tres ptes salen del estudio por motivos distintos de TLD. De 6 ptes valorables, TLD en 3 (neumonía, diarrea G3, neutropenia febril). Iniciada FII (Nivel 1).

Conclusiones: La combinación de TMZ metronómica + CPT11 según el esquema indicado es factible con dosis de CPT11 de 100 mg/m².

P-263

CÁNCERES RAROS EN EUROPA

Juan Antonio Virizuela Echaburu *, C. Martínez **, M.J. Sánchez **, Carmen Beato Zambrano *, J.M. Melchor **, R. González Cámpora ***, C. Gatta ****.

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Univ. Virgen Macarena Sevilla *. Registro de Tumores. E.A.S.P. Granada **. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla ***.S.C. Epidemiologia Eziologica e Prevenzione.Istituto Nazionale per lo Studio e Cura dei Tumori. Milan ****.*

Introducción y Objetivos: Cánceres Raros (CR), como otras Enfermedades Raras (ER), presentan problemas socio-sanitarios. En 2007 se inicia un proyecto, *Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARE)*, para establecer definición y lista de CR, para estimar la carga atribuible a estos cánceres en Europa. La definición de ER se basa en la prevalencia (<5/10.000 hab/año), pero la de RARECARE se basa en la incidencia. Identificar la lista de CR en Europa.

Materiales: Diseño: estudio descriptivo transversal, de base poblacional. Ámbito y fuentes de información: La incidencia de cáncer del período 1995-2002 procede de 70 registros de cáncer de población de 22 países europeos incluidos en el proyecto EUROCCARE. La definición de CR procede del Consenso Europeo de un Grupo de Expertos multidisciplinario. Variables: edad, sexo, localización anatómica y morfología del tumor (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3ª edición (CIE-O-3). Análisis: número de casos nuevos y tasas brutas de incidencia x 100.000 hab/año.

Resultados: La lista de CR se basa en entidades tumorales malignas que agrupan la localización anatómica y la morfología. Las entidades se distribuyen en 3 niveles jerárquicos: 1) "familias" de tumores con patrón histológico común (ej. tumor epitelial maligno de la nasofaringe), 2) "familias" de tumores con relevancia clínico-terapéutica (ej. adenocarcinoma papilar de nasofaringe), y 3) otras entidades de la clasificación de la OMS. Los cánceres con incidencia < 6 casos/100.000 hab/año los niveles 1 ó 2 son definidos como CR. La lista de CR comprende 230 entidades, de las cuales únicamente el 7% presenta una incidencia entre 3 y 6 por 100.000 hab/año.

Conclusiones: Establecer definición de CR y el conocer la carga de enfermedad atribuible a los CR contribuirán a una mejor orientación de políticas socio-sanitarias y creación de redes de investigación multidisciplinarias que faciliten la transferencia del conocimiento y aplicabilidad en la práctica médica.

P-264

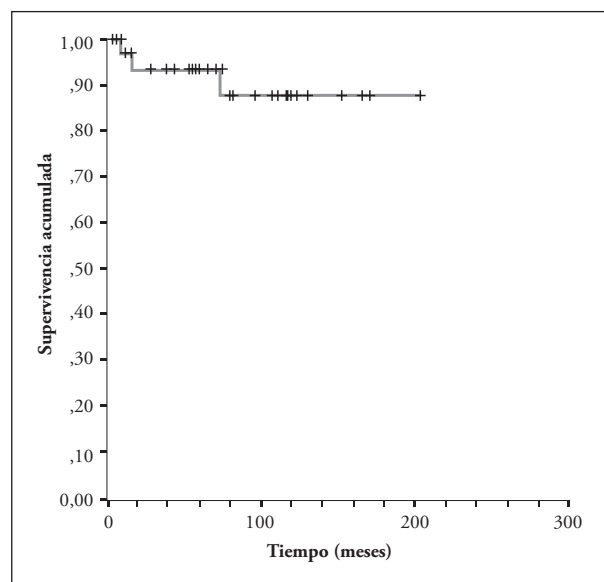
ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADÍOS PRECOSES DE BUEN PRONÓSTICO: UN TRATAMIENTO ADAPTADO AL RIESGO

Bella Pajares Hachero *, Esperanza Torres *, David Olmos **, Cristina Quero *, José Manuel Trigo *, Antonio Rueda ***, Antonio Román, Emilio Alba *.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga *. The Royal Marsden Hospital & The Institute of Cancer Research, Londres **. Servicio de Oncología Médica del Hospital Costa del Sol, Marbella ***.*

Introducción y Objetivos: El tratamiento con Quimioterapia (QT) y Radioterapia (RT) se considera de elección en la enfermedad de Hodgkin estadios precoces (EHEP). La administración exclusiva de ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vincristina y Dacarbacina) evita la toxicidad tardía de la RT, sobre todo en pacientes de buen pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar la tasa de respuesta, supervivencia y toxicidad en pacientes con EHEP de Buen Pronóstico de la EORTC tratados con ABVD. (Tabla 1)

Figura 1. Supervivencia libre de enfermedad.



Materiales: Durante el periodo comprendido entre 01-01-1991 y 31-12-2007, 35 pacientes cumplieron los criterios de inclusión: EHEP, buen pronóstico de la EORTC, y tratados con ABVD (4 o 6 ciclos en función de que el diagnóstico fuese anterior o posterior a 2004). Aquellos pacientes con respuesta parcial (RP) tras QT recibieron RT y fueron también incluidos.

Resultados: La mediana de edad fue de 29 años (15-48). El 63% fueron varones, el subtipo histológico más frecuente fue esclerosis nodular (46%), ECOG 0 (86%) y estadio II (54%). Se observó RC a la QT en el 94%, el 6% restante recibieron RT tras RP a ABVD. Con una mediana de seguimiento de 80,3 meses (4,3-204) la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global a 5 años fue de 100% y 93% respectivamente (Fig 1). Sólo 3 pacientes recayeron, ninguno había recibido RT; todos fueron rescatados con QT y se encuentran libres de enfermedad. El perfil de toxicidad observado fue similar a estudios previos, y no han sido observados eventos cardiovasculares o segundos tumores.

Tabla 1. Criterios de Buen Pronóstico de la EORTC.

Edad menor de 50 años
Ausencia de enfermedad bulky mediastínica
Menos de 4 áreas ganglionares afectas
Velocidad de eritrosedimentación menor de 50
Afectación extranodal por extensión directa
Ausencia de síntomas B

Conclusiones: Las elevadas tasas de curación de la EHEP con tratamiento combinado se han logrado a costa de una toxicidad considerable en forma de segundos tumores y eventos cardiovasculares. Este estudio apoya la administración de 4 o 6 ciclos de ABVD como un tratamiento eficaz y con adecuado perfil de toxicidad, minimizando el riesgo de complicaciones tardías potencialmente letales.

P-265

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN

Yolanda Fernández Díez, Jerónimo Pachón *, María Reina Atienza, Iker López, Manuel Chaves, Rocío García, Begoña Pérez.

Servicio de Oncología Médica y Unidad de Enfermedades Infecciosas (). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla).*

Introducción y Objetivos: Desde su aprobación hace más de 10 años, rituximab constituye parte fundamental del tratamiento estándar de diversos tipos de linfoma no Hodgkin (LNH). Tras la realización de multitud de ensayos clínicos se ha considerado un fármaco seguro, sin embargo otros estudios han informado de un incremento de las complicaciones infecciosas, algunas de ellas graves, asociado a su administración. Nuestro estudio tiene como objetivo encontrar factores de riesgo para la aparición de esas complicaciones.

Materiales: Análisis retrospectivo de los datos contenidos en las historias clínicas de todos los pacientes con LNH tratados en nuestro centro entre enero de 2006 y mayo de 2009 (N= 484) en primera, segunda línea y como mantenimiento. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, histología, profilaxis antibiótica, uso de esteroides, administración de G-CSF, esquema de quimioterapia asociado y número de ciclos, niveles de inmunoglobulinas en sangre, niveles de neutrófilos en sangre, número de ciclos de rituximab. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v16.0.

Resultados: Identificamos una mayor tasa de infecciones durante el uso de rituximab como mantenimiento (61 de 484 pacientes) frente a su uso en primera y línea (423 de 484 pacientes), 9,6% vs 4% (p=0.005) y de neutropenia (16,2% vs 7%, p <0.0001). Se identificaron 6 factores de riesgo: valores anormales de inmunoglobulina M (OR=1.028, IC="1.002-1.186;" p="0.008)" administración de profilaxis antibiótica (OR=4.876, IC="1.340-10.902;" p="0.013)" administración de G-CSF (OR=3.245, IC=1.022-9.005, p="0.034)" número de ciclos de quimioterapia (OR=0.934, IC= 0.902-0.998; p="0.022)" esquema de

quimioterapia (OR=0.910, IC="0.902-0.986;p=0.036)" y número de ciclos de rituximab (OR=1.024, IC="1." 002-1.589; p="0.040).

Conclusiones: El mantenimiento con rituximab puede aumentar las complicaciones infecciosas en los pacientes con diversos factores de riesgo relacionados con los esquemas de quimioterapia recibidos, la presencia de alteraciones en los niveles de inmunoglobulinas o el intervalo entre ciclos de rituximab y podrían prevenirse en algunos casos mediante el uso de G-CSF o profilaxis antibiótica.

P-266

CODOX-M-IVAC Y RITUXIMAB (RTX) EN PACIENTES ADULTOS HIV NEGATIVOS CON LINFOMA DE BURKITT (BL)

Andrés Jesús Muñoz Martín, Ricardo Pérez-Fernández, Virginia Martínez, María Carmen Riesco, Yolanda Jerez, Jorge Adeva, Luis Cabezón, Alicia Soria, Pilar Sabin, Pilar García-Alfonso.

Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y Objetivos: El LB es un linfoma no Hodgkin B altamente agresivo que expresa de forma intensa CD20. El tratamiento de pacientes adultos HIV negativos con CODOX-M-IVAC produce tasas de respuestas completas (RC) 75-86%. En SEOM 2007 se comunicó la primera serie de casos con la combinación CODOX-M-IVAC y Rtx en primera línea de tratamiento con una tasa de RC 100%. Recientemente se ha presentado en forma de abstract* una segunda serie con 24 pacientes (pt), 16 HIV negativos, con una tasa de RC 96% y una favorable supervivencia libre de progresión y global. Se presenta la actualización de datos de nuestra serie en términos de eficacia y seguridad a largo plazo.

Materiales: Ocho pt consecutivos diagnosticados de LB en nuestro centro de agosto de 2003 a diciembre de 2008 recibieron tratamiento en programa de uso compasivo con CODOX-M-IVAC asociado a Rtx (375 mg/m²), con escalada de dosis (1pt-1 dosis, 1pt-2 dosis, 1pt-3 dosis, 4pt-4 dosis y 1pt-6 dosis). Mediana edad: 32,5 años (rango 21-73). 7 pt recibieron 4 ciclos de QT y 1p (73 años) 3 ciclos. 50% varones. 100% HIV negativo. 7pt LB clásico/1pt LB diferenciación plasmocítica. Tr1 (8;14): 100%. Estadío Ann-Arbor: I (37'5%), II (12,5%), IV (50%). Afectación extranodal: 87,5%. LDH elevada: 50%. No afectación de médula ósea ni SNC. Síntomas B: 50%. Enfermedad Bulky: 87,5%. IPI: 0-1, 3pt; 2, 3pt; 3, 1pt; 4-5, 1pt.

Resultados: RC: 100%. Con una mediana de seguimiento de 48,5 meses (10,2 – 61,2 meses) el 100% de los pacientes

continúan en RC. La toxicidad fue comparable a la descrita con CODOX-M-IVAC (ver Tabla 1). 1 pt desarrolló sarcoidosis tres años después del diagnóstico y se trató satisfactoriamente con corticoides.

Tabla 1. Toxicidad combinación CODOX-M-IVAC y Rituximab.

Toxicidad grado III/IV	Nº de pacientes /Porcentaje
Hematológica	8 (100%)
Neutropenia	6 (75%)
Neutropenia febril (grado II-IV)	5 (62,5%)
Trombopenia	6 (75%)
Mucositis	1 (12,5%)
Síndrome de lisis tumoral	1 (12,5%)
Astenia	1 (12,5%)
Emesis	1 (12,5%)

NOTA DEL AUTOR: SE INCLUYE LA REFERENCIA DEL ABSTRACT ALUDIDO EN EL TEXTO DENTRO DEL APARTADO INTRODUCCIÓN OBJETIVOS

*Referencia: Abramson JS, Barnes JA, Toomey CE et al. Rituximab added to CODOX-M-IVAC is highly effective in HIV-negative and HIV positive Burkitt Lymphoma. Abstract 3595. 50th ASH Annual Meeting 2008. San Francisco (USA), 6- 9 December 2008.

Conclusiones: La combinación de CODOX-M-IVAC y Rtx es altamente efectiva y segura en el tratamiento de primera línea de LB.

P-267

TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA. PRESENTACIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)

Juan Torres Melero, Piedad Reche Molina (*), Ana Fernández-Freire Leal (*), Manuel M^a Benavides Orgaz (**), Ana Jaén Morago (***), Nuria Cárdenas Quesada (***), Vanesa Gutiérrez (**), J.Luis García Puche (****).

JTM. Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. S. de Cirugía. Hospital Torrecárdenas. Almería. (*) Servicio de Oncología Médica, Hospital Torrecárdenas-Almería; (**) Servicio de Oncología Médica, Hospital Carlos Haya, Málaga; (***) S. de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Jaén; (****) S. Oncología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción y Objetivos: En un grupo seleccionado de pacientes, el tratamiento médico-quirúrgico de la carcinomatosis peritoneal (CP) o enfermedad maligna peritoneal (EMP) con intención curativa mediante técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CC+HIPEC) es ,hoy por hoy, una realidad asistencial. Su alta complejidad técnica, la curva de aprendizaje y la necesidad de unos recursos asistenciales específicos requiere, idealmente, una concentración en centros de referencia que cuenten con equipos multidisciplinares. En Diciembre del 2007, se creó el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP) , integrado dentro de la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica (SEOQ) y referente nacional del PSOGI (Peritoneal Surface Oncology Group International). Actualmente, diez grupos nacionales están realizando este tipo de tratamiento. El objetivo principal de este trabajo es, dar a conocer al GECOP como grupo cooperativo en el estudio y tratamiento de la enfermedad neoplásica peritoneal con el fin, entre otros, de facilitar la colaboración con otras disciplinas médico-quirúrgicas relacionadas en su tratamiento y muy especialmente con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Materiales: 1) Agrupar los programas de tratamiento combinado de la carcinomatosis dentro del territorio español, con el fin de favorecer la comunicación y colaboración activa (oncólogos-cirujanos); 2) Elaborar protocolos asistenciales estandarizados de tratamiento combinado; 3) Diseño y ejecución de estudios de investigación básica y clínica ; y 4) Facilitar el acceso a otros equipos interesados; entre otros muchos objetivos. Reseñar la existencia de una pagina web propia y la creación del Registro Nacional de Carcinomatosis Peritoneal operativo desde finales del 2008.

Conclusiones: Creemos fundamental la colaboración entre oncólogos médicos y cirujanos interesados en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal . Destacar que en un grupo seleccionado de pacientes, la carcinomatosis peritoneal es potencialmente curable. Estos pacientes deben ser valorados por equipos multidisciplinares con experiencia en citorreducción y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (CC+HIPEC).

P-268

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL -ENFERMEDAD MALIGNA PERITONEAL- MEDIANTE TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

Juan Torres Melero, Gabriel Fiol Ruiz (*), Piedad Reche Molina (**), Ana Fernández-Freire Leal (**), Ana Jaén

Morago (**), Nuria Cárdenas Quesada (**), Manuel Benavides Orgaz (****), Vanesa Gutiérrez Calderón (****), José Luis García Puche (*****), Begoña Medina (**).

JTM. Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal, Servicio de Cirugía, Hospital Torrecárdenas, Almería; () Servicio de Ginecología, Hospital Torrecárdenas, Almería; (**) Servicio de Oncología Médica, Hospital Torrecárdenas, Almería; (***) Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario de Jaén; (****) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga; (*****) Servicio de Oncología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

Introducción y Objetivos: Los pacientes con enfermedad maligna peritoneal también llamada carcinomatosis peritoneal (CP), han sido considerados durante mucho tiempo como enfermos sin opciones más que a tratamientos paliativos. Desde hace dos décadas, la enfermedad peritoneal diseminada, con independencia de su origen, está siendo considerada como un estadio locorregional de la enfermedad, y en base a esta asunción se ha desarrollado un nuevo planteamiento terapéutico con intención curativa: la cirugía citorrreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (HIPEC). Presentamos la experiencia de 4 años en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal mediante técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) con o sin quimioterapia intraperitoneal postoperatoria inmediata (EPIC) en nuestra Unidad de Carcinomatosis (H. Torrecárdenas, Almería.).

Materiales: Hemos intervenido desde que iniciamos nuestro programa (Enero 2005) a 79 pacientes (32H/47M, x=54 años). Las localizaciones de los tumores malignos intervenidos son: 28 ca de colon-recto, 27 ovarios, 12 pseudomixomas; 3 sarcomas; 4 mesoteliomas, 4 gástricos y una ascitis debilitante. El índice de carcinomatosis peritoneal ha sido: <20 en 71 y >20 en 8 pacientes. El grado de citorreducción ha sido completo en 63 casos. Se aplicó EPIC en 17/79 (21,5%) y quimioterapia postoperatoria en el 86%.

Resultados: El estado actual (5 meses-54m): 43 (55,8%) pacientes siguen vivos libre de enfermedad; 29 (37,6) vivos con progresión de enfermedad y 7 (6,6%) han fallecidos con progresión. La mortalidad postoperatoria es del 2,53%; la morbilidad (I-II): 35%. 16 pacientes con citorreducción incompleta en los cuales no se realizó CC + HIPEC/EPIC han fallecido entre los 3 y 11 meses. En 57 pacientes (72%) encontramos supervivencia superior a 2 años.

Conclusiones: En un grupo seleccionado de pacientes, consideramos la carcinomatosis de origen colónica, ovárica, pseudomixoma, apendicular y mesotelioma como potencialmente curable. Estos pacientes deben ser valorados por equipos multidisciplinares (oncólogos-cirujanos), cohesionados, coordinados y con experiencia en estas técnicas.

P-269

SILENCIAMIENTO GÉNICO DE KSR1 MEDIANTE SHORT HAIRPIN RNAS

Joaquina Martínez Galán*, Luis Pérez Rivas**, Lucas R. Jagemann**, Gema Durán Ogalla*, Vanesa Gutiérrez Calderón*, Inmaculada Alés Díaz*, Manuel Cobo Dols*, Silvia Gil Calle*, Manuel Benavides Orgaz*, José Lozano Castro**.

**Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. **Departamento de Biología Molecular. Facultad de Ciencias de la Universidad de Málaga.*

Introducción y Objetivos: KSR1 es una proteína adaptadora "scaffold" que funciona acoplando distintos componentes de la cascada de señalización Ras/Raf/MEK/ERK y facilitando su activación. Esta vía está implicada en proliferación, desarrollo y supervivencia celular. El papel esencial de KSR1 en la señalización dependiente del oncogén ras se ha demostrado en ratones *knock-out*, observándose que la eliminación del gen KSR1 disminuye la aparición de tumores Ras-dependientes.

Objetivo: Silenciar de manera estable la expresión de KSR1 en una línea tumoral humana mediante shRNAs (*short hairpin RNAs*) y realizar estudios de proliferación y tumorigénesis en relación con la falta de expresión de KSR1 endógeno.

Materiales: Dos líneas celulares (U2OS; células humanas de osteosarcoma y 293; células embrionarias humanas de riñón) fueron transfectadas con 5 plásmidos pIKO (K1,K2,K3,K4,K5) que generan secuencias de shRNA específicas para el silenciamiento de KSR1 humano. Inicialmente se transformó TOP10 de *E. Coli* con los plásmidos, se seleccionaron en placas de LB-agar con Carbenicilina, se purificaron y se transfectaron las células 293 y U2OS con distintas cantidades de plásmido (6,9,12 ng) con FuGENE 6. Las células se lisaron con RIPA y se determinaron los niveles endógenos de KSR1 mediante Western Blot empleando 3 anticuerpos a-KSR1.

Resultados: El silenciamiento de KSR1 no fue efectivo en células 293. Sin embargo, tras optimizar las condiciones con U2OS, se observó que las células tumorales transfectadas con K2 y K5 crecían más lentamente muriendo en el curso de las 72 horas posteriores a la transfección y que las células transfectadas por K3 morían rápidamente.

Conclusiones: Es posible silenciar KSR1 endógeno en células tumorales cultivadas *in vitro* mediante shRNA. Las células tumorales carentes de KSR1 morían progresivamente en función de la eficiencia de transfección y la cantidad de plásmido transfectado. Se generaron líneas celulares estables deficientes en KSR1 que crecían más lentamente o

morían tempranamente respecto a las células no silenciadas. El silenciamiento génico de KSR1 podría representar una nueva diana molecular de estudio en tumores Ras-dependientes. En el futuro se generarán líneas inducibles para caracterizarlas.

P-270

TRATAMIENTO DE SUGARBAKER DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL. IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA Y RESULTADOS CLÍNICOS

Pedro Barrios Sánchez, Isabel Ramos, Cecilia Escayola, Montse Martín, Domenico Sabia.

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: La carcinomatosis peritoneal (CP) esta considerada como un estadio terminal de las enfermedades neoplásias y asociada a supervivencias muy limitadas. La técnica de Sugarbaker: cirugía radical (CCR) + quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) está indicada en grupos seleccionados de pacientes con supervivencias descritas a 3 y 5 años. Actualmente es tratamiento de referencia en el pseudomixoma peritoneal, mesotelioma peritoneal y la CP colorrectal y recomendado en otras CP.

Materiales: Desde mayo06 a Dic08 hemos valorados en nuestra Unidad a 557 con CP. 232 pacientes (30,1%) se sometieron a tratamiento radical: CCR (procedimientos de peritonectomías) en 120 pacientes, CCR+quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (EPIC) en 17 pacientes y CCR+quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) en 95 pacientes. El origen de la CP fue 32% de los pacientes ovario, 30% colorrectal, 15% pseudomixoma peritoneal, 6% gástrico, 5% mesoteliomas, 5% sarcomatosis y 7% otros orígenes. 76% de los pacientes procedían de Cataluña, 19% de otras CCAA, 3,5% del propio hospital y 1,5% de otros países.

Resultados: La CCR pudo realizarse en el 93% de los pacientes donde se indico. La mortalidad hospitalaria de toda la serie fue del 0,8% y la morbilidad que requirió alguna reintervención del 4,6% del total de la serie y del 0% en el grupo de CCR+HIPEC. En el grupo de CCR+HIPEC la mediana de tiempo de seguimiento fue de 9,3 meses (0,8 a 27,7 meses) y la media de supervivencia estimada de 25,14 meses (intervalo de confianza al 95%: 23,4-26,8 meses). La probabilidad acumulada de supervivencia a 12 meses de 89,6%. Se exponen otros datos relacionados con el tipo y características de la CP, la intensidad de la CCR y otros parametros significativos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en esta serie establecen un beneficio clínico (supervivencia y calidad de vida) en relación a otros medios terapéuticos. Estos resultados coinciden con otros publicados por centros de referencia. Varias agencias sanitarias coinciden en recomendar en esta línea terapéutica en el contexto de ensayos clínicos controlados realizados por grupos especializados multidisciplinares

P-271

EFICACIA TERAPÉUTICA DE TARCEVA EN GLIOBLASTOMA EN PACIENTES QUE SOBRESPRESAN EGFRVIII Y PTEN CONSERVADO

Óscar Gallego Rubio, M^a Jesús Quintana, Alberto Gallerdo, Miriam Cuatrecasas, Antonio Benavides, Pedro Pérez, Carme Balaña, Miguel Gil, José Luis García, Gaspar Reynes.

GEINO. Grupo español de investigación en neurooncología.

Introducción y Objetivos: Se ha descrito una mayor respuesta a erlotinib en pacientes con glioblastomas que sobreexpresan EGFRvIII y tienen el PTEN conservado (I K. Mellinghoff, NEJM 353;19, nov 2005). El grupo GEINO ha tratado de forma prospectiva una serie de pacientes con GBM y con este perfil de inmunohistoquímica para evaluar la efectividad en este subgrupo de pacientes.

Materiales: Entre julio del 2008 hasta mayo del 2009 hemos tratado 8 pacientes afecto de glioblastoma en progresión tras más de una línea de tratamiento. Todos los pacientes presentaban inmunohistoquímica positiva (tres cruces) a EGFR, EGFRvIII Y PTEN conservado. Esta diseñado la inclusión de unos 40 pacientes (siguiendo la metodología de un ensayo II). Se describen los resultados preliminares descriptivos de los primeros 8 pacientes, las respuestas y las curvas de supervivencia.

Resultados: Se han tratado 8 pacientes afectados de GBN recidivado (3 hombres/5 mujeres). La edad media era de 53 años. Todos presentaban un score para PTEN y EGFRvIII alto: 240 y 270 (producto de % de células marcadas por IHC por el número de cruces de la tinción). 6 pacientes recibieron tratamiento de segunda línea y 1 de tercera previos al tratamiento con tarceva. La respuesta obtenida fue de 1RP, 2EE y 5 progresiones. La toxicidad observada fue dermatitis grado 1 en 7 casos y 2 en 1. La supervivencia mediana tras el inicio del tarceva fue de 35 semanas (IC 95% (30,06 ; 41,08).

Conclusiones: Pacientes con glioblastoma recidivados y pretratados que presenten PTEN conservado y EGFRvIII sobreexpresado pueden ser considerados candidatos a un tratamiento poco tóxico y cómodo con tarceva (si se confirman estos datos tras reclutar más enfermos).

P-272

EL TRATAMIENTO CON TEMOZOLOMIDA MÁS ALLÁ DE LOS SEIS MESES TRAS LA FINALIZACIÓN DE LA RADIOTERAPIA PROLONGA EL TIEMPO HASTA LA PROGRESIÓN Y LA SUPERVIVENCIA GLOBAL EN GLIOMAS DE ALTO GRADO (GAA)

María Merino (x), Reyes González Expósito (x), Jorge Barriuso, Elena Hernández, Manuel González Barón, Jaime Feliu, Javier de Castro Carpeño, Cristóbal Belda- Iniesta. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. (x) Ambas autoras han contribuido en igual manera y deben ser consideradas como primeras autoras.*

Introducción y Objetivos: Evaluar el impacto sobre la supervivencia del tratamiento con temozolomida más allá de seis meses en pacientes con GAA.

Materiales: Incluimos a todos los pacientes diagnosticados de un GAA y tratados con temozolomida de nuestro Centro desde 2003 o que progresaran hacia éstos tras diagnósticos iniciales de grado menor, exigiendo confirmación histológica en este escenario. Todos debían haber recibido tratamiento radical con radioterapia- temozolomida. Recogimos como variables la edad, el género, el número de meses de tratamiento posterior con temozolomida (6 o menos meses frente 7 o más) así como los eventos progresión y muerte y el diagnóstico histológico en función del grado y de las distintas estirpes histológicas. Representamos la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global en función de las poblaciones acumuladas libres de los citados eventos mediante el método de Kaplan-Meier estratificándolos tanto por el número de meses de tratamiento con temozolomida como por grado histológico. Comparamos las curvas de supervivencia mediante el test log-rank y el análisis multivariante a través del modelo de riesgos proporcionales de Cox una vez demostrada la proporcionalidad. Consideramos como estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Figura 1. Curvas de supervivencia en función del n.

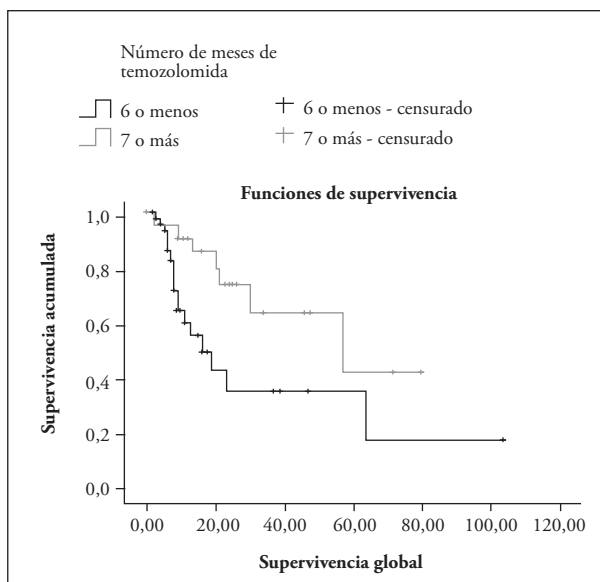
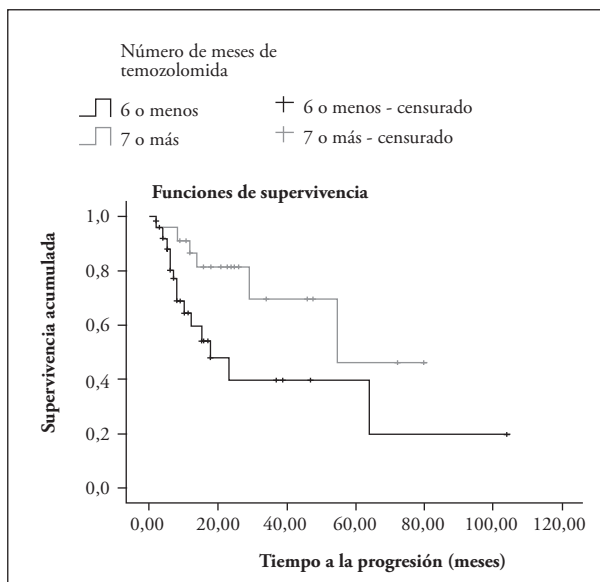


Tabla 1. Características basales de los pacientes.

		Número de meses de tto con temozolomida			Diferencia entre poblaciones
		6 o menos	7 o más	Total	
Total		53	23	76	-
Género	Hombre	33	13	46	p= 0.799
	Mujer	20	10	30	
Grado histológico	Grado 2 en transformación	8	5	13	p= 0.255
	Grado 3	18	11	29	
	Grado 4	27	7	34	

Resultados: 76 pacientes cumplían los criterios anteriormente expuestos (tabla 1). La supervivencia libre de progresión y la supervivencia global fue claramente superior en el grupo de pacientes que habían recibido 7 o más meses de tratamiento (p=0.02 y p=0.018 respectivamente) (Figura 1). En el análisis multivariante se demostró que el único determinante de la supervivencia libre de progresión fue la duración

del tratamiento con temozolomida (HR: 0.49 IC95% 0.118-0.996; p= 0.049), lo cual se reprodujo para supervivencia global (HR 0.298; IC 95% 0.102- 0.874; p=0.027) (Tabla 2). **Conclusiones:** Prolongar el tratamiento adyuvante con temozolomida más allá de los 6 meses se asocia a un incremento en la supervivencia independientemente del grado histológico del glioma.

Tabla 2. Análisis multivariante.

Variables en la ecuación para supervivencia libre de progresión

	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95,0% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Grado Histológico	0,186	0,493	0,142	1	0,707	1,204	0,458	3,162
Género	-0,343	0,506	0,460	1	0,498	0,710	0,263	1,912
NºCiclosTemodal	-1,069	0,544	3,867	1	0,049	0,343	0,118	0,996

Variables en la ecuación para Supervivencia Global

	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95,0% IC para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Grado Histológico	0,104	0,511	0,042	1	0,838	1,110	0,408	3,020
Género	-0,138	0,519	0,071	1	0,790	0,871	0,315	2,408
NºCiclosTemodal	-1,210	0,548	4,867	1	0,027	0,298	0,102	0,874

P-273

¿ES DIFERENTE LA RESPUESTA GANGLIONAR TRAS RADIOTERAPIA CONCOMITANTE CON FÁRMACOS ANTIEGFR (RT+AEGFR) EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO (CCC)? ANÁLISIS DE UNA SERIE DEL INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA- L'HOSPITALET

Margarita Romeo*, Mónica Cos**, Silvia Vázquez*, Carlos Majós**, Alicia Lozano***, Julio Nogués****, Carlos Aguilera**, Ramón Palmero*, Sara Castañer**, Ricard Mesía*.

* Servicio Oncología médica. Instituto Catalán de Oncología- L'Hospitalet; ** Instituto de diagnóstico por la imagen (IDI)- Hospital Universitario de Bellvitge; *** Servicio de Oncología radioterápica. Instituto catalán de Oncología- L'Hospitalet; **** Servicio de ORL. Hospital Universitario de Bellvitge.

Tabla 1.

REEVALUACIÓN TC POSTTRATAMIENTO	COMPROBACIÓN DE ENFERMEDAD NODAL	
	PRESENTE	AUSENTE
ENFERMEDAD RESIDUAL NODAL		
	VERDADEROS POSITIVOS=7	FALSOS POSITIVOS=4
SI	5 linfadenectomías positivas. 2 irreseccables, progresaron	Respuestas completas patológicas =3 PET negativo=1 (sin progresión actual)
		VERDADEROS NEGATIVOS=29
NO	FALSOS NEGATIVOS=2 (Recidivas*)	4 de ellos sin criterios radiológicos clásicos de respuesta completa nodal, 2 compatibles con fibrosis y 2 con calcificación: la linfadenectomía había sido descartada por baja sospecha, sin progresión actual.

Introducción y Objetivos: La respuesta ganglionar a quimiorradioterapia es peor que la del primario: masas residuales cervicales dificultan la evaluación por TC. ¿Es similar el patrón radiológico de respuesta nodal tras RT+aEGFR? Hemos detectado cambios radiológicos compatibles con fibrosis o calcificación ¿Cuál es su valor para determinar respuesta nodal a RT+aEGFR?

Materiales: Revisión de los pacientes con CCC y afectación nodal cervical radiológica en el momento de recibir RT+aEGFR (con y sin inducción). Evaluación de respuesta clínica y radiológica por TC a las 8-12 semanas tras fin RT: los pacientes con respuesta completa fueron seguidos; aquellos con masas residuales cervicales eran candidatos a seguimiento, reevaluación por TC/PET y/o linfadenectomía, según el grado de sospecha de enfermedad residual en un comité multidisciplinario. Retrospectivamente, un neuroradiólogo experto reevaluó los TCs considerando fibrosis y calcificación signos de respuesta nodal. Los datos anatomopatológicos y recurrencias tempranas cervicales* (<6 meses tras fin RT) informan de la sensibilidad y especificidad del TC post-tratamiento. Seguimiento mínimo: 6 meses.

Resultados: 42 casos (2003-noviembre'08) ganglios positivos tratados con: 32 cetuximab, 7 gefitinib, 3 panitumumab; 26 (62%) orofaríngeos. Resultados expresados en la Tabla 1. Reevaluación TC post-tratamiento: sensibilidad=78%, especificidad=88%.

Conclusiones: Los signos radiológicos de fibrosis y calcificación aportan datos de respuesta ganglionar a RT+aEGFR. Su introducción permitiría mejorar la especificidad del TC y optimizar la indicación de linfadenectomía de rescate. Se añadirán nuevos casos al análisis final.

P-274

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN DIGESTIVO-GINECOLÓGICO. TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA MODULADA CON HIPERTERMIA (CC+HIPEC)

Juan Torres Melero, Piedad Reche Molina (*), Ana Fernández-Freire Leal (*), Ana Jaén Morago (**), Nuria Cárdenas Quesada (**), J.Luis García Puche (***), Manuel M^a Benavides Orgaz (****), Vanesa Gutiérrez (****), Begoña Medina (*).

JTM. Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas. Almería. () Servicio de Oncología Médica. Hospital Torrecárdenas, Almería;*

*(**) Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario de Jaén; (***) Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada; (****) Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.*

Introducción y Objetivos: Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) o también llamada enfermedad maligna peritoneal (EMP), independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. La quimioterapia sistémica, generalmente con intención paliativa, se asocia a unas supervivencias medias en las mejores series publicadas de 23 meses (supervivencia a 5 años del 13%). Hoy por hoy, debemos considerar a la carcinomatosis peritoneal como un estadio locorregional de la enfermedad, existiendo importantísimas razones para intentar, en un grupo seleccionado de pacientes, un abordaje quirúrgico agresivo combinado con quimioterapia directa regional (quimioterapia perioperatoria intraperitoneal). Creemos que es sumamente importante no sólo la selección de los pacientes sino también el diseño y establecimiento de unos rigurosos diagramas de actuación clínica o protocolos de actuación. El objetivo de este trabajo es presentar en un orden cronológico, los protocolos diagnóstico-terapéuticos de pacientes con carcinomatosis peritoneal (de origen gastrointestinal y ginecológico) que han sido tratados mediante técnicas de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria con hipertermia (CC+HIPEC) empleadas en nuestra Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal y que han sido consensuados con los Servicios de Oncología implicados en nuestro equipo.

Materiales: Debemos destacar la introducción en nuestra práctica quirúrgica habitual de las técnicas de cirugía citorreductora junto con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria modulada con hipertermia (Protocolos Sugarbaker o Elias) Presentamos no sólo estos protocolos de actuación, sino también los criterios de inclusión y exclusión, así como las pautas de seguimiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorectal; ovárico, mesotelioma, ca. apendicular, ca.gástrico y sarcoma.

Conclusiones: Consideramos que en un grupo seleccionado de pacientes (criterios de inclusión/exclusión), la carcinomatosis peritoneal establecida puede y debe ser intervenida con intención curativa mediante cirugía citorreductora oncológica (CC) junto con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria modulada con hipertermia (HIPEC). Estos pacientes deben ser tratados por equipos de oncólogos y cirujanos especialmente interesados en esta patología y en este tratamiento.

P-275

PROPUESTA DE UN PROTOCOLO NACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DEL PSEUDOMIXOMA PERITONEAL (CARCINOMATOSIS MUCINOSA) MEDIANTE TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA

Juan Torres Melero, Ana Fernández-Freire Leal (*), Piedad Reche Molina (*), Ana Jaén Morago (**), Begoña Medina (*), Nuria Cárdenas Quesada (**), Manuel M^a Benavides Orgaz (**), Vanesa Gutiérrez (***), J.Luis García Puche (****).

JTM. Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía. Hospital Torrecárdenas, Almería; () Servicio de Oncología Médica. Hospital Torrecárdenas, Almería; (**) Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario de Jaén; (***) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga; (****) Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

Introducción y Objetivos: El término de pseudomixoma peritoneal (PMP) hace referencia a la acumulación de mucina dentro de la cavidad abdominal -abdomen gelatinoso-, asociado a un tumor productor de moco, de origen gastrointestinal, ginecológico, o ambos. Inicialmente se describió en relación con procesos benignos (adenoma apendicular), actualmente derivan, mayoritariamente, de neoplasias mucinosas (mucosecretoras) de un potencial maligno variable (adenomas/adenocarcinomas). Es una entidad clínica-patológica poco común, siendo las localizaciones más frecuentes del tumor primario: el apéndice y el ovario. Debemos distinguir tres tipos histopatológicos con importantes implicaciones diagnósticas-terapéuticas y de supervivencias: a) adenomucinositis peritoneal diseminada (AMPD; forma benigna); b) carcinomatosis mucinosa peritoneal (CMP; forma maligna) y por último, c) forma híbridas. Generalmente el PMP muestra una evolución lenta pero progresiva con unas tasas muy altas de recurrencias/intervenciones (superiores al 50% a los 2 años). La quimioterapia sistémica sigue siendo discutida. Nuestro objetivo es presentar un Protocolo Nacional para esta entidad consistente en la realización de peritonectomías y la administración de quimioterapia intraperitoneal modulada con hipertermia (CC+HIPEC) como nueva estrategia en el manejo de esta entidad clínica.

Materiales: Nos centraremos en diversos aspectos relacionados con el PMP como son: diagnósticos, criterios de inclusión-exclusión para CC+HIPEC, describiremos el tratamiento quirúrgico-oncológico y su seguimiento; además, discutiremos sobre el papel de la quimioterapia sistémica. Dicho protocolo ha sido consensuado y aceptado, por el Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GE-COP) y los Servicios de Oncología Médica implicados en nuestro Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal.

Conclusiones: Pensamos que los pacientes con Pseudomixoma peritoneal (PMP) deben ser atendidos por grupos con experiencia en cirugía citoreductora y administración de quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (CC+HIPEC,) al considerarla como el único tratamiento con intención potencialmente curativo. Confiamos que la implantación de un Protocolo Nacional contribuya, no sólo a despejar las habituales controversias terapéuticas y pronósticas, sino que también permita su validación como tratamiento estándar en la clínica habitual.

P-276

INFUSIÓN RÁPIDA DE RITUXIMAB. EXPERIENCIA EN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Fernando Manuel Henao Carrasco, David Vicente, María del Mar Llorente, Carmen Beato, Isabel Aragón, Ana Grueso, Esteban Nogales, Luis de la Cruz, Teresa García, Manuel Codes. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena.*

Introducción y Objetivos: El anticuerpo monoclonal anti-CD20 Rituximab se ha convertido en una pauta habitual en muchos tipos de linfomas incluyendo tratamientos de mantenimiento. La infusión prolongada origina gran consumo de recursos en el hospital de día. Se requieren nuevas pautas que manteniendo eficacia y seguridad sean más coste-efectivas.

Materiales: Infusión rápida de Rituximab en 90 minutos con un 20% de la dosis en 30 minutos y el 80% restante en 1 hora en Unidad de Día del Hospital, en pacientes diagnosticados de linfoma no Hodgkin que habían recibido previamente una infusión a velocidad normal sin que presentaran efectos adversos a la misma.

Resultados: Se han realizado desde el 11 de Noviembre de 2008 hasta el 24 de Abril de 2009 un total de treinta y nueve infusiones rápidas en nuestro hospital sin efectos secundarios ni reacciones adversas a la infusión.

Conclusiones: Con la infusión rápida de rituximab mejoramos la eficiencia del hospital de día, reduciendo el consumo de recursos sin aumento de la toxicidad derivada de la infusión del fármaco.

P-277

EL TRATAMIENTO ADYUVANTE CON IMATINIB DE PACIENTES INTERVENIDOS DE UN GIST CON RIESGO INTERMEDIO/ALTO DURANTE MAS DE 12 MESES SE ASOCIA CON UNA ACEPTABLE TOLERANCIA

Sara Encinas (2), Jorge Barriuso (1), Concepción Fernández-Chacón (2), Jaime Feliu (1), Enrique Casado (3), Antonio González Martín (2), Manuel González Barón (1,2), Javier de Castro Carpeño (1), Cristóbal Belda- Iniesta (1). (1) Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. (2) Servicio de Oncología Médica. MD Anderson International Cancer Center. Madrid (3) Servicio de Oncología Médica. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Introducción y Objetivos: El tratamiento con imatinib durante 1 año tras la resección de GIST mayores de 3 cms se ha aprobado recientemente para su uso con fines adyuvantes ya que aumenta la supervivencia libre de enfermedad. Sin embargo, la supervivencia global no parece ser diferente por lo que como estrategia se ha considerado incrementar la duración del tratamiento con imatinib más allá de 1 año. Prolongar más de un año el tratamiento supone incertidumbres sobre su seguridad en el escenario adyuvante.

Materiales: Hemos recogido la información de toxicidad asociada al tratamiento con imatinib adyuvante más allá de 1 año en pacientes intervenidos de un GIST y con riesgo intermedio/ alto procedentes de varios hospitales del área de Madrid. Además, hemos incluido datos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

	No (% o rango)
n	41 (100)
Edad	51 (21-74)
Género	
Femenino	21 (51.4%)
Tamaño tumoral	
< 5 cms	4 (9.76)
5 - 10 cms	22 (53.7)
> 10 cms	7 (17.07)
Nº Mitosis 50 HMF	
< 5	14 (34.1)
5 - 10	22 (53.7)
> 5	5 (12.2)
Márgenes quirúrgicos	
R0	37 (90.2)
R1	4 (9.8)
Origen tumoral	
Gástrico	21 (51.2)
Intestino delgado	11 (26.8)
Recto	7 (17.01)
Esófago	1 (2.4)
Desconocido	1 (2.4)

Resultados: Se han recogido datos de seguridad en 41 pacientes (tabla 1) que cumplían los criterios anteriormente expuestos y que habían recibido una mediana de 24 meses de tratamiento con imatinib (rango 6- 24 meses). En términos de toxicidad 95.1% tuvieron cualquier grado de toxicidad (Figura 1A), sin que se comunicaran toxicidades grado 4 o 5. Sólo el 9.8% tuvo una toxicidad grado 3. La toxicidades más frecuentes fueron los edemas, sorprendentemente el estreñimiento y la astenia (Figura 1B). La mediana del tiempo hasta la aparición del primer evento tóxico fue de 3 meses y la mediana del tiempo hasta la aparición del peor evento tóxico por paciente fue de 4 meses (Figura 2). Ningún paciente suspendió el tratamiento por toxicidad a lo largo del periodo de seguimiento.

Figura A. Porcentajes de toxicidades comunicadas.

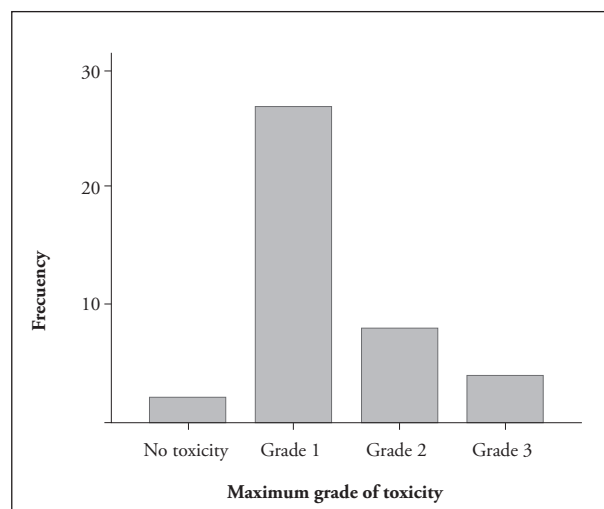


Figura 1B.

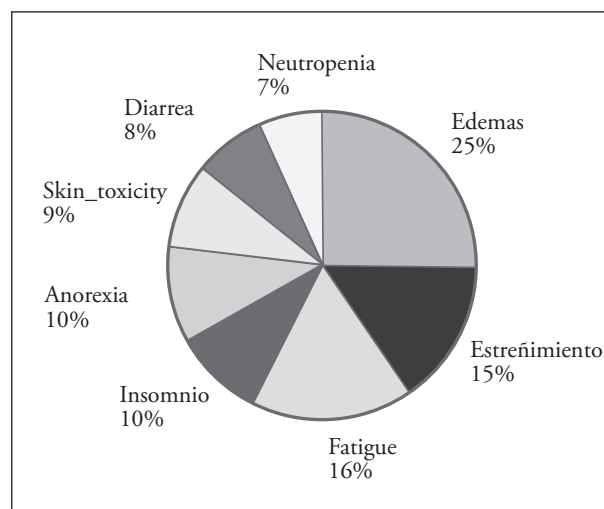
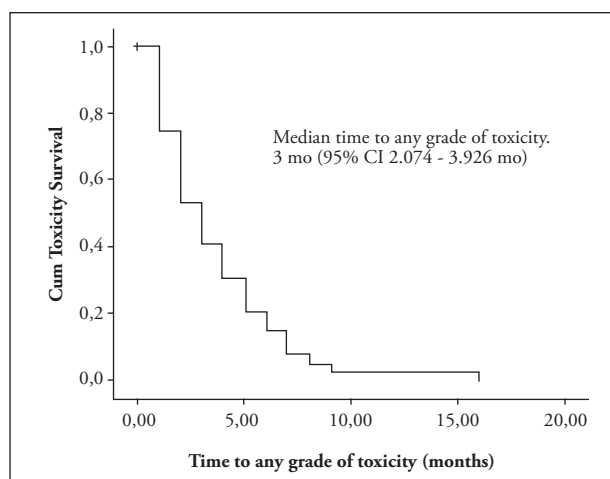
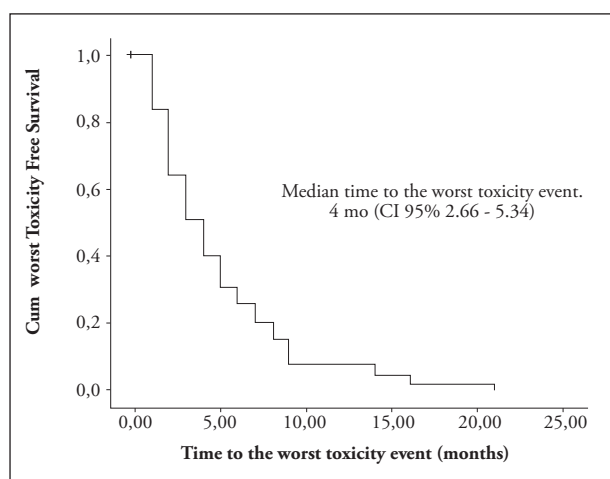


Figura 2. Medianas del tiempo hasta la toxicidad.**Figura 2.**

Conclusiones: El tratamiento con imatinib adyuvante más allá de un año se asocia con toxicidades leves, principalmente en los primeros 6 meses de tratamiento. Se presentarán datos de supervivencia a lo largo del Congreso.

P-278

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DEL OSTEOSARCOMA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Jorge Aparicio Urtasun, Roberto Díaz Beveridge, Ángel Segura Huerta, Alejandra Giménez Ortiz, Helena De La Cueva Sapiña, Paula Richart Aznar, José García Sánchez, Miguel Corbellas Aparicio, Joaquín Montalar Salcedo.
S^o de Oncología Médica. H. Universitario La Fe. Valencia.

Introducción y Objetivos: El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente en la infancia y adolescencia. Su supervivencia a 5 años oscila entre 50% y 75% en las series publicadas recientemente. Analizamos nuestra experiencia con el objetivo de conocer sus resultados a largo plazo.

Materiales: Estudiamos retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de osteosarcoma que se trataron en nuestro centro entre 1985 y 2005. Analizamos sus características clínicas y biológicas, tratamiento administrado y evolución.

Resultados: Había 58 pacientes (34 hombres y 24 mujeres) y la mediana de edad fue 19 años (extremos 12 y 75). En cuanto a su localización, predominaron el fémur (47%), tibia (14%), pelvis (12%) y húmero (7%). La mediana de diámetro máximo tumoral fue de 85 mm (extremos 35 y 230). Los tipos histológicos más comunes eran el osteoblástico (40%) y condroblástico (35%). Tres pacientes (5%) presentaban metástasis al diagnóstico. Recibió quimioterapia un 88% de la serie, que fue pre- y postoperatoria en el 71% de los casos. Los esquemas más empleados fueron T-10 de Rosen (52%) y combinaciones de MTX-IFO-EPI-CDDP (36%). Siete pacientes (12%) requirieron amputación mientras que el resto se trató con cirugía amplia y conservación de miembros. Sólo 5 pacientes (13%) presentaron un porcentaje de necrosis superior al 90% tras la quimioterapia neoadyuvante. Con una mediana de seguimiento de 42 meses (extremos 5 y 246), se han registrado 19 recidivas locales, 29 sistémicas y 27 fallecimientos. La probabilidad de supervivencia a 5 y 10 años es de 57% y 50%, respectivamente.

Conclusiones: Un tercio de nuestros pacientes con osteosarcoma desarrolla recidivas locales y la mitad de la serie fallece por enfermedad metastásica. Aunque la cirugía especializada es fundamental, nuestros datos sugieren que existe un margen para la mejora en los esquemas de quimioterapia actuales.

P-279

RETREATAMIENTO CON TRABECTEDINA EN PACIENTES CON LIPOSARCOMA MIXOIDE (LM) RESPONDEDOR

Roberta Sanfilippo, Federica Grosso, Emanuela Virdis, Carlo Morosi, Juan Carlos Tercero, Patrik Zintl, Alessandro Gronchi, Silvana Pilotti, Maurizio D'Incalci, Paolo Giovanni Casali.

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italia;

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italia;

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italia;

PharmaMar, Madrid, España; PharmaMar, Madrid, España;

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italia;

Istituto Mario Negri, Milan, Italia; Fondazione IRCCS

Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italia.

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia del retratamiento con trabectedina en pacientes con LM que fueron respondedores y que posteriormente progresaron.

Materiales: 32 pacientes con LM avanzado/recurrente recibieron trabectedina, de los cuales 8 finalizaron el tratamiento y fueron retratados a la recidiva. Estos 8 pacientes recibieron inicialmente una mediana de 10 ciclos (rango, 5-15) de trabectedina. Las repuestas al tratamiento se clasificaron según los criterios de evaluación de respuesta de los tumores sólidos (RECIST). Durante el tratamiento inicial se observó respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP) y enfermedad estable (EE) en 2, 3 y 2 pacientes, respectivamente, mientras que un paciente presentó reducción tumoral sin llegar a RP. La mediana de la supervivencia libre de progresión fue 24 meses desde el inicio y 14 meses desde el final del tratamiento. Seis pacientes abandonaron el tratamiento sin síntomas de la enfermedad: 4 pacientes tuvieron resección quirúrgica completa de la enfermedad residual y 2 pacientes consiguieron RC radiológica. Otros 2 pacientes interrumpieron voluntariamente el tratamiento, uno con RP y otro con EE. Todos estos pacientes reanudaron el tratamiento después de progresión.

Resultados: La primera evaluación realizada tras el retratamiento con trabectedina no mostró ningún paciente con progresión de LM. No se produjeron abandonos del tratamiento o reducciones de la dosis debido a toxicidad. La tasa de respuesta según RECIST fue del 50%. Con una mediana de seguimiento de 11.2 meses (rango, 4-18.2), la mediana del tiempo hasta la progresión era de 12.1 meses. El tratamiento continúa en 5 pacientes.

Conclusiones: El retratamiento con trabectedina puede ser beneficioso para pacientes con LM. Dado el bajo número de pacientes estudiados, son necesarios nuevos estudios confirmatorios de que el retratamiento con trabectedina a la progresión de los pacientes inicialmente respondedores puede ser una opción válida, así como para optimizar la duración del tratamiento.

P-280

ENSAYO FASE II DE LA COMBINACIÓN DE GEMCITABINA Y OXALIPLATINO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA METASTÁTICO DE ORIGEN DESCONOCIDO

Ferran Losa, Antonieta Salud, Lucía Heras, Juan Luis Martí, Ana Albert, Montserrat Domenech, Javier Munarriz, José Muñoz, Gemma Soler, Ana Peiró.

Associació Catalana per la Recerca Oncològica i les seves implicacions Sanitàries i Socials (ACROSS) y Grupo Arco Mediterráneo. Con la colaboración de Laboratorios Lilly

Introducción y Objetivos: Confirmar la eficacia de un régimen de quimioterapia basado en la combinación de Oxaliplatino y Gemcitabina en pacientes afectos de adenocarcinoma metastásico de origen desconocido.

Materiales: Se presentan resultados preliminares de un total de 38 pacientes. Todos disponían de enfermedad medible y un estado funcional ECOG £2. Recibieron tratamiento con Oxaliplatino 85 mg/m² iv. y Gemcitabina 1500 mg/m² iv. día 1 cada 14 días por un total de 8 ciclos, habiéndose de suspender en los casos de toxicidad inaceptable o progresión. Las respuestas se han evaluado con arreglo a los criterios RECIST en el 4º y el 8º ciclos.

Resultados: Del total de 38 pacientes, todos ellos evaluables para toxicidad, presentaron toxicidades GIII/IV: alteración de GGT(6), astenis(5), hiperbilirrubinemia(2), mucositis(2) y plaquetopenia(2). Se registró un caso de neurotoxicidad neurosensorial grado III reversible. Las toxicidades descritas provocaron la salida del estudio en 4 casos (10,5%), y la reducción de las dosis en 3 pacientes (7,9%). De los 38 pacientes fueron evaluables para respuesta 33, descartándose 5 por no haber recibido un mínimo de 2 ciclos. Se observó un caso de respuesta completa (3,0%), 11 respuestas parciales (33,3%), 14 estabilizaciones (42,4%) y 6 progresiones de la enfermedad (18,2%), no siendo evaluable un paciente. La tasa de respuestas objetivas fue del 36,4%, con una tasa de beneficio clínico del 78,8%. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 5,6 meses (I.C 95%: 4,1-7,1) y la supervivencia global de 9,7 meses (I.C 95%: 3,7-15,7).

Conclusiones: La combinación de Oxaliplatino + Gemcitabina se muestra activa en el adenocarcinoma metastásico, destacando la existencia de un 36,4% de RO y un 78,8% de beneficio clínico, con una toxicidad aceptable. Consideramos este esquema de tratamiento como una combinación óptima en este tipo de pacientes, con resultados equivalentes a otros esquemas utilizados en esta indicación y con, claramente, un mejor perfil de toxicidad.

P-281

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON MELANOMA MALIGNO (MM) II-III TRATADOS CON EL PROTOCOLO DE INTERFERON RECOMBINANTE 2B-alfa: EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Javier Valdivia Bautista, Beatriz González, Victoria Castellón, Aranzta González, Jesús Soberino, Raquel Luque, Verónica Conde, Encarnación González.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción y Objetivos: Diferentes pautas de tratamientos

inmunológicos han sido estudiadas como tratamiento adyuvante para el melanoma tras cirugía curativa. En 1996 Kirkwood publicó el primer trabajo con resultados positivos en el tratamiento adyuvante del melanoma con Interferón alfa (ECOG 1684).

Materiales: Analizamos 27 pacientes de MM (estadios II y III) tratados según el esquema de Kirkwood de Enero de 2000 a Diciembre de 2008. Presentamos un análisis descriptivo, estudio bivalente y análisis de supervivencia.

Resultados: En nuestra serie la localización más frecuente fue la de extremidad y la de la cabeza confería peor pronóstico. El tiempo mediano desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento de la inducción fue 57 días. De los 27 pacientes sólo 25 iniciaron ambas fases del tratamiento. La mediana de dosis recibida fue de 146 dosis. La toxicidad moderada severa más frecuente fue la hepatotoxicidad (83%). Hallamos diferencias significativas entre el sexo y la posibilidad de fallecimiento (p 0,02) y una tendencia a la significación (p 0,058) de recaídas en el varón. Encontramos diferencias significativas en el retraso hasta el inicio de la inducción y mayor número de recaídas (p 0,042). En cuanto al análisis de supervivencia no se ha alcanzado la mediana de supervivencia libre de enfermedad y la mediana de supervivencia global ha sido de 32,5 meses, siendo la probabilidad de continuar vivo al final del estudio de 50,1% con 8 años de seguimiento.

Conclusiones: Concluimos que la inmunoterapia adyuvante con el protocolo de Kirkwood es útil en el MM. Su toxicidad más frecuente y limitante de dosis es la hepatotoxicidad (85%) pero resulta manejable. Si bien existen limitaciones por el tamaño de nuestra población parecen existir diferencias pronósticas relacionadas con el sexo. Resulta esencial reducir los tiempos entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

P-282

ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE MEDIADORES ANGIOGÉNICOS E INFLAMATORIOS EN CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO EN ESTADÍOS RESECABLES

Eloísa Jantus Lewintre, Marta Usó, Rafael Sirera, Alfonso Berrocal, Cristina Caballero, Sara Blasco, Nesli Mosquera, Sandra Gallach, Enrique Zapater, Carlos Camps. *Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: En cáncer, el análisis de los niveles de expresión de mRNA puede contribuir a definir la red molecular implicada y establecer marcadores moleculares predictivos y de pronóstico. La expresión de ciertos genes angiogénicos y antiangiogénicos como los de la

familia del factor de crecimiento del endotelio junto con otras moléculas implicadas en la angiogénesis podría predecir el desarrollo de la enfermedad y añadir información pronóstica en la diagnosis.

Materiales: Realizamos una RT-qPCR a partir de muestras de tejido de cáncer de cabeza y cuello congeladas de 30 pacientes no tratados previamente. Las muestras fueron procesadas para la extracción del mRNA, seguidamente se realizaron procedimientos estandar y la cuantificación de la expresión génica se expresó como concentración relativa normalizada por un gen de control endógeno. Se cuantificó la expresión de los siguientes genes: PDGF-A, PIGF, VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C, VEGF-D, COX-2, bFGF, HGF, IL-8, HIF-1, angiomotina y endostatina.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de 56,5 años, 84,5% varones y 68,2% presentaban carcinoma escamoso en laringe. Nuestros resultados muestran que las muestras tumorales presentan un aumento de la expresión significativa de los genes PDGF, PIGF, COX-2 y IL-8. Por el contrario la expresión de la angiomotina estaba disminuida con respecto al tejido sano.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto un aumento de la expresión de ciertos genes pro-angiogénicos PDGF, PIGF, COX-2 y IL-8, y una disminución de esta en angiomotina. Debido a la relación de algunos de estos genes con el proceso inflamatorio y da la poca importancia de los mecanismos inducidos por hipoxia que revelan los resultados, podríamos pensar que este tipo de carcinomas está más influenciado por los factores inflamatorios que por los factores hipóxicos. Estos resultados sugieren que se necesita más investigación de estos factores angiogénicos.

P-283

SARCOMAS PRIMARIO DE MAMA (SM): EVOLUCIÓN Y RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

José María Mazarico Gallego, Antonio López-Pousa, María Jesús Quintana (2), Silvia Bague (3), Óscar Gallego Rubio, Nuria Sala González, Lidia Robert Faja, Ana Sebio, M. Carmen Alonso, Agustín Barnadas.

Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona. (2) Servicio de Epidemiología, HSCSP. (3) Servicio de Anatomía Patológica, HSCSP.

Introducción y Objetivos: Los sarcomas de mama (SM) son infrecuentes (0.001% tumores de mama), con tendencia a crecimiento local y escasa afectación ganglionar/metástasis. Se analizan retrospectivamente factores pronósticos clínicos-patológicos de evolución de los SM.

Materiales: Entre 1966 y 2007 fueron tratadas 34 pacientes con SM. Se realizó revisión patológica y análisis de factores clínicos y patológicos (Kaplan- Meier). Mediana de edad: 44 años (20-82). Tamaño: 57 mm (0-230mm). Histología: 17 cistosarcoma filodes (CF), 9 angiosarcoma, 2 osteosarcoma extraesquelético, 2 fibrosarcomas, 3 otros; 12 eran lesiones de bajo y 15 de alto grado histológico. Tratamiento: mastectomía en 26 casos, cirugía conservadora en 8 y vaciamiento en 10 casos. El estadio patológico fue: I- 12%, II- 65%, III- 9%, IV-3%. Tratamiento adyuvante en 14 pacientes: 5 quimioterapia, 4 radioterapia, 5 ambos. Los esquemas de QTP fueron variados y las dosis de RDT variaron entre 50 y 60 Gys.

Resultados: Con una mediana de seguimiento de 71 meses (5-239), la supervivencia global fue 160 meses y la supervivencia a 5, 10 y 15 años de 83, 74 y 59%.. Hubo progresión en 8/26 (32%) casos tratados con mastectomía versus 5/8 pacientes (62.5%) con cirugía conservadora: 9 recidivas locales, 2 metastásicas y 2 ambas. Cirugía de rescate en 10 casos con control local en 6 casos. De 7 pacientes fallecidas sólo 1 correspondía a CF. La supervivencia de los CF fue de 169 meses Vs 124 para el resto de histologías (p=0.06). No hubo diferencias en el análisis univariante en SLE y SG.

Conclusiones: La cirugía radical es el tratamiento de elección de los SM. CF tiene mejor pronóstico que otras histologías. No demostrado beneficio en SG para la quimioterapia adyuvante en los tumores de alto grado no-filodes. La cirugía de rescate es útil para el control de la recaída local.

P-284

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON TRABECTEDINA (ET-743, YONDELIS®) EN SARCOMAS DE PARTES BLANDAS AVANZADOS Y/O METASTÁSICOS (SPB) TRAS FRACASO A ANTRACICLINAS E IFOSFAMIDA

Nuria Sala González , Antonio López Pous , Óscar Gallego, José María Mazarico, Lidia Robert , Ignasi Gich**, María Jesús Quintana**, Silvia Bagué***, Agustí Barnadas.
*Servicios de: Oncología Médica; Epidemiología**; Anatomía patológica***. Hospital de Sant Pau. Barcelona*

Introducción y Objetivos: Yondelis es un alcaloide de origen marino que inhibe el sistema de reparación de nucleótidos y provoca rotura de la doble cadena de DNA. Un ensayo fase II demostró considerable actividad en sarcomas, especialmente liposarcomas y leiomiomas. Analizamos nuestra experiencia en el tratamiento con Yondelis en pacientes con SPB, tras fallo a antraciclina y ifosfamida.

Materiales: Entre 1998 y 2009, 22 pacientes con SPB fueron tratados con Yondelis en ensayo clínico o por uso

compasivo. Todos habían recibido antraciclina y el 95% ifosfamida; mediana de líneas previas: 2 (1-6). El 57% presentaban diseminación pulmonar exclusiva. Mediana del tiempo a la progresión metastásica: 19 meses (2-45).

Resultados: El 82% eran varones. Histología: fibrohistiocitomas malignos 27% , leiomiomas 23% , liposarcomas 18%, sarcomas fusocelulares 14% y otras histologías 18%; el 91% fueron alto grado. Mediana de ciclos administrados: 3 (1-14). Observamos respuesta parcial en 3 casos (14%; 1 leiomioma, 2 liposarcomas), y enfermedad estable en 13 casos (59%) con una mediana de duración de 4 meses (1-13). Progresión precoz en 2 pacientes. Supervivencia libre de progresión a 3 fue de 53% y a 6 meses del 43%. Mediana del intervalo a la progresión: 4 meses (1,4 – 6,7). La supervivencia global desde el inicio del Yondelis fue 9,2 meses (5,1 – 13,2). Mediana de tiempo a la progresión y supervivencia para leiomiomas y liposarcomas vs otras histologías fue: 9.1m vs 2.067(p=0.036) y 12.2 vs 7.1m (p=0.032), respectivamente. Hubo toxicidad hepática en el 45% de los pacientes (50% G3-4) y hematológica en el 36% (87.5% G3-4) con reducción de dosis en el 41% de casos; astenia en el 9%(50% G3-4). Hubo una muerte tóxica. El tratamiento profiláctico con dexametasona mejoró la tolerancia aguda al Yondelis.

Conclusiones: Yondelis es activo en SPB avanzados refractarios, con toxicidad controlable. La eficacia varía según los distintos tipos histológicos.

P-285

TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES MALIGNOS CON CPT11-BEVACIZUMAB

Álvaro Pinto Marín, Gema Casado*, Andrés Redondo, Enrique Espinosa, Beatriz Castelo, Pilar Zamora, Manuel González Barón.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. *Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

Introducción y Objetivos: Los tumores cerebrales malignos son una entidad que tradicionalmente se ha caracterizado por un mal pronóstico y una escasez de tratamientos realmente eficaces. La combinación de CPT11-Bevacizumab ha demostrado en varios estudios fase II una actividad interesante en el tratamiento de estos tumores, por lo que su empleo como tratamiento de segunda o sucesivas líneas ha constituido una nueva opción terapéutica en estos pacientes.

Materiales: Se recogieron, en colaboración con el Servicio de Farmacia, los pacientes que habían recibido o estaban recibiendo tratamiento con el esquema CPT11-Bevacizumab. Se recopilaron los datos demográficos y clínicos, así

como la respuesta al tratamiento, la toxicidad del mismo y la posterior evolución de los pacientes.

Resultados: Se analizaron los datos de un total de 11 pacientes. En un 60% de los casos, el tratamiento se inició como segunda línea, mientras que en el resto se inició como tercera línea o sucesivas. Se obtuvieron un 20% de respuestas completas, un 10% de respuestas parciales y un 40% de estabilizaciones superiores a 8 semanas. La supervivencia libre de progresión (SLP) fue de 7.2 meses, con una SLP a 6 meses del 50%. La supervivencia global (SG) fue de 9.2 meses, con una SG a 6 meses del 66%. No se registró ningún evento trombotico, tromboembólico o de hemorragia cerebral entre los pacientes en tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con CPT11-Bevacizumab es un régimen eficaz, con datos esperanzadores en cuanto a tasas de respuesta y supervivencia, y con una buena tolerancia. Debe tenerse en cuenta que su aplicación suele realizarse en fases muy avanzadas de la enfermedad, en pacientes que habitualmente han sido operados, han recibido radioterapia y han progresado al menos a una línea previa de tratamiento quimioterápico. NOTA: se actualizarán los datos con objeto de presentarlos en el Congreso, incluyendo más pacientes y más tiempo de seguimiento.

P-286

TOXICIDAD POR QT EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Sara Serrano, María Tobeña, María Jesús Vidal *, Ana Isabel Ferrer **, Esther Millaste ***, Manuel Ruiz-Echarri *, Isabel Pajares , David López , Julio Lambea, Alejandro Tres.

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza; *Hospital Vall D'Hebron Barcelona; **Hospital Universitario Albacete; *** Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.*

Introducción y Objetivos: Los continuos avances en los tratamientos oncológicos nos ayudan a mejorar supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes y nos ofrecen nuevos retos en cuanto a su toxicidad. Estudios observacionales demuestran la relación entre dosis, esquema y efectos adversos. Nuestro objetivo es estimar la prevalencia de toxicidad a la quimioterapia entre los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias.

Materiales: Desde Octubre de 2007 a Octubre de 2008 se recogieron 560 pacientes. Se revisaron motivo de consulta, localización y estadiaje del tumor, esquema de QT y última dosis de la misma, diagnóstico y actitud terapéutica en Urgencias.

Resultados: De los 560 pacientes 87 acudieron a Urgencias por síntomas relacionados con toxicidad al tratamiento. El síntoma más frecuente fue la fiebre (27 pacientes, 31%)

seguido de diarrea (18 pacientes, 20.7%) y náuseas-vómitos (12 pacientes, 13.8%). La mayoría en tratamiento con esquemas de QT clásicos (70.1%) seguido de QT con agentes diana (14.9%) y menos frecuentemente con agentes diana en monoterapia (9.2%) o QTRT (2.3%). Comparando todos los tratamientos de manera global no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a toxicidad. Sin embargo analizando por subgrupos los datos se modificaban: no se observaron diferencias entre el grupo de QT clásica y QT con agentes diana (33.8% vs 5.5%, $p=0.30$), sin embargo sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre QT clásica y agentes diana en monoterapia (33.8% vs 13.2%, $p<0.05$).

Conclusiones: La toxicidad QT supone un motivo de consulta frecuente en los pacientes oncológicos que acuden a Urgencias. En nuestra población a estudio los agentes diana no añaden toxicidad a la QT clásica, y en monoterapia la tolerancia es muy buena. Se necesitan más estudios para evaluar las nuevas toxicidades a las que nos enfrentamos.

P-287

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES, PSICOLÓGICOS Y ESTILOS DE VIDA EN LA FOTOPROTECCIÓN TRAS EL DIAGNÓSTICO DE MELANOMA

Elisabeth Gómez Moyano*, Joaquina Martínez Galán**, Silvestre Martínez García*, Vicente Crespo Erchiga*, Gema Durán Ogalla**, Vanesa Gutiérrez Calderón**, Maysa Lemós Simosono**, María José Bermejo Pérez**, Juan José Bretón García**, Manuel Benavides Orgaz**.

**Servicio de Dermatología. **Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Introducción y Objetivos: La exposición solar es el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de melanoma. Una mejor comprensión de los factores que influyen en este hecho puede aportar información para realizar guías de intervención.

Objetivo: Evaluar el impacto del diagnóstico de melanoma en los hábitos sobre fotoprotección y analizar factores que influyan en el cambio de hábitos de fotoprotección.

Materiales: Se interrogaron 65 pacientes (pts) diagnosticados de melanoma (2006-2007) sobre conocimientos, hábitos, actitudes en fotoprotección antes y después del diagnóstico y los sentimientos de miedo y culpabilidad tras el diagnóstico. Se concedió una puntuación a cada ítem y dividió a los pacientes en tres categorías según la puntuación obtenida.

Resultados: El 72% de los pacientes presentaban hábitos de fotoprotección deficientes prediagnóstico, a pesar de que un 69% había recibido consejos de fotoprotección. El 66%

de los pacientes optimizaron su conducta postdiagnóstico. El número de pts que creen que el bronceado es saludable apenas se modificó (69% prediagnóstico y 61% postdiagnóstico). Tras el diagnóstico un 38.5% de pacientes nunca usaba fotoprotector en un día soleado, y de aquellos que lo usaban >50% sólo lo aplicaban en la cara. Un 20% pts continuaba exponiéndose al sol entre las 12-16 horas y un 37% no renovaba la aplicación del fotoprotector. El 98% de los pts mantenían estas conductas a pesar de haber sido informados. El subgrupo de pacientes que mejoró presentaba una puntuación media basal menor que el subgrupo que no mejoró ($p=0,009$). Las mujeres optimizaron su conducta tres veces más que los hombres ($p=0,037$). La edad, localización tumoral, agresividad terapéutica, sentimiento de miedo, culpa y la creencia de que el bronceado es saludable no influenciaron significativamente en la modificación de conducta.

Conclusiones: El diagnóstico de melanoma lleva consigo un cambio en los hábitos de fotoprotección. Sin embargo, las medidas de fotoprotección no son suficientemente adecuadas. Debemos evaluar las barreras hacia la fotoprotección óptima pues en ellas está la clave para diseñar programas educativos específicos.

P-288

AFECTACIÓN PLEURO-PULMONAR POR TUMOR MUCINOSO EN PACIENTES CON PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Pedro Barrios Sánchez, Isabel Ramos, Cecilia Escayola, Alexandro Bianchi, Domenico Sabia.
Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y Objetivos: El pseudomixoma peritoneal (PP) es un síndrome anatomopatológico que reagrupa tres variantes histológicas de diversa agresividad biológica. Se caracteriza por el acúmulo intrabdominal de mucina, asociado o no, a masas tumorales. Mayoritariamente se origina de tumores apendiculares y su incidencia es de 1 caso/millón/habitantes. El tratamiento de Sugarbaker: cirugía citorreductora radical (CCR)+ quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) ofrece supervivencias a los 5 años del 74-100% en los tumores de bajo grado y del 28-65% en los de alto grado. El 5% de los pacientes así tratados presentan diseminación tumoral a la cavidad torácica en forma de implantación pleural y/o embolización tumoral intraparenquimatosas pulmonar. Exponemos nuestra experiencia en el manejo de los pacientes con PP tratados mediante la técnica de Sugarbaker que desarrollaron esta rara manifestación tumoral.

Materiales: Hasta Dic08 hemos tratado 58 pacientes con PP: 8 adenomucinosas, 9 histologías híbridas y 41 carcinomatosis mucinosas. 32 pacientes recibieron CCR + quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (EPIC) y 26 pacientes CCR + quimiohipertermia peritoneal (HIPEC), de los cuales 5 desarrollaron enfermedad torácica. Dos pacientes fueron remitidos. De los 7 pacientes, 6 presentaron afectación pleural y un paciente afectación pulmonar parenquimatosas. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía radical pleuropulmonar seguida en 5 casos de quimioterapia regional intratorácica y en un caso de quimiohipertermia intratorácica.

Resultados: Un paciente falleció durante la cirugía. Los 6 pacientes restantes no presentaron complicaciones. Dos de ellos fallecieron a los 17 y 42 meses del tratamiento por recidiva del PP. Cuatro pacientes están vivos a los 48,31,26 y 10 meses del tratamiento; dos de ellos con enfermedad pleuropulmonar.

Conclusiones: El tratamiento de Sugarbaker en el PP aporta supervivencias muy prolongadas que permiten el desarrollo de recidivas tumorales en localizaciones hasta ahora desconocidas y que, en la mayoría de los casos, están relacionadas con la CCR peritoneal. Un tratamiento a nivel de la cavidad torácica, semejante al realizado en la cavidad abdominal, seguido de una quimioterapia regional aporta renovadas expectativas de supervivencias.

P-289

INTEGRACIÓN DE LA PSICO-ONCOLOGÍA COMO PROCESO ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Catalina Vadell Nadal, Catalina Garau Sitjar*, Hernan Andrés Gioseffi, Diego Cayuela López.
*Servicio de Oncología y Hematología de la Fundación Hospital de Manacor. *Unidad de Psico-Oncología.*

Introducción y Objetivos: En los últimos años la psico-oncología ha emergido como una sub-especialidad de la psicología cuya finalidad es dar respuesta a los aspectos emocionales que puedan interferir en el proceso de adaptación de los pacientes oncológicos a su enfermedad así como dar apoyo tanto a los familiares como al equipo asistencial. Convencidos de la importancia de la atención integral de los pacientes, nuestro servicio se planteó ya en el año 2005 la integración de un especialista en psico-oncología dentro del equipo asistencial. La presente comunicación pretende exponer la trayectoria que hemos seguido estos años.

Materiales: En el año 2005 se estableció un convenio de colaboración entre la Fundación Hospital de Manacor y la

Asociación APROP, Associació d'ajuda als malalts amb càncer de la comarca de Llevant, mediante el cual se integraba una especialista en psico-oncología dentro del equipo asistencial. Inicialmente se ofrecían 10 horas semanales de asistencia, sin embargo la gran aceptación de la misma motivó que se fuera incrementando el tiempo de dedicación hasta una asistencia a jornada completa en el año 2008, con actividad asistencial ambulatoria, de hospitalización, y docente.

Resultados: Desde el inicio de la actividad de psico-oncología se ha pasado de las 86 visitas a las 491 efectuadas en 2008, incrementándose el porcentaje de primeras visitas de psico-oncología en relación a las de Oncología Médica desde un 17% a un 55%. Se ha establecido una sistemática de trabajo que ha permitido incluir la asistencia psico-oncológica como uno más de los procesos del servicio de Oncología, acreditado según norma ISO-9001. Se pretende presentar datos de actividad asistencial, el flujograma del proceso y la metodología de trabajo establecida.

Conclusiones: Creemos que el haber establecido una metodología de trabajo siguiendo la norma ISO-9001 nos permite ofrecer una garantía para una asistencia de calidad a nuestros pacientes, la cual busca cubrir tanto los aspectos biológicos como los psicosociales.

P-290

TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LOS TUMORES DESMOIDES: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Bella Pajares Hachero, Esperanza Torres, José Manuel Trigo, José Manuel Rico*, Alicia Román*, Begoña Jiménez, Isabel Sevilla.

Servicio de Oncología Médica y Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.*

Introducción y Objetivos: Los tumores desmoides constituyen un grupo de tumores infrecuentes que se originan en las estructuras musculoaponeuróticas profundas y aunque no metastatizan, pueden ser localmente agresivos con tasas de recurrencia entre el 23 - 40%. Se describen tres sublocalizaciones: extraabdominal, pared abdominal e intraabdominal. Comunicamos la experiencia de nuestro centro en el diagnóstico y tratamiento de tumores desmoides.

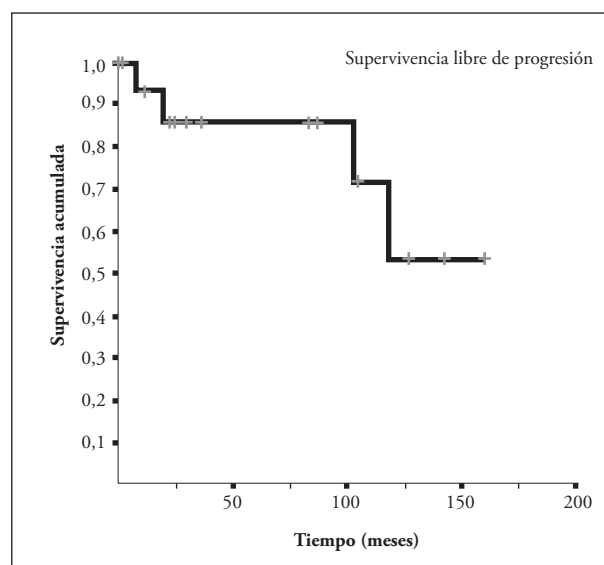
Materiales: Realizamos un análisis retrospectivo de 20 pacientes tratados entre 1997 y 2009. Se recogieron datos de edad, sexo, antecedentes quirúrgicos, poliposis colónica, toma de anticonceptivos, localización tumoral, tratamiento inicial, positividad de márgenes y radioterapia adyuvante. Realizamos un análisis estadístico descriptivo y de supervivencia.

Resultados: La mediana de edad fue de 36 años y las características de los pacientes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.

VARIABLES	NÚMERO	
Sexo	Mujer	12 (60%)
	Hombre	8 (40%)
Localización	Pared abdominal	9 (45%)
	Mesenterio	3 (15%)
Tipo de tratamiento inicial	Cirugía	17 (85%)
	Aínes	3 (15%)
Anticonceptivos	Sí	1 (8%)
	No	11 (92%)
Antecedentes quirúrgicos	Sí	2 (10%)
	No	18 (90%)
Antecedentes Poliposis	Sí	2 (10%)
	No	18 (90%)
Margen	Libre	9 (53%)
	Afecto	6 (35%)
	Desconocido	2 (12%)
Radioterapia adyuvante	Sí	2 (12%)
	No	15 (88%)

Fig. 1. Estas cifras resultaron similares independientemente del tratamiento recibido.



Con una mediana de seguimiento de 35 meses, el Control Local a 5 años fue del 80% y del 76% en los pacientes tratados con cirugía. La Supervivencia Global (SG) y Supervivencia Libre de Progresión (SLP) a 5 años fue de 100% y 86% respectivamente.

Conclusiones: Los tumores desmoides constituyen un grupo de tumores infrecuentes. Aunque la resección quirúrgica completa sigue siendo la piedra angular del tratamiento en lesiones resecables el riesgo de recidiva es considerable. Nuestros resultados son comparables a las escasas series publicadas.

P-291

QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL DE MIEMBRO AFECTO CON MELFALÁN E INTERFERÓN alfa2-B: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

Luis De la Cruz Merino *, Carmen Beato Zambrano *, José Luis Herrero Burgos *, Isabel Aragón Manrique *, José Miguel Barquero Aroca **, Omar Araji Tiliani **, Amalia Pérez Gil ***, David Moreno Ramírez ***, Carlos Infante Alcón **, Manuel Codes Manuel de Villena *.

S^o Oncología Médica*. S^o Cirugía Cardiovascular**. Dpto Dermatología***. HUVMacarena, Sevilla.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia intraarterial de miembro afecto (QTIA) es un procedimiento considerado eficaz en metástasis locorregionales de melanoma o sarcoma de partes blandas de extremidades irresecable.

Objetivo: Describir nuestra experiencia con el procedimiento de QTIA en una serie de pacientes afectados de metástasis en tránsito de melanoma (estadío IIIB, AJCC 2002).

Materiales: Pacientes y métodos: Entre diciembre de 2004 y diciembre de 2009, 8 pacientes, 5 hombres y 3 mujeres, con metástasis en tránsito de melanoma consideradas irresecables fueron sometidos a QTIA. Rango de edad de 15 a 71 años (mediana 55). 5 casos en MMII, 3 en MMSS. El procedimiento consistió en la recirculación de los citostáticos por circuito extracorpóreo, Melfalán 1,2 mg/kg peso e Interferón alfa-2b 1,5 MUI, en situación de hipertermia ligera, durante 60 minutos. Tabulados los datos obtenidos, fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS vs 13.0.

Resultados: 8 pacientes fueron sometidos a QTIA, obteniendo datos de eficacia y toxicidad en 7, constituyendo la base de este análisis. La tasa de respuesta objetiva (TRO) fue del 87.5% con 1 respuesta completa (RC), 5 remisiones parciales (RP) y 1 estabilización de enfermedad (EE). Tras una mediana de seguimiento de 26 meses, 3 enfermos permanecen vivos y libres de progresión, 2 pacientes progresaron localmente a los 4 y 5 meses respectivamente de la QTIA, 1 paciente desarrolló metástasis hepáticas a los 31 meses y 1 paciente falleció a los 30 meses por causa ajena a la enfermedad/procedimiento (ver tabla). La toxicidad local según la escala de Wieberdink fue leve y autolimitada, con un 50% (3/6) de toxicidad grado 1, 2 casos de toxicidad grado 2 y 1 de toxicidad grado 3.

Tabla 1.

Nº paciente	Vía de abordaje	Respuesta	Progresión local	Seguimiento
1	Ilíaca	Completa	No	Exitus, 30 meses*
2	Femoral	Parcial	No	Vivo sin prog. 27 meses
3	Axilar	Parcial	No	Vivo sin prog. 26 meses
4	Femoral	Parcial	No	Vivo sin prog. 14 meses
5	Femoral	Parcial	Sí, 4 meses	Vivo con prog. 12 meses
6	Femoral	Estabilización	No	Vivo sin prog. 9 meses
7	Axilar	-	-	(perdido para seguimiento)
8	Femoral	Parcial	No	Vivo con prog. 5 meses

* Causa ajena a enfermedad/procedimiento

Conclusiones: La QTIA con melfalán e interferón alfa-2b es una técnica efectiva y segura en pacientes afectados de metástasis locorregionales de melanoma no subsidiarios de intervención quirúrgica.

P-292

TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES CUTÁNEOS (CEC) IRRESECABLES DE CABEZA Y CUELLO (CYC): SERIE RETROSPECTIVA

Irene Gil Arnaiz, Javier Martínez-Trufero, María José Lecumberri, Verónica Calderero, Roberto Pazo, Juan Lao, Teresa Puertolas, Julia Madani, María Álvarez-Alejandro, Antonio Antón.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción y Objetivos: El papel del oncólogo médico en el CEC de CyC se restringe a casos de recidiva irresecable y/o metástasis. El tratamiento se realiza frecuentemente por analogía con otros tumores escamosos de CyC, con escaso respaldo de evidencia científica. Presentamos un análisis retrospectivo de los casos tratados en nuestro servicio de esta manera.

Materiales: Entre enero de 2003 y abril de 2009 16 pacientes (p) con CEC irresecable fueron valorados por nosotros.

Resultados: Edad mediana de presentación: 71 años (rango 49-84). Mediana de intervenciones quirúrgicas previas: 2 (rango 0-7). Mediana de tiempo desde 1º diagnóstico hasta irresecabilidad: 13 meses (m) (rango 0-337).

Tratamientos administrados: sintomático: 2 p (13,3%), Radioterapia (RT) en monoterapia: 1 p (6,7%), Quimioterapia (QT) con Carboplatino- RT concomitante: 1 p (6,7%), QT inducción secuencial a QT-RT concomitante: 5 p (33,3%) (4 p recibieron en la inducción el esquema TPF con docetaxel, cisplatino, 5FU y 1 p carboplatino-paclitaxel), QT sola: 6 p (40%) (5 p carboplatino-paclitaxel y 1 p paclitaxel-cetuximab). Para los pacientes que recibieron QT en algún momento (12 p) la tasa de respuestas es: Respuestas Completas: 3 p (25%), Respuestas Parciales: 6 p (50%), Progresión de Enfermedad: 3 p (25%). La tasa de respuestas objetivas en los pacientes tratados con QT y RT combinada es del 100% (33.3% completas). Mediana de tiempo a progresión: 11 meses (IC 95%: 2,5-20,9), Mediana de supervivencia global: 17 meses (IC 95%: 6,5-19).

Conclusiones: Estos datos retrospectivos sobre eficacia de los esquemas de tratamiento combinado con QT y RT en CECICC apoyan la necesidad urgente de definir mediante ensayos clínicos específicos el papel de estos tratamientos combinados en esta entidad.

P-293

RESPUESTA COMPLETA CON FOTEMUSTINA Y SORAFENIB, EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE MELANOMA METASTÁSICO

Ricardo Collado Martín, Rubén Alonso, Rosario Dueñas, Irene González, Yessica Plata.
Hospital Médico-quirúrgico de Jaén.

Introducción y Objetivos: Los melanomas constituyen el 2 ó el 3 % de todas las neoplasias, y son responsables del 80% de muertes por cánceres de piel. El objetivo de nuestro trabajo es describir la evolución de un paciente con melanoma metastásico.

Materiales: Descripción de un caso inusual de respuesta completa en un paciente diagnosticado de melanoma metastásico.

Resultados: Paciente de 55 años diagnosticado e intervenido en marzo de 2005 de melanoma de fosa nasal, con Breslow de 9 mm. Un mes después comenzó adyuvancia con interferón alfa 2b a altas dosis. En noviembre del 2005, se reintervino tras objetivar una recidiva en fosa nasal. El paciente continuó en revisiones hasta abril del 2006, momento en el cual volvió a ser intervenido por aparición de nuevo foco de enfermedad a nivel etmoidal. En agosto del 2006, ante nueva lesión sospechosa en lecho quirúrgico, el paciente volvió a operarse, y, además, se irradió a nivel de lecho quirúrgico, ganglios faciales, y niveles ganglionares cervicales Ib, II, III, IV por afectación de ganglio linfático. En Marzo de 2007, se le objetivó una lesión frontal derecha. Tras su extirpación, se realizó una vacuna autóloga

(M-VAX), de la cual recibió 7 dosis. En julio del 2007 tras nueva reevaluación, se objetivó una lesión en LII, otra en el segmento hepático IV, y otra en región prefrontal izquierda, y dorso-temporal derecha, todas ellas tratadas con radiocirugía. En septiembre de 2007, se propuso iniciar tratamiento por uso compasivo con sorafenib y fotemustina. Seis meses después se objetivó una respuesta completa.

Conclusiones: Presentamos un caso inusual de respuesta completa en un paciente diagnosticado de melanoma metastásico con la administración de fotemustina y sorafenib. No hemos encontrado en la literatura ningún estudio que ensaye la asociación de estos dos fármacos, por lo que consideramos interesante futuras líneas de investigación encaminadas a demostrar el beneficio clínico con este tipo de asociación terapéutica.

P-294

PRÓTESIS ENDOGÁSTRICA (PEG) PROFILÁCTICA COMO PREVENCIÓN DE MUCOSITIS EN PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO (TCC) QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA (QT-RT) CONCOMITANTE. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY

Francisco Aparisi Aparisi *, Amparo Oltra*, José Ponce*, José Manuel Sastre*, José Clemente**, Araceli Moreno**
** Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. **Radioterapia IVO Alcoy.*

Introducción y Objetivos: La mucositis en el tratamiento concomitante de los TCC , impacta negativamente en el cumplimiento del tratamiento y en el pronóstico existiendo varias formas de minimizarlo como la colocación de una PEG profiláctica.

Materiales: Análisis retrospectivo de los pacientes con TCC en los que se colocó una PEG seleccionando aquellas con QT-RT concomitante desde enero del 2007 hasta abril del 2009.

Resultados: 18 PEG (1 de ellas yeyunostomía) , 15 profilácticas para concomitancia y 3 en otras situaciones (2 paliativas y 1 urgente tras negativa inicial del paciente). De las 15 profilácticas en 2007 se colocaron 7 (46.66%); 6 en 2008 (40%) y 2 en 2009 (13.33%). Se admitió RT cervical concomitante con : CDDP 40 mgr/semanal: 7 pacientes (46.66 %); CDDP 100 mgr/trisemanal: 5 (33.33%); y C-225: 3 (20%). Tratamiento realizado: 6 (40%) Cirugía seguida de QT-RT adyuvantes ; 6 (40%) quimioterapia neoadyuvante seguida de QT-RT concomitante ; 3 (20%) QT-RT concomitante. Mucositis: G-3: 4 (26.66%); G-2: 6 (40%); G-1: 3 (20%); G-0: 1 (6.66%). 1 (6.66%) actualmente en tratamiento. Complicaciones:

ausentes: 8 (53.33%); estomitis: 3 (20%); malposición-estomitis: 2 (13.3 %); malposición 1 (6.66%). No hubo ingresos y/o parada de la administración de RT por motivos nutricionales en los casos con PEG profiláctica, pero 6 pacientes (40%) ingresaron por otras causas no nutricionales que pudieron interferir en el tratamiento.

Conclusiones: La PEG profiláctica es una técnica invasiva de intervención nutricional en pacientes con TCC que reciben concomitancia con QT-RT, con una tasa de complicaciones menores asumibles. El siguiente paso a asumir en nuestro centro es la valoración del impacto nutricional de dicha medida y compararla con medidas menos invasivas.

P-295

NEOPLASIAS DE CAVUM (NC): EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL ICO - HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Beatriz Cirauqui Cirauqui*, Mireia Margelí*, Olatz Etxaniz*, Alexandre Martínez*, Cristina Bugés*, Vanesa Quiroga*, Andrés Felipe Cardona*, Isabel Planas**, Guillem Bruch***, Rafael Rosell*.

*Oncología Médica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP) ICO Badalona **Oncología Radioterápica. HUGTiP. ICO Badalona ***Otorrinolaringología. HUGTiP. Badalona.

Introducción y Objetivos: La incidencia de las NC en nuestro medio es de 1/100.000 habitantes/año. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y múltiples desenlaces de una cohorte de pacientes (pts) con NC valorados y tratados en el servicio de Oncología Médica de HUGTiP.

Materiales: Se realiza un análisis retrospectivo de 30 pts con NC valorados entre enero de 1998 y marzo de 2009.

Resultados: La incidencia ha aumentado en los últimos años, siendo máxima en 2005 y 2006 (4 pts/año). Los pts son mayoritariamente varones (70%) y sin hábitos tóxicos (53%), y su edad media es 53 años (25-78). Las histologías más frecuentes son: linfocarcinoma (67%) y carcinoma escamoso (27%). El estadio al diagnóstico es avanzado (17% III y 73% IV), con un 17% de pts con metástasis a distancia. Un 67% de los pts ha realizado tratamiento con quimiorradioterapia utilizando el esquema del Intergroup Study 0099. La mediana de supervivencia libre de progresión (SLP) es 93 meses (68-117) y la mediana de supervivencia global (SG) de 95 meses (72-119). La SG es significativamente superior en los pacientes con histología de linfocarcinoma (p 0,029) y en aquellos que logran respuesta completa (RC) (p 0,0007). De forma similar existe una tendencia favorable para la SG en el sexo femenino

(p 0,055). No se observa relación con la edad, los hábitos tóxicos ni el estadio clínico al diagnóstico. La mediana de SG en los pacientes que progresan es de 7 meses (0-18).

Conclusiones: La incidencia de NC en nuestro centro ha aumentado en los últimos años. La histología de linfocarcinoma y la RC al tratamiento confieren mejor pronóstico.

P-296

TUMORES DE NOVO EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Laura Galán Santos, Miriam Méndez García, Miriam Huelves García, Ana López González, Bernard Doger de Speville Uribe, Patricia Ibeas Millán, Blanca Cantos Sánchez de Ibarguen, Constanza Maximiano Alonso, Mariano Provencio Pulla, Antonio Sánchez Ruiz.

Servicio de Oncología Médica Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción y Objetivos: Varios estudios demuestran que en trasplantados existe mayor incidencia de tumores de novo que la población general, siendo la segunda causa de muerte tardía. Se pretende evaluar si existe un comportamiento más agresivo de la enfermedad, así como menor edad de presentación, mayor incidencia de determinados tumores y cuál es el intervalo de aparición desde el trasplante.

Materiales: Se recogieron de forma retrospectiva 243 pacientes desde 1995 a 2008, y se analizaron las características de los 25 pacientes que habían desarrollado un tumor sólido o neoplasia linfocítica.

Resultados: Se recogieron datos de 24 pacientes (17H/7M), con una mediana de edad al diagnóstico de 59 años (44-74). En la mayoría el motivo del trasplante se debía a infecciones virales (50%), seguido de cirrosis enólica (41.6%) y cirrosis biliar primaria (12.5%). Las neoplasias más frecuentemente observadas fueron las linfocíticas (24% del total), estando la mayoría relacionadas con infecciones virales (83.3%). Las neoplasias no hematológicas (76%), la mayoría (26.31%) correspondía a tumores pulmonares; en segundo lugar (15.7%) las neoplasias de colon y gástricas (15.7%), seguidos de carcinoma de esófago (10.5%), carcinoma de mama ductal infiltrante (15.7%), cabeza y cuello (10.5%), células transicionales y sarcoma de Kaposi (10.5%). La mediana del intervalo del diagnóstico desde la realización del trasplante, 76 meses (1-191). Tasa de supervivencia tras el diagnóstico 20 meses (0.43-59). La mortalidad fue del 76%. En la mayoría de los pacientes el régimen inmunosupresor utilizado fue Ciclosporina A (62.5%). La mayoría tenían una historia previa de consumo de tabaco y alcohol.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la incidencia de tumores como complicación tardía es más alta que la población general, aunque la media de edad no varía. Factores predisponentes pretrasplante, como la infección viral por VHC, consumo de alcohol y tabaco confieren una mayor susceptibilidad al desarrollo de tumores sólidos. En estos pacientes estarían indicados programas de cribado precoces.

P-297

ECOENDOSCOPIA TRANSESOFÁGICA (EUS) CON PUNCIÓN COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS

Sara Cerezo González*, M^a Luisa Legaz**, Ruth Espinosa*, Belén Sánchez*, Ana M^a García*, Ester Botet***, Natalia López-Casero***, M^a Carmen Jiménez***, Ángel Arias****, José Luis Tisaire*****.

Sección de Oncología, Sección de Digestivo**, Unidad de Cuidados Paliativos***, Laboratorio de Biología Molecular****, Instituto Oncológico Alcázar*****. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).*

Introducción y Objetivos: La utilidad de la tomografía axial computarizada (TAC) y la tomografía con emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) para valorar la infiltración tumoral de las adenopatías mediastínicas es limitada. La recomendación actual es obtener confirmación histológica, lo que nos lleva en muchos casos a llegar a la cirugía. La EUS con punción es una técnica nueva para el diagnóstico y estadiaje del mediastino muy prometedora, pero todavía experimental. El objetivo de nuestro estudio es analizar la precisión de la EUS con punción en nuestro centro para el diagnóstico histológico en dos grupos de pacientes (p): 1-Pacientes con sospecha de tumor sin confirmación histológica que presentaban adenopatías mediastínicas. 2-Pacientes con diagnóstico previo de tumor en los que se sospechaba recidiva mediastínica.

Materiales:

- La técnica se realizó bajo sedación consciente en 7 p y profunda en 6.
- Se utilizó ecoendoscopio sectorial marca Pentax (EG-3630UR) acoplado a una consola HITACHI EUB-525.
- Las punciones se realizaron con agujas de Wilson-Cook de 22 G. No hubo ninguna complicación durante el desarrollo de la técnica.
- Se analizaron 13 p consecutivos, de estos había 7 p pertenecientes al primer grupo.
- En el segundo grupo figuran 6 p con diagnóstico previo de diferentes tumores, en remisión hasta ese momento, en los que se detecta en el seguimiento por TAC la presencia de adenopatías mediastínicas.

Resultados: De los 7 p del primer grupo se consiguió resultado positivo en 5. En 2 p el resultado fue negativo, que se confirmó en el seguimiento. En el segundo grupo se consiguió demostrar recidiva tumoral en 2 p. En otros 2 p en los que el resultado fue negativo, se confirmó en el seguimiento. En los otros 2 p se hallaron granulomas.

Conclusiones: En nuestra serie, la técnica de la EUS con punción demuestra alta rentabilidad diagnóstica, sin complicaciones y puede evitar intervenciones quirúrgicas más complejas.

P-298

MANEJO DE VARONES BRCA 1/2 POSITIVOS: CARACTERÍSTICAS Y ADHERENCIA

Natalia Chavarria Piudo*, Pedro Pérez-Segura**, Helena Olivera**, Javier Puente**, Carlos Olivier***, Trinidad Caldés****, Miguel De la Hoya****, Eduardo Díaz-Rubio**.

Unidad Clínica de Gestión de Oncología Médica. Hospital de Jerez de la Frontera. **Oncología Médica (UCG). Hospital Clínico San Carlos. Madrid. *Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ****Laboratorio Oncología Molecular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Introducción y Objetivos: El manejo de varones portadores de mutación BRCA no está claramente establecido. Diferentes estudios observan incremento de cáncer de próstata, mama, páncreas y otros. La ACS recomienda niveles de PSA y tacto rectal anual desde los 40 años. Respecto al cáncer de mama: autoexploración mensual y ecografía+/-mamografía si exploración anormal. Sin embargo, no se conoce la adherencia a estos programas. **Objetivos:** Analizar las características y adherencia al seguimiento en esta población.

Materiales: Varones mayores de 35 años BRCA+ estudiados en la Unidad de Consejo Genético del Hospital Clínico San Carlos de enero 1998 a enero 2009.

Métodos: Revisión de historias clínicas y contacto telefónico con varones mayores de 35 años.

Resultados: Estudiamos 75 varones portadores con edad media 43 años (20-92). 69 (90%) sanos y 7 (9%) enfermos. 32 (42.1 %) presentan mutación BRCA 1 y 44 (57,9%) BRCA2. Se han excluido del análisis 27 (36%) menores de 35 años. De los 48 incluidos, 7 (14,5%) se han perdido en seguimiento y 7 (14,5%) han fallecido. De los 34 incluidos (71%), edad media: 50 años (35-74), 14 (41 %) mutación BRCA 1 y 20 (59%) BRCA2. 30 (88%) sanos y 4 (12%) enfermos. Se indicó cribado de cáncer de próstata al 100% de los portadores incluidos: 30 (88%) recordaban las indicaciones recomendadas. La adherencia específica a las recomendaciones fue: 2 (8%) no las realizaban, 4 (17,39%) realizaban PSA y tacto rectal y 17 (73,9%) sólo PSA.

Conclusiones: De la muestra total de varones BRCA+, 48 (64%) cumplían los criterios para cribado de cáncer de próstata. De este grupo, 30 (88%) recordaban las recomendaciones ofrecidas. La adherencia de esta población es del 92% (17 (73,9%) mediante PSA exclusivamente y 4 (17,39%) mediante tacto rectal y PSA). Dicho seguimiento no ha objetivado hasta el cierre del estudio nuevos diagnósticos.

P-299

SUNITINIB EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES (CMT)

Jesús Corral Jaime, María Reina Atienza Amores, Fátima Toscano Murillo, Begoña Pérez Valderrama, Manuel Chaves Conde, Iker López-Calderero, Luis Paz Ares.
Servicio de Oncología Médica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción y Objetivos: El CMT con metástasis a distancia es una entidad poco conocida y generalmente incurable. La tasa de supervivencia a los 10 años ronda el 20%. El papel de la quimioterapia es puramente paliativo, con tasas de respuesta en torno al 20-40% y una duración de respuesta muy limitada. En los últimos años, nuevas terapias basadas en la inhibición de las vías *RET* y *Ras-raf-mek* han emergido (Sorafenib, Axitinib, Vandetanib y Sunitinib), mejorando estos resultados y el pronóstico sombrío de estos pacientes con nuevas y efectivas alternativas de tratamiento.
Materiales: Presentamos el caso de un varón de 54 años con CMT *RET* negativo con afectación ganglionar cervical bilateral masiva en progresión tras doxorubicina, sorafenib, 5-FU y DTIC, así como el de un varón de 48 años con CMT *RET* positivo con afectación ganglionar cervical, mediastínica y metástasis óseas de reciente diagnóstico y negativa al tratamiento con quimioterapia.

Resultados: En el primero de los casos, se empleó Sunitinib a dosis de 50 mg/día por 4 semanas y dos semanas de descanso, obteniéndose un beneficio clínico y una estabilización de la enfermedad tras 3 ciclos de tratamiento, con una supervivencia libre de progresión (SLP) de 5 meses, sin toxicidades grado III-IV; en el segundo de los casos presentados, el paciente continúa el tratamiento de Sunitinib en la actualidad sin necesidad de ajuste de dosis y con 9 ciclos de tratamiento completados, con una clara mejoría clínica y respuesta parcial en tests de imagen de acuerdo a criterios RECIST.

Conclusiones: El tratamiento de Sunitinib en el CMT, tanto con mutación a nivel de *RET* como sin ella, es efectivo y bien tolerado con el esquema de dosis habitual. Son necesarios estudios prospectivos con un número considerable de pacientes para confirmar estos hallazgos.

P-300

ACTITUD ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA A QUIMIOTERAPIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MANCHA CENTRO

Ruth Espinosa Aunión*, Luis Alonso González Sánchez**, Ana María García Tapiador*, Belén Sánchez Gil*, Sara Cerezo González*, Ma^a Ángeles Galindo Andúgar***, Estefanía Moreno Mata**, Berta Ruiz León**, Pilar Gajate Fernández**, María Sánchez Ruiz de Gordo****.

*S^o Oncología Médica, ** S^o Alergología, *** S^o Medicina Interna, **** S^o Farmacia.

Introducción y Objetivos: Aunque las reacciones alérgicas graves a antineoplásicos son poco frecuentes en los últimos años ha aumentado su incidencia, quizá en relación con el aumento de supervivencia de los pacientes con cáncer y el uso de más líneas de quimioterapia en cada paciente. En algunos casos puede sustituirse el fármaco por otro con actividad similar, pero si no hay alternativa podemos intentar una desensibilización.

Materiales: Hemos estudiado las reacciones alérgicas graves que han ocurrido en el Hospital de Día de Oncología del Hospital Mancha Centro en el periodo entre febrero 2008 y abril 2009. Asimismo hemos recuperado 2 pacientes que tuvieron una reacción alérgica a un quimioterápico hace tiempo, pero no se había planteado administrar otra vez el fármaco porque no existía Servicio de Alergología en ese momento. En 11 de 12 pacientes se realizó desensibilización. Se utilizaron 2 métodos de desensibilización: uno uso de premedicación vía oral e intravenosa basado en corticoides y antihistamínicos y otro uso de premedicación vía oral y diluciones progresivas del fármaco.

Resultados: 12 pacientes presentaron una reacción alérgica moderada-grave. El 58% presentó reacción de hipersensibilidad a una sal de platino, el 33% a un taxano y el 8% a una terapia dirigida. Las reacciones fueron grado 1 a 3 en los pacientes que recibieron sales de platino y terapia dirigida y grado 2 a 4 en los pacientes que recibieron taxanos. En 11 se planteó desensibilización. Se consiguió realizar desensibilización con éxito en el 63.6% de los pacientes : 3 taxol, 1 carboplatino, 1 cisplatino, 1 oxaliplatino, 1 cetuximab. En los pacientes en los que no se consiguió la tolerancia aparecieron reacciones anafilácticas grado 1 a 4.

Conclusiones: Los protocolos de desensibilización no están exentos de riesgo pero permiten tolerar el fármaco con éxito en muchos casos y son la única opción cuando necesitamos administrar un fármaco y no tenemos alternativa.

P-301

DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: LEUCEMIA AGUDA TRAS

TRATAMIENTO ADYUVANTE PARA EL CÁNCER DE MAMA

Carolina Pena Álvarez, Hae Jin Suh, Andrea Saénz de Miera, Marta Covela, Francisco R. García, Pedro M. López, Isabel Lorenzo, Patricia Palacios, Laura Salgado, Manuel Constenla.

Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción y Objetivos: Numerosos estudios han propuesto un incremento del riesgo de leucemia aguda tras la adyuvancia para el cáncer de mama. Los factores asociados son la radioterapia y el tratamiento con agentes alquilantes y antraciclinas. Permanece incierto el papel de los factores estimulantes de colonias y la quimioterapia a altas dosis. Las leucemias agudas postquimioterapia se consideran un efecto secundario tardío y grave del tratamiento antineoplásico. Su incidencia es baja. Se asocian a mal pronóstico y alteraciones citogenéticas específicas. Existe una gran dificultad de estudio al asociarse: baja incidencia, heterogeneidad de esquemas de quimioterapia en el tiempo y en diferentes centros, necesidad de seguimiento a largo plazo y ausencia de definición de la leucemia secundaria. El objetivo de este trabajo es incidir en la importancia de esta entidad.

Materiales: Analizamos de forma retrospectiva los casos de leucemia aguda en pacientes previamente tratadas por cáncer de mama en nuestro centro, entre el año 2002 y 2008.

Resultados: Siete pacientes fueron diagnosticadas de leucemia aguda, de las cuales cinco habían recibido quimioterapia y dos de ellas con esquema a altas dosis. Cinco pacientes recibieron tratamiento de radioterapia y seis de hormonoterapia. La mediana de latencia desde el tratamiento adyuvante hasta el diagnóstico de la mielodisplasia fue de 50 meses. Disponemos de tres estudios citogenéticos de las leucemias, de los cuales uno presentó el perfil característico de esta entidad. La evolución clínica de las leucemias mostró una gran agresividad. Si bien se consiguió la respuesta completa en dos ocasiones, la supervivencia mediana fue de 8 meses.

Conclusiones: Nuestros hallazgos concuerdan con las descripciones de casos de leucemia aguda tras tratamiento adyuvante por cáncer de mama, así como con el mal pronóstico descrito en la literatura. Son necesarios registros de esta complicación tardía y valorar nuevas opciones terapéuticas que tengan en cuenta los perfiles citogenéticos.

P-302

LA ONCOLOGÍA TRANSHOSPITALARIA: UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL

Raquel Marse Fabregat*, Antonio Perello*, Hermini Manzano*, Eduardo Valencia**, Nofre Pons**, Juli Rifa*.

**Hospital Universitari son Dureta. Palma de Mallorca.
**Hospital Comarcal d'Inca.*

Introducción y Objetivos: La puesta en marcha del Hospital Comarcal de Inca, (HCIN), con atención a 130.000 personas, ha motivado la creación de un modelo de asistencia oncológica con una profunda implicación del hospital de referencia (Hospital Universitario son Dureta, HUSD). Se describen los rasgos fundamentales del modelo integrado de atención oncológica, así como los resultados del primer año de funcionamiento, 2008.

Materiales: El modelo se basa en líneas asistenciales por diagnósticos. Cada oncólogo del HUSD trabaja en el HCIN una vez por semana en comité de tumores, hospital de día y consultas. Existen líneas para tumores de mama, pulmón y digestivos. Todo ello es coordinado por un oncólogo a tiempo completo en el HCIN. La relación se complementa con la participación intensiva por tele-medicina en los comités de tumores del HUSD. Se analiza la actividad del servicio de oncología médica del HCIN en 2008.

Resultados: Fueron atendidos un total de 225 pacientes nuevos, con una media de edad de 66 años. Los tumores más frecuentes: colon-recto 17.8% (n=40), mama 17.8% (n=40), pulmón 14.7% (n=33). Un 53,8% de pacientes presentaba estadios avanzados (III/IV). Recibieron quimioterapia con finalidad radical, adyuvante o paliativa, el 35.1%. Se han utilizado los servicios diagnósticos del HUSD en 52 pacientes, básicamente gammagrafía ósea (37) y tomografía por emisión de positrones (11). Se ha precisado de la remisión o consulta a los servicios del HUSD en 85 pacientes (38%). A la inversa, 21(9%) pacientes se han remitido desde el HUSD y otros hospitales para tratamiento en el HCIN: El tiempo medio de espera para la consulta de oncología ha sido tres días. El 90% de los pacientes (202) esperaron menos de 10 días.

Conclusiones: El modelo de asistencia oncológica que trasciende los límites de un hospital, con implicación bilateral de los profesionales, se traduce en un alto flujo de co-participación en las decisiones y una razonable eficacia.

P-303

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - PATOLÓGICAS DEL LIPOSARCOMA: VALOR PRONÓSTICO DEL SUBTIPO HISTOLÓGICO Y LA LOCALIZACIÓN TUMORAL

Andrés Redondo Sánchez, Cristina Aguayo, María Garrido, Marta Mendiola*, Beatriz Castelo, Pilar Zamora, Enrique Espinosa, Virginia Martínez, Belén San José**, Manuel González Barón.

*Servicio de Oncología Médica, *Laboratorio Oncología Traslacional, **Unidad de Bioestadística, Hospital Universitario La Paz.*

Introducción y Objetivos: El liposarcoma representa el 20% de los sarcomas de partes blandas, y dentro del mismo se describen varios subtipos histológicos. El objetivo es analizar las características clínico-patológicas de una serie de enfermos con liposarcomas y su posible valor pronóstico.

Materiales: Se estudiaron 81 pacientes que habían sido operados de un liposarcoma localizado en el Hospital Universitario La Paz entre enero de 1990 y diciembre de 2007, realizándose un estudio estadístico descriptivo y comparativo entre diversas variables clínico-patológicas.

Resultados: La mediana de edad fue 56 años (30-84). La distribución por subtipos histológicos fue la siguiente: bien diferenciado (LBD) 43%, mixoide (LM) 38%, mixto 11%, pleomórfico 3.7% y desdiferenciado 3.7%. El 58% tuvo el tumor primario en un miembro, el 12.3% en retroperitoneo, el 10% a nivel inguinal, y el resto en otras localizaciones. El 67% de los tumores tenía un tamaño mayor de 10 cm y sólo el 7% era inferior a 5 cm. El 31% de los pacientes recibió radioterapia y el 9% quimioterapia adyuvante. El 37% sufrió una recaída (71% a nivel local y 29% a distancia). El tamaño de los LBD fue mayor que el de los LM ($p=0.03$). Los primeros se diagnosticaron con más frecuencia en ancianos mientras que los LM predominaron en los jóvenes ($p<0.001$). Los enfermos con tumores localizados en un miembro tuvieron una mayor SLE ($p=0.04$) y una mayor SG ($p=0.0004$) que aquellos con tumores retroperitoneales. El 54% de las recaídas de pacientes con LM fue con metástasis a distancia, mientras que el 100% de las recaídas de los LBD fue local y ninguno de ellos desarrolló metástasis posteriormente ($p=0.018$).

Conclusiones: En la serie estudiada se confirman las diferencias en el comportamiento clínico de los distintos subtipos de liposarcoma. El subtipo histológico y la localización del tumor primario se asocian de forma significativa con el pronóstico.

P-304

IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DE LA QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS AVANZADOS Y MAL ESTADO GENERAL

María Isabel Saez Medina, Elisabeth Pérez Ruiz, Alfonso Sánchez Muñoz, José Manuel Trigo Pérez, María del Mar Galindo Rueda, Begoña Jimenez Rodríguez, Cristina Quero Blanco, Emilio Alba Conejo.

Servicio de Oncología Médica y Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Introducción y Objetivos: Es fundamental valorar en pacientes con tumores sólidos avanzados (TSA) y mal estado general el aumento en la supervivencia global (SG) que aporta la quimioterapia paliativa frente a los efectos secundarios no deseados del tratamiento. **Objetivo:** Determinar el impacto en la SG del tratamiento quimioterápico paliativo en pacientes con TSA y mal estado general.

Materiales: Análisis retrospectivo de 95 pacientes con TSA, con mal estado general (ECOG 3-4), tratados con quimioterapia. Edad media 54 años (rango 15-80). Estadío tumoral: III 8% y IV 92%. Número de quimioterapias previas: el 74% no habían recibido QT; 13%, una línea, el 6% recibieron 2 líneas y el 7%, > 3 líneas. Se realizó un análisis estadístico para ver el impacto de variables clínico-patológicas (número de localizaciones metastásicas, número de líneas de quimioterapia previa, la presencia de co-morbilidades, la existencia de síndrome anorexia-caquexia, delirium, disnea, ascitis, metástasis cerebrales, recuento leucocitario, albúmina, hemoglobina y LDH) en la SG de estos pacientes.

Resultados: La mediana de SG de estos pacientes fue de 35 días. En el análisis multivariante únicamente el número de líneas de quimioterapias previas y la presencia de síndrome anorexia-caquexia se asociaron significativamente a una peor supervivencia de los pacientes. El 45% de los pacientes fallecieron en los 30 días siguientes al tratamiento. 27% fallecieron entre los 30-90 días. Sólo el 22% vivieron más de 90 días. Del 6% de los pacientes se desconoce su estado. Las toxicidades grado 3-4 fueron, principalmente, hematológicas: anemia 7%, neutropenia febril 13% y trombopenia en 7% de los pacientes. Las toxicidades no hemtológicas fueron un 8%. El número medio de ciclos de quimioterapia recibidos fueron 2 ciclos.

Conclusiones: La administración de quimioterapia paliativa en TSA aporta un escaso beneficio a la SG de la mayoría de los pacientes con mal estado general.

P-305

MELANOMA DE ÚVEA METASTÁSICO (MUM), CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA

María Plana Serrahima (1), Francesc Pons (1), Isabel Fernandes (2), Francisco Javier Pérez (3), Joan Pera (4), Josep María Caminal (5), Laura Jiménez (1), Xavier García Del Muro (1), Josep María Piulats (1).

(1) *Servicio de Oncología, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona.* (2) *Servicio de Oncología, Hospital Sta María, Lisboa, Portugal.* (3) *Unidad de Investigación Clínica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona.* (4) *Servicio de Radioterapia, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona.* (5) *Servicio de Oftalmología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona.*

Introducción y Objetivos: El melanoma de uvea es una enfermedad rara. Un 6,5-35% de los pacientes desarrollan metástasis, siendo la localización más frecuente el hígado. La supervivencia es baja, entre 5 y 7 meses. El objetivo del estudio es evaluar las características clínicas y la supervivencia de pacientes con melanoma de uvea metastásico.

Materiales: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de MUM en nuestro centro entre 1983 y 2008.

Resultados: Se analizaron 58 pacientes (24 hombres y 34 mujeres) con una mediana de edad de 61 años (31-84). El tumor primario era coroidal en un 89,7% de los casos, 24 fueron tratados con cirugía (79,2% enucleación y 20,8% resección) y 33 con braquiterapia. El tiempo medio hasta la aparición de metástasis fue de 25,63 meses (0,17-102,43) y en 56 de los casos existía afectación hepática; bilobar en el 63,8% y con más de 8 lesiones en el 51,7%. En 16 casos había más de una localización metastásica. Seis pacientes fueron tratados con cirugía; 2 mediante radiofrecuencia; 24 recibieron quimioterapia sistémica y 16 tratamiento de soporte. Con una mediana de seguimiento de 7 meses la supervivencia global (SG) fue de 10,83 meses (6,92-14,74; IC 95%). Los pacientes que recibieron tratamiento local (cirugía o radiofrecuencia) no fueron evaluables para SG. La SG para el conjunto de pacientes tratados con quimioterapia fue de 10,83 meses (5,35-16,3; IC 95%) y la SG para el grupo que recibió tratamiento de soporte fue de 8,03 meses (2,46-13,61; IC 95%).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran el mal pronóstico del MUM y la localización hepática como predominante, de acuerdo con los previamente publicados. La frecuente afectación hepática difusa, limita la posibilidad de un tratamiento local a un pequeño grupo de pacientes, después de una valoración individualizada por un comité multidisciplinar. A pesar de las diferentes opciones terapéuticas no se consigue una mejoría de la SG.

P-306

MEDIDA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

M^a Ángeles López-Montenegro Soria*, Mónica Tallón, Daniel Almenar, Asunción Albert*, Carmen Molins, Carles Bosch, José Muñoz, Rosa Llorente, Laura Palomar, Inmaculada Maestu.

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

Introducción y Objetivos: Evaluar la seguridad del paciente oncológico en un entorno informatizado, previo a la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en la norma ISO 9001-2008, prevista para 2009.

Materiales: Estudio observacional prospectivo, de enero a diciembre de 2008. **Ámbito:** Cadena terapéutica en oncología en un entorno informatizado, en oncología médica y farmacéutica. Incluye los procesos clave de prescripción electrónica, validación, preparación y dispensación.

Para evaluar la seguridad del paciente previo a la certificación, se utilizan indicadores asociados a los procesos clave, recogidos con una periodicidad trimestral a partir del aplicativo informático Farmis-Oncofarm®.

Indicadores: Errores de medicación (EM) por mil pacientes-día (×mp). EM que alcanzan al paciente. Diferencia de proporciones (DP) entre el valor del indicador el 4º trimestre respecto al 1º de 2008, junto con su IC95%.

Resultados: Se realizaron 7551 prescripciones en 685 pacientes. Los EM de prescripción, preparación y dispensación, respectivamente, fueron de 11, 4 y 1 ×mp. Solo 1 EM de prescripción ×mp alcanzó al paciente.

• **Evolución trimestral de los indicadores:** *Prescripción:* 3 ×mp; 4 ×mp; 2,4 ×mp; 1,6 ×mp. *Preparación:* 1,2 ×mp; 2,5 ×mp; 0 ×mp; 0,3 ×mp. *Dispensación:* 0,6 ×mp; 0,5 ×mp; 0 ×mp; 0 ×mp.

• **DP (IC95%)** de los indicadores: prescripción -1,3 (IC95% - 4,3 a 1,6); preparación -0,9 (IC95% -2,6 a 0,9) y dispensación -0,6 (IC95% -1,8 a 0,6). p no significativa.

Conclusiones: La informatización de los procesos clave en la gestión de la farmacoterapia oncológica permite incrementar la seguridad del paciente oncológico, con una reducción de los errores asociados a los procesos de prescripción, preparación y dispensación. No obstante, tras la implantación del sistema de gestión de calidad se prevé mantener esta tendencia con una reducción en los errores de medicación que alcanzan al paciente.

P-307

NUEVOS FACTORES PRONÓSTICOS EN EL LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES EN LA ERA POST-RITUXIMAB

Blanca Cantos Sánchez de Ibarгүйen, Pilar Martín*, Antonio Candia*, Carmen Bellas*, Vanesa García, Laura Galán, Miriam Méndez, Ana López, Miriam Huelves, Mariano Provencio.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Puertad e Hierro Majadahonda, Madrid,*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.*

Introducción y Objetivos: El linfoma difuso de células grandes (LDCG) es una enfermedad agresiva, menos de la mitad de los pacientes se curarán con un régimen de quimioterapia que contenga antraciclinas y el anticuerpo monoclonal CD20. Los factores pronósticos moleculares en la "era" rituximab deben reevaluarse, ya que algunos factores pronósticos moleculares previamente identificados no tiene valor en el momento actual.

Materiales: Incluimos 41 pacientes diagnosticados de LDCG con al menos 4 años de seguimiento. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, 23 pacientes (56%) tratados con CHOP y 18 pacientes (44%) tratados con R-CHOP. La selección se realizó en base a la disponibilidad del bloque de tejido tumoral en parafina, la elegibilidad y la preservación. Las tinciones inmunohistoquímicas se realizaron usando TMA, buscando la expresión de proteínas relacionadas con la apoptosis (bcl-2 y caspasa 3), proliferación celular (ki-67) y factores tumorales del entorno celular (células T reguladoras y células dendríticas). Evaluamos características clínicas y significado pronóstico de estos marcadores.

Resultados: En 15 casos (37%) se detectó un perfil inmunohistoquímico compatible con tumores del centro germinal, los otros 26 casos (63%) eran tumores no centro germinal. Las características clínicas de ambos grupos eran similares. Los casos capasa 3 positivos mostraban supervivencia global (SG) significativamente mejor. Los análisis de supervivencia basados en el tratamiento mostraron que los casos que sobreexpresaban bcl-2 y CD138 tenían peor SG, mientras que en el grupo tratado con R-CHOP la SG se veía afectada por la pérdida de la tinción de la caspasa 3.

Conclusiones: La presencia de caspasa 3 se asocia significativamente con parámetros clínicos considerados de buen pronóstico en el LDCG y con mayor SG en pacientes tratados con R-CHOP. Los factores implicados en la activación de la caspasa 3 podrían proveernos de nuevas dianas para el estudio de tratamientos experimentales. Sin embargo la presencia de una respuesta inmune antitumor se asocia de forma desfavorable con el beneficio clínico.

P-308

RADIO-QUIMIOTERAPIA CON TEMOZOLAMIDA Y TEMOZOLAMIDA ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE GLIOMAS DE ALTO GRADO

Beatriz González Astorga*, Victoria Castellón*, Raquel Luque*, Arantza González*, Berta Jiménez*, Verónica Conde*, Encarnación González*, Escarlata López**, Gonzalo Olivares***, Juan Ramón Delgado*.

Servicio de Oncología Médica, Servicio de Oncología Radioterápica**, Servicio de Neurocirugía***, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

Introducción y Objetivos: Los gliomas de alto grado son las neoplasias primitivas de sistema nervioso central más frecuentes, con un pronóstico muy pobre. El tratamiento estándar consiste en la máxima escisión quirúrgica posible seguido de Radioterapia.

Temozolamida es un agente alquilante que atraviesa la barrera hematoencefálica y radiosensibilizante, aprobado para el tratamiento adyuvante de Glioblastomas. Los objetivos

de nuestro estudio son evaluar tasa de respuestas, supervivencia libre de progresión, supervivencia global y toxicidad del tratamiento.

Materiales: Análisis retrospectivo de 43 pacientes con gliomas de alto grado (GBM 65%, AA 28%, OA 7%) tratados mediante cirugía (biopsia 14%, resección parcial 40%, resección completa 46%) seguido de RT/TMZ +/- TMZ adyuvante. Mediana de edad: 56 años (38-81), 20 hombres y 23 mujeres. Régimen de tratamiento: Temozolamida 75 mg/m² diario durante la radioterapia (dosis total 54-60 Gy) +/- Temozolamida 150-200 mg/m², 5 días/28 días. Se evaluó la respuesta clínica, radiológica y metabólica. La toxicidad se midió según los criterios del NCI.

Figura 1. Supervivencia libre de progresión

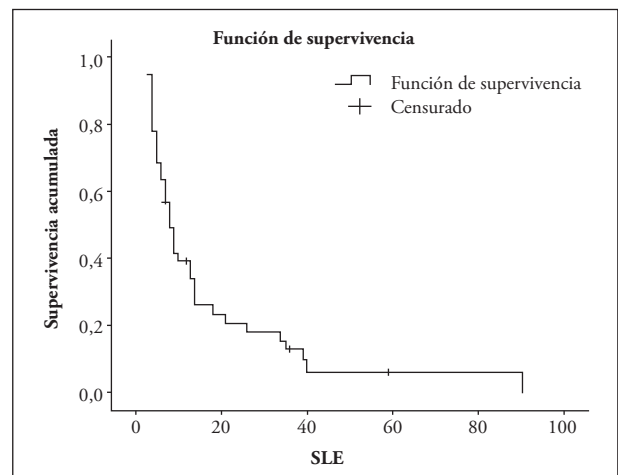
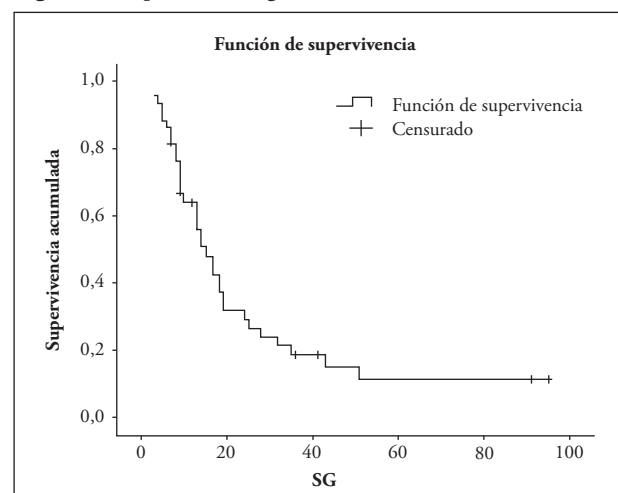


Figura 2. Supervivencia global



Resultados: Respuestas clínicas: 23%RC, 16%RP, 5%EE, 56%PT. Respuestas radiológicas: 13%RC, 19%RP, 18%EE, 50%PT. Respuestas por SPECT: 26%RC, 17%RP, 13%EE,

44%PT. Mediana de ciclos recibidos de Temozolamida adyuvante: 6 (2-30). Mediana de supervivencia libre de progresión: 8 meses (IC 95%, 6-10 m). Mediana de supervivencia global: 15 meses (IC 95%, 10.3-19.7 m). La toxicidad fue escasa y manejable, (11% de trombopenia grado 3-4).

Conclusiones: La RT/TMZ + Temozolamida adyuvante incrementa la SG y la SLP en los glioblastomas. Continua por resolver, el papel de la Temozolamida en el resto de gliomas y el tiempo de duración de la adyuvancia. En nuestro estudio se utilizó el esquema de Stupp en todos los gliomas de alto grado y se mantuvo hasta progresión, toxicidad inaceptable o máximo beneficio. A raíz de nuestros resultados, consideramos que Temozolamida puede ser una opción de tratamiento en AA y OA en el momento del diagnóstico.

P-309

ONCOLOGY, TECHNOLOGY AND INVESTIGATION

Almudena Tercero Pereira*, Magdalena Wozniak*, Irene Fernández*, Juan Fernando García**, Eduardo Raboso***, Ramon Colomer*.

* *Clinical Research Support Office, Fundacion MD Anderson International Spain;* ** *Pathology department, MD Anderson International Spain;* *** *Otolaryngology surgery department, MD Anderson International Spain.*

Introducción y Objetivos: NeoMark is an EU Project (7th Framework – Euro-Investigation) whose final goal is to create a multi-level data integration environment aimed at advancing models and methods currently in use to predict neoplastic recurrences, and to apply it to the study of oral cancer. The project aims to introduce an adaptive prediction model based on the patient's profile, disease development, clinical data, genomic data and image data.

Materiales: The Project outlined above involves multi-disciplinary collaboration between 9 international partners, including medical doctors, scientists, informaticians, and engineers. MD Anderson is the clinical partner for this project whose main responsibility is to provide clinical data and samples. However, being a partner in the European Project also requires contribution to Deliveries and management of diverse areas such as protocol writing and marketing of the final product. In addition, the Spanish Pilot is also responsible for a Quality Assessment.

Resultados: After 1 year of participation, the Data Managers contributed to five Deliveries submitted to the EU Committee. In addition, we performed all the administration related to this project in order to successfully obtain the approval of the Independent Ethics Committee for the conduct of the study in Spain (from the Hospital Ramón y Cajal). Since the Ethics Committee approval in February

2009 we enrolled three patients for whom all necessary analysis and samples were obtained.

Conclusiones: Herein, we present a coordinated approach that forms the basis of this European Project which will provide researchers and clinicians with a platform for the study of complex processing of disease information. It is envisioned that this model can be applied to clinical oncology, especially in the complex field of the early identification of disease recurrence after initial complete remission.

P-310

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO (HNSCC) LOCALMENTE AVANZADO E IRRESECCABLE. FACTORES PRONÓSTICOS

Sara Blasco Mollá, Alfonso Berrocal, Nieves del Pozo, Patricia Olmo, Cristina Caballero, Eugenio Palomares, Amparo Iraola, Mireia Gil, M^aJosé Safont, Carlos Camps. *Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: La adición de Taxotere al esquema clásico de inducción mejora la tasa de respuestas y supervivencia en el HNSCC. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la quimioterapia (QT) de inducción en los pacientes atendidos en nuestra unidad e identificar factores pronósticos.

Materiales: Se revisan 49 pacientes con HNSCC localmente avanzado e irresecable tratados con QT neoadyuvante y quimioradioterapia (QT/RT) posterior. Se relaciona el esquema de QT recibido y otros parámetros clínicos con la mediana de supervivencia (mSV).

Resultados: Edad media de los pacientes 53,7 años (36-76), 46 varones. El 98% de los pacientes con ECOG 0-1. Estadío III: 16,3%, 71,4% estadío IVa y 12,2% estadío IVb. El 30% recibió PF neoadyuvante, 65% TPF y 4,1% otro tratamiento. Tras la QT de inducción, 69,4% respuestas objetivas, 74,3% tras QT/RT. Aunque no son datos randomizados sino retrospectivos, mSV en función del tipo de QT: PF: 65 semanas (0,14-129,86), TPF: 156 semanas (52,49-259,51) p= 0,1524. Tras valorar varios parámetros analíticos, únicamente la hemoglobina > o <10 presentó un impacto en la supervivencia estadísticamente significativo con 156 vs 24 semanas respectivamente. La mSV en función de la QT neoadyuvante recibida: PF de 11 semanas en el estadío III, 65 en el IVa y 17 en el IVb. En los tratados con TPF, la mSV fue de 156 semanas en el III, 197 en el IVa y todavía no ha sido alcanzada en el IVb. Respecto a la afectación ganglionar, en N2, la mSV fue de 65 con PF y 197 con TPF.

Conclusiones: 1- La mSV con TPF es mayor que PF, sin diferencias estadísticamente significativas. 2-El beneficio de la neoadyuvancia con TPF es mayor en los estadios avanzados. 3-Se confirma el nivel de hemoglobina como factor pronóstico.

P-311

INFECCIÓN POR HPV EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO (HNSCC) LOCALMENTE AVANZADO E IRRESECABLE

Sara Blasco Mollá, Alfonso Berrocal, Nieves del Pozo, José Ángel García*, Eloísa Jantus**, Elena Sanmartín**, Patricia Olmo, Amparo Iraola, M^a José Safont, Carlos Camps. *Servicio de Oncología Médica, Anatomía Patológica* y Laboratorio de Biología Molecular**. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: La infección por HPV es un factor determinante de quimio y radiosensibilidad y de mejor pronóstico en los pacientes con HNSCC. Diversos estudios sugieren que la prevalencia de infección por HPV esta en torno al 25%, aunque existe gran variabilidad. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de HPV en pacientes con HNSCC de nuestra área geográfica. **Materiales:** Se han revisado 49 pacientes con HNSCC localmente avanzado e irsecable tratados con quimioterapia neoadyuvante y quimioradioterapia posterior. Se analiza la presencia en las muestras de biopsia de ADN de HPV mediante PCR anidada usando oligonucleótidos generales MY09/11 y GP5+/GP6.

Resultados: Edad media de los pacientes 53,7 años (36-76), 46 varones. Grado de diferenciación G1: 40,8%, G2: 28,6%, G3: 18,4% y desconocido 12,2%. El 98% de los pacientes presentaban ECOG 0-1. Estadío III: 16,3%, 71,4% estadío IVa y 12,2%, estadío IVb. La localización fue: cavidad oral 44,9%, hipofaringe 10,2%, laringe 10,2%, rinofaringe 24,5%, y suelo de boca 10,2%. El 93,9% era fumador, 12,2% de < 20 p/a, 34,7% de 20-40 p/a y 46,9% de > 40 p/a. El 73,5% de los pacientes eran bebedores, 22,4% en grado severo. Se consiguió material suficiente para la determinación de HPV en 40 pacientes, realizándose 51 determinaciones. Todas las determinaciones fueron negativas.

Conclusiones:

1. En nuestra muestra, la prevalencia de infección HPV es inferior a la documentada en la literatura.
2. Por la ausencia de estandarización en las técnicas de biología molecular utilizadas para determinar HPV, es posible que los resultados negativos se deban al uso de

- oligonucleótidos consenso, por lo que es necesario validar estos hallazgos usando otras metodologías (RTqPCR). Actualmente, estamos repitiendo las determinaciones de forma específica con oligonucleótidos que permiten seleccionar una secuencia más corta de 90 nucleótidos.
3. Otra explicación posible es la alta variabilidad geográfica en la expresión de HPV documentada en la literatura.

P-312

TEMOZOLAMIDA CONTINUA EN PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO

Nieves Del Pozo Alonso, Alfonso Berrocal, Ana Blasco, Sara Blasco, Miguel Berzosa, Eugenio Palomares, Patricia Olmo, Amparo Iraola, Mireia Gil, Carlos Camps. *Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: Evaluar la eficacia de la temozolamida administrada hasta progresión en pacientes con melanoma metastático.

Materiales: Entre enero de 2003 y enero de 2009 se han analizado 41 pacientes con melanoma maligno metastático de origen cutáneo tratados con el esquema TMZ 200 mg/m² días 1-5 cada 28 días, administrado hasta progresión de enfermedad o toxicidad inaceptable.

Resultados: Se han incluido 41 pacientes, 23 varones y con edad media de 54.49 años (24-81). La mediana de localizaciones metastásicas al inicio del tratamiento era 2, con rango 1-5. El 30.9 % de los pacientes presentaba localizaciones metastásicas de buen pronóstico (ganglionar, pulmonar o cutánea). El 62% presentaba valores normales de LDH y el ECOG era 0-1 en el 92 % de los pacientes. Del total, 23 habían recibido inmunoterapia adyuvante. La respuesta al tratamiento fue la siguiente: Respuesta completa el 7.1%, respuesta parcial el 9.5%, enfermedad estable, 7.1 %, y progresión de enfermedad 66.7%. La mediana actuarial de supervivencia global fue de 62.42 semanas con IC 95% (34.14 – 90.57). Se ha administrado una media de 8.8 ciclos por paciente con un rango entre 1-53. La toxicidad no ha sido acumulativa a lo largo del tiempo. El 66.7% de los pacientes no experimentó ningún tipo de toxicidad hematológica, siendo la trombopenia en cualquiera de sus grados la más frecuente en el resto. El 42% no presentó ningún tipo de toxicidad no hematológica, siendo en el resto las más frecuentes la astenia, náuseas y vómitos.

Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo son superponibles a los obtenidos en estudios previos en los que se obtuvieron medianas de supervivencia de 56 semanas, encontrando también tasas de toxicidad aceptables sin observar tampoco toxicidad acumulativa.

P-313**EFFECTIVIDAD DE RADIOINMUNOTERAPIA CON IBRITUMOMAB TIUXETAN ITRIO-90 (ZEVALIN) EN LNH EN UN CENTRO DE REFERENCIA**

Vicente Alcolea Fuster, José Gómez Codina, Pilar Bello*, Consuelo Olivas*, Miguel Pastor Borgoñón.

*Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario la Fe; *Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario la Fe.*

Introducción y Objetivos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de corte transversal en 29 pacientes tratados en nuestro centro con Ibritumomab Tiuxetan Itrio-90 entre abril de 2005 y febrero de 2009.

Resultados: Del total de pacientes incluidos con diagnóstico de LNH, 27 tenían diagnóstico de linfoma folicular, uno de linfoma marginal y otro de linfoma del manto (mediante solicitud de uso compasivo en estos últimos casos). Todos ellos recibieron tratamiento con Ibritumomab Tiuxetan Itrio-90 tras recaída a una o más líneas de QT. La tasa de respuestas global a los tres meses de seguimiento fue del 81% con una tasa de respuestas completas del 51%. La tasa de recaídas fue del 40% y la supervivencia media libre de recaída o progresión fue de 11 meses. La toxicidad fue eminentemente hematológica y el 37% de los pacientes tratados la presentaron de grado 3 o 4. Se registraron 8 muertes, de las cuales 7 fueron debidas a progresión de enfermedad y ninguna secundaria a toxicidad por el tratamiento.

Tabla 1.

Respuesta globales	81%
Respuestas completas	51%
Respuestas parciales	49%
Supervivencia media libre de recaída o progresión	11 meses
Toxicidad hematológica G3 o G4	37%

Conclusiones: La utilización de Ibritumomab Tiuxetan Itrio-90 (Zevalin) en nuestro centro se ajusta en la mayoría de los casos a las indicaciones aprobadas para su uso. Los resultados de efectividad en nuestro centro son muy similares a la eficacia publicada sobre ensayos clínicos. La toxicidad fundamental es la hematológica y es muy similar a la publicada por otros autores. La Radioinmunoterapia es una alternativa útil en la estrategia terapéutica de los linfomas, con altas tasas de respuesta y un perfil de toxicidad muy favorable.

P-314**FACTORES PRONÓSTICOS PARA LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES (PTS) INCLUIDOS EN ENSAYOS CLÍNICOS FASE-I**

David Olmos*, Rafael Morales**, Jorge Barriuso*, Cristina Suárez**, Jordi Rondon**, Andre Brunetto*, José Baselga**, Gemma Sala**, Stan Kaye*, Josep Tabernero**.

**Drug Development Unit, The Royal Marsden Hospital and The Institute of Cancer Research, London, United Kingdom*

***Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón. Barcelona, España.*

Introducción y Objetivos: La selección correcta de pts para ensayos en fase precoz continúa siendo un problema por resolver. Se han realizado estudios exploratorios sobre muestras de un solo centro que han identificado diversos factores objetivos que optimizan dicha selección. Este estudio realizado en dos centros de referencia internacional pretende analizar dichos factores en una población mayor.

Materiales: Se analizaron retrospectivamente diferentes variables analíticas y demográficas de pts tratados de "novo" en ensayos Fase-I entre 01-01-2005 y 31-12-2007 en el Royal Marsden Hospital (RMH) y en el Hospital de la Vall D'Hebron (VdH). Se estudiaron las asociaciones de las variables basales con la supervivencia. Las variables significativas ($p < 0.05$) se incluyeron en un análisis multivariante utilizando un modelo de regresión de Cox. Las variables continuas fueron tratadas como tales sin puntos de corte.

Resultados: El análisis preliminar incluyó 571 pts (381 RMH, 190 VdH) con una mediana de edad de 59.4 años (13.7-85.5), y una razón masculino/femenino 7/5. El estado funcional fue ECOG 0 (32.6%), ECOG 1 (62.7%) y ECOG 2 (4.7%). Los tipos tumorales más frecuentes fueron colorrectal (13.5%), pulmón (11.9%), próstata (11.7%), y sarcomas (10.2%). 55.3% de los pts fueron tratados con nuevos agentes contra dianas moleculares, 13.3% con nuevos agentes citotóxicos, 31.4% con nuevas combinaciones. La mediana de supervivencia fue 49.9 semanas (IC-95% 44.4 -55.3). Factores pronóstico adversos para la supervivencia fueron: niveles bajos de albúmina ($p < 0.0001$), peor ECOG ($p < 0.0001$), mayor número de localizaciones metastásicas ($p < 0.0001$), y valores elevados de LDH ($p < 0.016$). Pts con cancer de próstata presentaron mejor pronóstico (HR 0.33, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Parámetros demográficos y analíticos simples pueden ser útiles para mejorar los criterios de inclusión de pacientes en estudios de fase precoz en cancer, disminuyendo los riesgos y pérdidas precoces.

P-315**ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO SOBRE EFICACIA Y SEGURIDAD DE CITARABINA LIPOSOMAL EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS LEPTOMENINGEA**

Esther Millastre Bocos (1), Miguel Navarro (2), Jordi Bruna (3), José Fuster (4), Ramón García Arroyo (5), Isabel Garau (6), Noelia Martínez (7), Javier Pardo (8), Ricardo Sánchez Escribano (9), Juan Lao (1).

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (1); Hospital Universitario de Salamanca (2); Hospital de Bellvitge (3); Hospital Son Dureta (4); Complejo Hospitalario de Pontevedra (5); Hospital Son Llatzer (6); Hospital Ramón y Cajal (7); Hospital Quirón de Madrid (8); Hospital Ruber Internacional (9).

Introducción y Objetivos: La carcinomatosis leptomeningea resulta ser una complicación infrecuente pero grave. Habitualmente los pacientes con esta entidad no resultan ser candidatos para tratamiento activo, continuando su terapia en unidades de cuidados paliativos. En este estudio multicéntrico proponemos evaluar una cohorte de pacientes subsidiarios de tratamiento activo, que recibieron tratamiento intratecal por vía de uso compasivo con Ara-C Liposomal (Depocyte®). El objetivo principal del estudio es conocer la tasa de respuestas obtenidas y el tiempo a la progresión neurológica medida en días desde el inicio de la terapia hasta la fecha de recogida de datos. Se ha evaluado también la tolerancia a la administración del fármaco.

Materiales: Estudio retrospectivo y multicéntrico realizado en 9 centros, en los que se han incluido pacientes con tumores sólidos diagnosticados de carcinomatosis leptomeningea. El diagnóstico se realizó por citología convencional del líquido cefalorraquídeo y/o por hallazgos clínicos y radiológicos mediante RMI.

Resultados: El estudio ha incluido una n=20, evaluables hasta la fecha 12 pacientes. La mayoría eran de sexo femenino (10), con edades comprendidas entre 33 y 79 años. Los tumores primarios fueron adenocarcinoma de mama (9) y carcinoma de pulmón (4) principalmente. Se registraron fecha de diagnóstico e inicio de terapia intratecal, quimioterapia sistémica y/o radioterapia concomitante, KPS, respuesta neurológica y citológica, tiempo a la progresión neurológica y mediana de seguimiento. Ciclos recibidos totales 59 (rango 1-10). Respuestas completas(3), respuestas parciales(5), estabilización de la enfermedad(2), progresión (2). 61'5% de pacientes siguen vivos, presentando un tiempo a la progresión neurológica con una mediana de 115.15días. Los efectos adversos fueron: Cefalea (2 pacientes), aracnoiditis (1 paciente), náuseas/vómitos (1 paciente).

Conclusiones: Los datos preliminares del estudio de tratamiento de la carcinomatosis leptomeningea en pacientes con tumores sólidos, permiten contemplar el tratamiento con Depocyte® como efectivo y seguro.

P-316

CATÉTERES CENTRALES TIPO PORT-A-CATH DE IMPLANTACIÓN PERIFÉRICA PARA

ADMINISTRAR QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS

Cristina Pangua Méndez*, Javier Velasco**, Rafael Cuenca***, Begoña Martínez Carrasco*, Nazareth Cordero Franco*, Raquel Labra González****, Teresa Quintanar Verduguez*, Iciar García Carbonero*, José Ignacio Chacón López-Muñiz*, Miguel Ángel Cruz Mora*.

Hospital Virgen de la Salud. Servicios de: Oncología Médica, Radiología (SRX)**, Farmacología Clínica***, Medicina Interna****.*

Introducción y Objetivos: Los catéteres centrales tipo Port-A-Cath de implantación periférica (PICCs) se han empleado extensamente en población oncológica pediátrica por su facilidad de uso e implantación y su bajo coste económico. Sin embargo, la experiencia es más limitada en la población adulta oncológica. **Objetivo:** Revisar nuestra experiencia y analizar la tasa de complicaciones en esta población.

Materiales: El análisis del tiempo hasta la aparición de complicaciones y el de la duración de los catéteres se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Para el estudio de la asociación de dichas variables con el tipo de quimioterapia y con la antiagregación o anticoagulación profilácticas se utilizó la prueba log-rank. Cierre de seguimiento: 15/5/09

Resultados: N= 56 PICCs implantados entre 10/07 y 3/09 en el SRX. 51 mujeres. Mediana de edad: 53.93 años (rango 22-79). Tumores: 56.4% mama; 9.1% ginecológicos; 7.3% colon; 5,4% linfomas; 21.8 % otros (18.2 % tumores sólidos). 7 pacientes perdido seguimiento (eran de otros centros). Tasa de complicaciones: 22.4% (11/49 pacientes): 7.7% infecciosas (3 flebitis sépticas, 1 infección puerta de entrada); 5.7% trombóticas (1 tromboflebitis, 2 trombosis de cava superior), 5.4% extravasación (3 pacientes); 1 (1.9 %) mal posición; 5 complicaciones leves. Ingreso hospitalario y retirada catéter: 4 (8 %) Mediana de aparición: 20 días (1-165). Mediana de duración del catéter: 212 días (20-485 días). No se ha observado relación entre la incidencia de complicaciones y el tipo de quimioterapia administrada, el empleo de antiagregación o anticoagulación profiláctica ni el lugar de inserción del catéter.

Conclusiones: En nuestra experiencia estos catéteres son duraderos y cómodos para el paciente, con una tasa de complicaciones aceptable. Es un nuevo tipo de catéter muy útil para la administración de quimioterapia.

P-317

DEFINICIÓN DE CÁNCER RARO EN EUROPA

Juan Antonio Virizuela Echaburu *, C Martínez **, M.J. Sánchez **, Carmen Beato Zambrano *, J.M. Melchor **, R.González Cámpora ***, G. Gatta ****.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.Registro de Tumores. E.A.S.P. Granada**.*
*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla***.S.C. Epidemiologia Eziologica e Prevenzione.Istituto Nazionale per lo Studio e Cura dei Tumori. Milan****.*

Introducción y Objetivos: Los Cánceres Raros (CR), igual que otras Enfermedades Raras (ER), presentan problemas desde un punto de vista social y sanitario. Debido a su baja frecuencia, están poco presentes en el diagnóstico diferencial. Sus signos o síntomas son poco conocidos, lo que puede dar lugar a demoras diagnósticas, estadios más avanzados y menor efectividad terapéutica. Además, la escasa rentabilidad de la investigación sobre nuevos medicamentos, para su uso en ER, condiciona el tratamiento. Por ello, es importante tener una definición consensuada de CR para su aplicación a la designación de medicamentos huérfanos por la EMEA. En 2007 se inicia un proyecto, *Surveillance of Rare Cancers in Europe* (RARECARE), cuyo objetivo es proporcionar una definición operativa de CR y una lista de cánceres que cumplan con esta definición, para estimar la carga atribuible a los CR en Europa. La definición de ER se basa en la prevalencia (< 5/10.000 hab/año), pero la propuesta de RARECARE para CR se basa en la incidencia. El objetivo de esta comunicación es presentar la definición de CR y los criterios en los que se basa esta definición.

Materiales: La incidencia de cáncer procede de 70 registros de cáncer de población de 22 países europeos incluidos en EUROCARE.

Resultados: La lista de CR se basa en entidades tumorales malignas que agrupan la localización anatómica y la morfología, utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-0). Las entidades se distribuyen en 3 niveles jerárquicos. Los cánceres con incidencia < 6 casos/100.000 hab./año en el nivel 1 ó 2, son definidos como CR.

Conclusiones: Para la definición de CR, si bien cualquier umbral en la incidencia es arbitrario, es necesario considerar la frecuencia, ya que por este simple hecho numérico son susceptibles de plantear mayores problemas en distintos aspectos: toma de decisiones clínicas, investigación y organización de servicios sanitarios.

P-318

METÁSTASIS CUTÁNEAS: REVISIÓN DE 32 CASOS

Esther Uña Cidón, Amelia Ceballos, Eduardo Hortelano, Christian Perea, Francisco López-Lara.

Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: La metástasis cutánea (MC) es el resultado de la infiltración de la piel por una neoplasia localizada a distancia. Su incidencia es baja y raramente constituyen la primera evidencia de tumor. Generalmente el origen más frecuente de las MC se correlaciona con los tumores más frecuentes en cada sexo. El objetivo de nuestro estudio fue examinar todas las MC diagnosticadas en nuestro Servicio abordando aspectos clínicos e histopatológicos.

Materiales: Realizamos un análisis retrospectivo descriptivo de los datos clínicos e histopatológicos de todos los pacientes con diagnóstico de MC entre Enero de 2005 y Diciembre de 2008 en nuestro Servicio.

Resultados: 58 casos de MC correspondientes a 42 pacientes (varones 28, mujeres 14). Mediana de edad de 54 años (31-76). El tumor primario más frecuente en los hombres fue melanoma (32%). El segundo en frecuencia adenocarcinomas de aparato digestivo (26%). En mujeres el tumor primario más frecuente fue cáncer de mama (41%), seguido por melanoma (33%). En 4 pacientes fue imposible la identificación del tumor primario. La presentación clínica másfrecuente fue nódulo subcutáneo asintomático único (34%), seguido de nódulos múltiples dolorosos (13%). Solamente en 3 pacientes las MC constituyeron el primer signo de enfermedad tumoral. Se realizaron biopsias en 12 pacientes en los que los hallazgos histopatológicos que predominaron fueron melanoma seguido de adenocarcinoma. 31 pacientes asociaron metástasis viscerales y ganglionares. Tasa de mortalidad a los 3 y 6 meses tras el diagnóstico de la MC ha sido 18% y 36%.

Conclusiones: Las MC generalmente aparecen en fases avanzadas de neoplasias ya diagnosticadas previamente y en muy pocos casos constituyen la primera evidencia de enfermedad tumoral. La supervivencia obtenida en nuestro trabajo es inferior a la descrita en otros estudios probablemente por la multiplicidad de lesiones viscerales asociadas.

P-319

EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Pilar García Alfonso, Ricardo González del Val, Sonsoles Álvarez Suárez, Andrés Muñoz Martín, Luis Cabezón Gutiérrez, Juan Luis Arranz Cozar, Yann Izarzuaga Perón, Ivan Marquez Rodas, Alicia Soria Lobelle, Ricardo Pérez Fernández.
Sr. de Oncología Médica del HGUGregorio Marañón.

Introducción y Objetivos: Hemos evaluado de forma retrospectiva diciembre(2006 a diciembre 2008) los pacientes remitidos a nuestro servicio con el diagnóstico de Tumor neuroendocrino (TNE).

Materiales: Se han analizado las características clínicas, patológicas y terapéuticas de 48 pacientes.

Resultados: Mediana edad 58 años; 29 hombres; Carcinoma de 62.5% y TNE 34.42%. Valor ki-67: < 2: 4.17%; 2-20: 2.08% y > 20: 2.08%. Cromogranina A positiva 47.92% y negativa 6.25%. Sinaftofisina: positiva 33.33%, negativa: 12.50% Porcentaje mitosis: > 2:2.08%, 2-20: 6.25%, Tamaño tumoral 40.11 mm. Invasión local 8.33%; vascular 6.25%. Localización: bronquial 25%, Páncreas 18.75%, Colon y recto 12.50%; Yeyuno distal e ileocecal: 12.5%, apéndice: 10.42%, gástrico: 6.25%, duodeno y yeyuno proximal: 4.17%. Esporádico: 89.58% y 4.17% familiar (Síndrome MEN-1). Un 14.58% tumores asociados (Ca. Microcítico de pulmón y timoma). Solo 22.9% presentaron secreción hormonal, fundamentalmente 5-HT y gastrina. Síntomatología: pérdida de peso 39.5%, astenia: 52%, dolor abdominal 50%, anorexia 45.8%. Diagnóstico del tumor primario: radiológico (Rx o TAC) 50%, endoscópica 8%, Octresocan 16.67%. El estudio de extensión se estableció por TAC y octresocan (diagnóstico en el 77.7% de los casos). Estadío: locoregional 52.08% y METASTÁSICO 31.25% (73.3% hepáticas y 26.67% pulmonares). Tratamiento: quirúrgico (79.17%), bioterapia con análogos de somatostatina (29.17%), quimioterapia (14.5%), tratamiento con quimioterapia intraarterial 6.25%, radioisótopos 4.17%, bioterapia con interferon 2.08%. Respuesta: Tratamiento análogos: bioquímica 83%, estabilidad radiológica 91%. Mejoría sintomática en el 59%. Toxicidad: diarrea 14.29%, vómitos 7.14%. Quimioterapia: Estabilización 42.86%, Toxicidad: anemia: 14%, neutropenia: 14%. Cirugía radical en 92% de los casos. Se realizó cirugía de metástasis hepáticas en 3 pacientes. Embolización de la arteria hepática , quimioterapia intraarterial, ablación por radiofrecuencia en 9, Trasplante hepático 3. En la actualidad han muerto el 29.17%, vivos sin enfermedad el 27.08%, 18.75% vivos con enfermedad.

Conclusiones: Esta serie retrospectiva demuestra la variabilidad de los TNE en un servicio de Oncología Médica. Destaca la marcada proporción de tumores no secretantes y una gran variabilidad terapéutica.

P-320

ESTUDIO SOBRE USO COMPASIVO DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS

Beatriz Rivas López, Rafael López Castro, Elvira Del Barco Morillo, Rocío García Domínguez, Lorena Bellido Hernández, Teresa Martín Gómez, Luis Miguel Navarro, Amalia Gómez Bernal, César Rodríguez Sánchez, Juan Jesús Cruz Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: El uso compasivo de medicamentos es la utilización en pacientes aislados, al margen de un ensayo clínico, de medicamentos en investigación, incluidas las especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su responsabilidad, considere indispensable su utilización. En este estudio queremos valorar el coste económico de estas solicitudes y su beneficio clínico en nuestro Servicio.

Materiales: Se revisaron las solicitudes de fármacos anti-neoplásicos tramitadas y aceptadas en nuestro Servicio en 2008 siguiendo el procedimiento oficial del MSC. Para facilitar el estudio se calculó el coste semanal equivalente (CSE) de los fármacos. Se recogieron datos de los pacientes por edad, sexo, tipo de cáncer, línea de tratamiento antitumoral, número de ciclos y SLP.

Resultados: Se obtuvieron datos de 50 solicitudes todas ellas en tumores avanzados. Sexo: Hombres/mujeres 46/54. Localizaciones tumorales más frecuentes: Mama (16%), estómago (14%), Ovario (12%), ORL (12%), colorrectal (10%), Sarcomas (8%).

Tabla 1. Toxicidad

	Grado 1-2 (%)	Grado 3-4 (%)
Anemia	22	4
Neutropenia ± febril	6	2
Trombopenia	6	2
Cutánea	10	4
Extravasación	2	0
Emesis	6	2
Diarrea	8	2
Mucositis	8	0
HTA	2	0
TEP	0	2
Hemorragia	6	2
Astenia	2	0
Renal/iones	6	4

Tabla 2. Relación Línea tratamiento/SLP/CSE

Línea	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Sexta o >
N (%)	9 (18%)	12 (24%)	7 (14%)	9 (18%)	6 (12%)	7 (14%)
SLP (días)	60-392	15-395	32-228	42-338	70-320	70-282
CSE (€)	270-1000	376-1149	131-1094	92-1471	569-1195	473-1323

La media de CSE fue de 763€ (rango 91-1471). La mediana de ciclos administrados fue 3 (0-17). Se analizaron datos de eficacia en pacientes que al menos recibieron un ciclo de tratamiento (22% de pacientes no recibieron el tratamiento solicitado por deterioro clínico tumoral o por alternativas terapéuticas). El 72% de las solicitudes incluyó el uso de fármacos diana (mAbs o iTKs). El 36% fueron monoterapias. La mediana de SLP fue 104 días (0-395). Las tablas 1 y 2 recogen datos de toxicidad y de la relación entre línea/SLP/CSE respectivamente.

Conclusiones: El uso de fármacos bajo uso compasivo, tanto en tumores huérfanos (primera línea) como en líneas avanzadas de tratamiento demuestra proveer beneficio clínico y largas SLP, merced a selección de pacientes, con toxicidades aceptablemente bajas. El coste económico se encarece considerablemente, favorecido por el empleo de nuevos fármacos, más caros que tratamientos “clásicos” de quimioterapia.

P-321

MELANOMA INTRAOCULAR (MI). EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL

Purificación Martínez del Prado, Elena Galve Calvo, M^a Ángeles Sala González, Teresa Abad Villar, Teresa Pérez Hoyos, Valentin Alija*, Carla Antonilli.

Sección de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza. Unidad de Oncología Médica. Hospital de Sierrallana. Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.*

Introducción y Objetivos: Describir los casos diagnosticados y tratados de MI en nuestro hospital.

Materiales: Entre Febrero-1992 y Agosto 2006 fueron diagnosticados 23 casos de MI en nuestro hospital, estudio retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas. Características de los pacientes: Edad media 69 años (43-89); El ojo afecto fue : derecho 12 p. izquierdo 11 p. El diagnóstico radiológico se realizó por Resonancia Magnética en 20 p. (87%).

Resultados:

- Se realizó tratamiento en 17 p. (74%) y en 6 p. no se realizó ningún tratamiento.
- Entre los que se trataron: 16 p. se operaron (69%) (Enucleación: 14 p (64%) y vitrectomía 2 p. (5%) y 1 p. recibió radioterapia (4%).
- La localización del tumor fue: Coroideo 11 p., cuerpo ciliar 4 p., el resto desconocidos. Los resultados de Anatomía Patológica fueron : Patrón mixto 6 p., Fusiforme 3 p., Epitelioide 2 p., SAI 1 p. y el resto no disponible.
- El estado clínico al diagnóstico fue localizado los 23 pacientes.

- Hubo 7p. (30%) que recayeron, todos de forma sistémica (4 p. en hígado, 1 p. cutánea y 2 p. en más de una localización). De los que recayeron 3 p. se trataron (1p. con quimioterapia, 1p. con inmunoterapia y 1p. con Radioterapia) y 4 p. tuvieron sólo tratamiento de soporte. La situación de los pacientes: 10 p. estaban vivos sin enfermedad, 6 p. muertos por la enfermedad, 2 p. vivos con enfermedad y 2 p. perdidos en el seguimiento y 3 p. muertos por otras causas.

Conclusiones: El melanoma intraocular es un tumor poco frecuente, cuyo tratamiento es locoregional, los casos que recaen tienen un pronóstico infausto a pesar del tratamiento.

P-322

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER CUTÁNEO MELANOMA Y NO MELANOMA

Elisabeth Gómez Moyano*, Joaquina Martínez Galán**, Vanesa Gutiérrez Calderón**, Gema Durán Ogalla**, Maysa Lemos Simosono**, Maria José Bermejo Pérez**, Antonio Hiraldo Gamero*, Silvestre Martínez García*, Inmaculada Alés Díaz**, Manuel Benavides Orgaz**.

** Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. ** Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Introducción y Objetivos: Se ha sugerido que el tratamiento con levodopa en pacientes con E. de Parkinson aumenta el riesgo de cáncer cutáneo no melanoma y melanoma. Esta sospecha está basada en la existencia de una vía metabólica común para la síntesis de melanina y dopamina. Sin embargo estudios recientes, han objetivado un aumento del riesgo de melanoma en pacientes con Parkinson antes de comenzar el tratamiento con levodopa. **Objetivo:** Presentar un caso clínico donde confluyen los diagnósticos de Enfermedad de Parkinson y Melanoma y revisar la literatura.

Materiales: Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón, de 42 años de edad, con antecedentes de Enfermedad de Parkinson de diez años de evolución en tratamiento con levodopa.

Resultados: En Mayo-05 es intervenido de lesión nodular pigmentada en flanco derecho. Resultado histológico: melanoma nivel V de Clark, Breslow 3.8 mm. Se realizó Ganglio Centinela con resultado negativo. PET postquirúrgico libre de enfermedad metastásica. Se decidió seguimiento. En Febrero-08 y tras ILE de 33 meses, aparecen múltiples placas eritemato-escamosas en espalda y una mancha pigmentada de bordes asimétricos en flanco izquierdo. Se tomaron biopsias cutáneas con resultado de carcinoma basocelular superficial y melanoma predominantemente in situ con nidos neoplásicos

en dermis papilar nivel II de Clark y Breslow de 0.5 mm. Se observaban áreas de ulceración y de regresión. Se decidió seguimiento estrecho.

Conclusiones: El incremento de riesgo de cáncer cutáneo melanoma y no melanoma observado en pacientes tratados con levodopa se limita a aquellos con Enfermedad de Parkinson idiopática, y no se relaciona con el tratamiento con levodopa. La mayoría de los estudios coinciden que el riesgo se duplica en pacientes con Enfermedad de Parkinson idiopática, y encuentran un incremento del riesgo del 20% de cáncer de piel no melanoma. Se cree que los determinantes genéticos de la E. de Parkinson idiopática aumentan la susceptibilidad de la piel frente a la radiación ultravioleta incrementando el riesgo de cáncer de piel.

P-323

BEVACIZUMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA (QT) EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA METASTÁTICO (CMM) PREVIAMENTE TRATADO CON QUIMIOTERAPIA

Raúl Márquez, Susana De la Cruz, Almudena Tercero, José Ángel Arranz, Sara Encinas, Concha Fernández-Chacon, Mar Mendivil, Pilar López-Criado, Ramon Colomer, Antonio González-Martín.

Servicio de Oncología Médica Centro Oncologico MD Anderson International Spain, Madrid. Spain.

Introducción y Objetivos: La asociación de bevacizumab a quimioterapia de primera línea en CMM aumenta la tasa de respuestas y la supervivencia libre de progresión (SLP). El papel de bevacizumab en segunda línea no está aún definido y está siendo investigado en el estudio RIBBON 2. El objetivo de este estudio fue explorar la seguridad y eficacia de bevacizumab en combinación con quimioterapia en pacientes con CMM previamente tratado.

Materiales: Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes (pac) tratadas con bevacizumab en nuestro centro. Se eligieron para el análisis las pac que hubieran recibido bevacizumab en segundas o sucesivas líneas.

Resultados: Se identificaron 29 pac. La mediana de edad fue 56 años (21-68). La mayoría tenían ECOG 1 (21-68). 4 eran HER-2 positivas, 19 RE positivo, y 8 triple negativas. El 62% (18/29) tenían afectación hepática. La mediana de líneas de QT previa fue 2 (1-8). Los tratamientos recibidos previamente para enfermedad metastásica incluyeron: antraciclinas 14 pac, taxanos 17 pac, capecitabina 17 pac, gemcitabina 11 pac, vinorelbina 6 pac y trastuzumab 4 pac. El 65% (19/29) había recibido además hormonoterapia para la enfermedad metastásica. Bevacizumab se combinó con un esquema basado en paclitaxel en 17 pac (58%), con

esquema basado en gemcitabina en 8 pac (27.5%), con esquema basado en antraciclinas en 3 pac y con capecitabina en 1 pac. Se alcanzó una tasa de repuesta parcial del 31%. La mediana de SLP fue 5 meses (95% CI: 3,3-6,6). La probabilidad estimada de supervivencia 2 años fue 52% (95% CI: 26-78). Los eventos adversos graves relacionados con bevacizumab fueron: hipertensión grado 3 en 4 pac (13.7%), TEP en 1 pac y sangrado gastrointestinal en 2 pac.

Conclusiones: La asociación de bevacizumab a un quimioterapia no seleccionada de segunda o posteriores líneas en CMM resulta activa sin un incremento significativo de la toxicidad relacionada con bevacizumab. El estudio RIBBON 2 contestará el papel de bevacizumab en segunda línea.

P-324

RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Luis Vallejo Sánchez, Carmen Martínez, Belén Nacle, Eloy García, Pilar Gómez, José García, Juan Rodríguez.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital del SAS de La Línea de la Concepción (Cádiz).

Introducción y Objetivos: Los reservorios venosos subcutáneos son un medio cómodo y seguro para administrar el tratamiento a enfermos oncológicos y hematológicos.

Analizamos los resultados obtenidos tras cuatro años de haber iniciado un registro del implante/explante de los reservorios venosos subcutáneos en la UMI.

Materiales: Revisión de los implantes y explantes realizados en la UMI durante cuatro años (Mayo 2005 a Mayo de 2009). Se analizaron sexo, edad, indicación de implante o explante y complicaciones inmediatas o derivadas de su uso y mantenimiento.

Resultados: Se implantaron 78 reservorios (26 Port a cath® y 52 Bardport®) en 58 mujeres y 20 hombres. La edad media fue de 52.5 años. Se explantaron un total de 20 reservorios. La indicación fue por motivos oncológicos un 90%, fundamentalmente neoplasias de mama (45%), digestivas (25%) y ginecológicas (20%). En la Unidad de Día siguen tratamiento un total de 105 pacientes y se realizan un total de 75 seguimientos de reservorios, manteniendo tratamiento 24 pacientes. Las complicaciones inmediatas fueron dos (difícil acceso venoso y hematoma) y las derivadas de su uso y mantenimiento que implicaron retirada fueron 5, (dos por rotura, dos por obstrucción no corregida y uno por sepsis grave). Las complicaciones motivaron un 25% de los explantes.

Conclusiones: Los reservorios venosos subcutáneos presentan bajo índice de complicaciones en manos experimentadas. Generalmente son debidas a una inadecuada manipu-

lación y mantenimiento del mismo. Para minimizar esto es preciso una adecuada formación del personal encargado de su uso, por el personal de las unidades de día y de las unidades implantadoras.

P-325

LESIONES PULMONARES Y ÓSEAS EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE CA DE MAMA METASTÁSICO

Isaac Ceballos Lenza, Josefina Cruz Jurado, José Norberto Batista López, Luz Milva Rodríguez Rodríguez, Raquel Hernández Sangil, Eva Rodríguez Checa, Ayesa Méndez Pérez, Beatriz Alonso Álvares, Marta Llanos Muñoz.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción y Objetivos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de cáncer de mama con metástasis óseas que a lo largo de 10 años presentó otras dos enfermedades intercurrentes, pulmonar y ósea, que sugerían progresión del cáncer de mama.

Materiales: Paciente mujer de 69 años afecta de ca de mama cT2 cN2 M1(ósea dorsal única), recibió quimioterapia seguida de mastectomía más RT locorregional y dorsal. Continuó tratamiento hormonal y pamidronato. Dos años tras el diagnóstico la paciente comienza con cuadros catarrales que no mejoran pese a tratamiento antibiótico. En TAC se evidencian lesiones cavitadas en vértices y en región paratraqueal con aumento de densidad de tejidos blandos con vascularización importante. Se interpretó como progresión. Inició quimioterapia. Ingresó tras 2 ciclos por disnea y fiebre, y se diagnosticó de tuberculosis pulmonar resolviéndose el cuadro con tuberculostáticos. A los siete años del diagnóstico la paciente comienza con dolor en MII. Se realiza gammagrafía ósea evidenciando nueva captación en diáfisis femoral izquierda, valorada como progresión ósea. Ante la persistencia del dolor se realizó biopsia incisional con resultado de osteosarcoma parosteal del que fue intervenida.

Resultados: La paciente falleció a los diez años del diagnóstico por progresión ósea del ca. de mama.

Conclusiones: La tuberculosis pulmonar se suele presentar con síntomas muy generales como astenia, anorexia, fiebre o febrícula. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del BK. Por otra parte el sarcoma parosteal es un sarcoma raro de bajo grado que aparece en las metástasis de los huesos largos. El tratamiento de elección es quirúrgico, con escisión amplia. Su pronóstico es bueno, con curación hasta en el 80% de los casos. La paciente, durante la larga evolución de su neoplasia diseminada ha presentado dos enfermedades intercurrentes, curables, por lo que resaltamos la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

P-326

LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO: ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA EN NUESTRO CENTRO

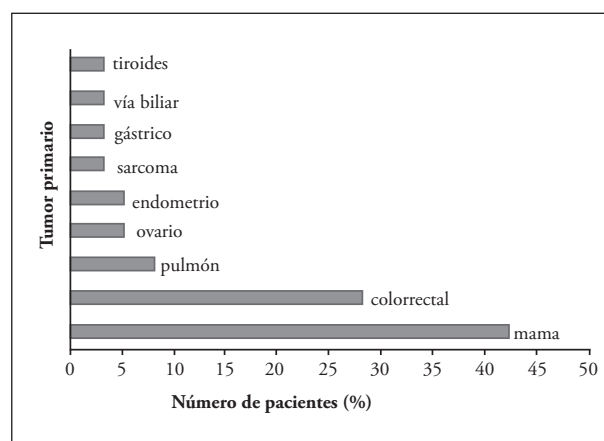
Beatriz Peláez Lorenzo, Diego Soto de Prado, Begoña García, Elvira Sáez, Silvia Rodríguez, Francisco López-Lara. *Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

Introducción y Objetivos: Una parte importante de la labor del oncólogo se desarrolla en el hospital de día. Este análisis pretende conocer cuántos pacientes requieren asistencia médica y sus causas.

Materiales: Estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre los 1380 pacientes que recibieron tratamiento entre Marzo y Mayo de 2009 y que precisaron atención médica. Las variables analizadas: edad, sexo, neoplasia priMaría y diagnóstico tras la evaluación realizada.

Resultados: Se atendieron un total de 38 enfermos, cuya mediana de edad fue de 57 años. De ellos, 35 fueron mujeres (92%) y 3 varones (8%). La distribución por tumor primario se detalla en la Figura 1. Como se observa en la Figura 2, del total de pacientes atendidos, 33 lo fueron por incidencias relacionadas con la administración de citostáticos (86%). Se produjeron 20 reacciones de hipersensibilidad, de las cuales 18 (90%) fueron de grado 1 y 2 (10%) de grado 2, siendo los citostáticos implicados: docetaxel 7 (35%), paclitaxel 4 (20%), oxaliplatino 4 (20%), ciclofosfamida 2 (10%), pemetrexed 2 (10%), gemcitabina 1 (5%), y doxorubicina 1 (5%). Se produjeron 5 casos de disestesias faringolaríngeas (oxaliplatino), 1 síndrome de hiperexcitabilidad motora aguda (oxaliplatino), 1 crisis de ansiedad leve, 1 episodio de HTA grado 1 (bevacizumab), 1 extravasación (docetaxel) y 4 cuadros de malestar general inespecífico.

Figura 1. Tumor primario de los pacientes atendidos



Fueron valorados 5 enfermos más por otras causas (14 %): 2 presíncopes (canalización de acceso venoso), 1 cefalea (ondansetrón), 1 parada cardiorrespiratoria (gluconato cálcico) y 1 crisis hipertensiva (motivo desconocido). Estos dos últimos pacientes precisaron traslado al Servicio de Urgencias para tratamiento, con evolución favorable.

Figura 2. Causas de las incidencias atendidas

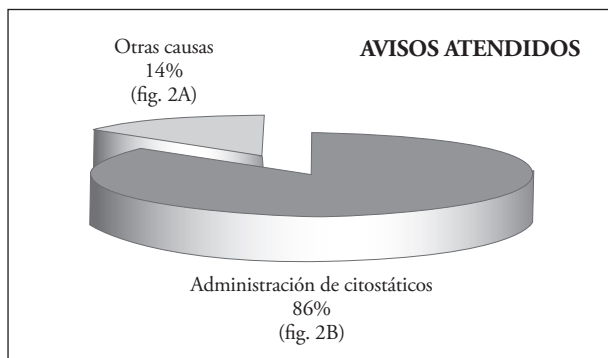


Figura 2A.

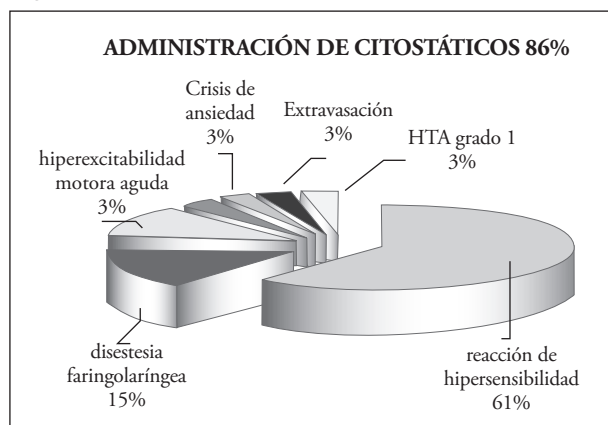
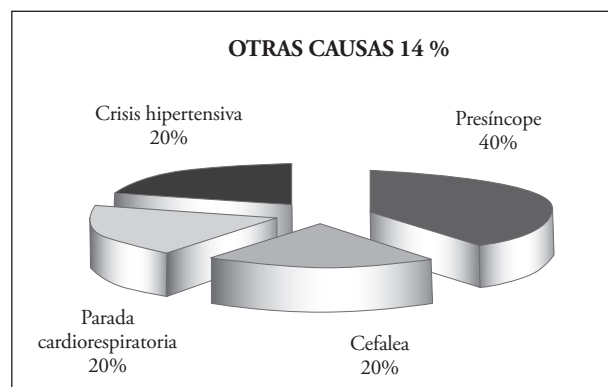


Figura 2B.



Conclusiones: El porcentaje de pacientes que precisó atención médica fue pequeño. El perfil fue el de una mujer con cáncer de mama, que presentó reacción de hipersensibilidad leve. Es llamativo el hecho de que los eventos de mayor gravedad no se relacionasen directamente con la administración de quimioterapia.

P-327

BEVACIZUMAB E IRINOTECÁN EN GLIOMAS MALIGNOS RECURRENTE

María Tobeña Puyal, Isabel Pajares, Álvaro Flamarique, M^a Jesús Vidal, Sara Serrano, Ana Isabel Ferrer, David López, Juan Coves, Raquel Andrés, Alejandro Tres.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y Objetivos: Bevacizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado con acción sobre el factor de crecimiento de endotelio vascular (VEGF), ha demostrado actividad en combinación con irinotecán en gliomas de alto grado que progresan a una primera línea de tratamiento, con una toxicidad aceptable. Describimos respuesta a tratamiento y tiempo a la progresión en los pacientes con gliomas de alto grado de nuestro hospital que han recibido en segunda línea la combinación de bevacizumab e irinotecán en esquema bisemanal. Se evalúa también la toxicidad del esquema.

Materiales: Desde Mayo de 2007 a Mayo de 2009, 8 pacientes con glioma de alto grado recurrente han sido tratados en nuestro centro con bevacizumab 10 mg/kg + irinotecan 125 mg/m² cada 14 días. Todos ellos habían progresado a una primera línea con temozolomida y radioterapia concomitantes. Analizamos eficacia y toxicidad.

Resultados: De los 8 pacientes, 6 eran varones (75%). La edad mediana fue 49 (rango 20-63). La mediana de ciclos administrados fue 8 (rango 2-15). 3 de ellos (37,5%) presentaron una respuesta parcial radiológica, 3(37,5%) progresión y 2(25%) enfermedad estable. La mediana del tiempo a la progresión fue de 16 semanas (rango 4-44). La toxicidad fue aceptable: 3 pacientes (37,5%) presentaron diarrea Grado 1, 2(25%) diarrea Grado 3, 2(25%) astenia Grado 2, 2(25%) epistaxis Grado 1, 1(12,5%) complicaciones de cicatrización y 1(12,5%) sepsis.

Conclusiones: Bevacizumab en combinación con irinotecán tiene actividad en los gliomas malignos recurrentes, con una toxicidad aceptable.

P-328

PECOMA INTESTINAL CON METASTASIS HEPATICAS. A PROPOSITO DE UN CASO

Javier Laverna Giner*, Andrés Poveda*, Julia Cruz**.
*Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Anatomía Patológica. Fundación I.V.O. Valencia.

Introducción y Objetivos: Los tumores derivados de las células epiteloides perivasculares (PEComa) son tumores infrecuentes. Descritos en 1992, representan una rara forma de tumores de tejidos blandos con diferentes potenciales de malignidad. Descritos en diferentes órganos, los más frecuentemente comunicados están localizados en tracto gastrointestinal, área ginecológica y tracto urinario. Los tumores diseminados se muestran resistentes a la quimioterapia, lo que unido a la escasa casuística, hace que desconozcamos cual es el mejor tratamiento. Estudios genéticos y moleculares han evidenciado una reducción de la expresión de AKT, lo que sugiere que la activación de la vía mTOR puede estar implicada y, por tanto, los inhibidores de mTOR pueden ser eficaces como ha sido comunicado de forma aislada. Comunicamos y documentamos, tanto clínica como histológicamente, el primer caso de PEComa tratado en nuestro Servicio.

Materiales: Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad sometida a laparotomía el 28-07-08 por cuadro de abdomen agudo. En el acto quirúrgico se extirparon 2 tumoraciones, una mesoyeyunal y otra mesentérica de 5 cm y 10 cm, respectivamente. El estudio histológico fue de neoplasia de células epiteloides perivasculares (PEComa) de intestino delgado con masiva afectación mesentérica. Tras ser remitida a nuestro servicio efectuamos estudio de extensión, apreciándose múltiples lesiones hepáticas. El 02-09-08 se efectuó biopsia hepática ecodirigida que confirmó el diagnóstico de metástasis por PEComa. Se inició tratamiento con Adriamicina 75 mg/m² apreciándose progresión tras 3 ciclos, al igual que tras tratamiento con 3 ciclos de Ifosfamida a altas dosis. Se solicitó autorización para la administración de Temsirolimus por uso compasivo que se inició el 22-04-09.

Resultados: La tolerancia al temsirolimus es excelente y en el momento de redactar este abstract está pendiente de nueva valoración por TC el 16-06-09.

Conclusiones: Presentamos un caso de PEComa con metástasis hepáticas que actualmente se encuentra en tratamiento con un inhibidor de mTor: Temsirolimus.

P-329

METÁSTASIS CEREBRALES DE PRIMARIO DESCONOCIDO

Paula J Fonseca*, Ainara Alonso**, José María Vieitez*, Carolina Muriel*, Miguel Fernández de Sanmamed*, Marta Izquierdo*, Pablo Pardo*, José Pablo Berros*, Ángel J. Lacave*.

* Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo ** Servicio de Atención PriMaría del Área IV de Asturias.

Introducción y Objetivos: En el 15-50% de los cánceres que debutan con metástasis cerebrales no se localiza el primario.

Objetivo: conocer cuántos pacientes presentaron metástasis cerebrales de tumor primario desconocido (MCTPD) y cuantos, en el seguimiento, tuvieron un diagnóstico definitivo, muy probable, probable, de sospecha y desconocido.

Materiales:

- Estudio retrospectivo de los pacientes registrados en el servicio de oncología médica de HUCA con diagnóstico de MCTPD entre 1992 y 2008.
- MCTPD: tumores cerebrales que en su diagnóstico se intuyen como metastáticos y que tras RNM cerebral, TC toracoabdominopélvico, hemograma, bioquímica y marcadores tumorales no se logra etiquetar el origen.
- Diagnóstico en el seguimiento:
 - Definitivo: autopsia/biopsia del primario coincide con la biopsia del SNC.
 - Muy probable: biopsia del primario positiva para neoplasia sin confirmación histológica de que la metástasis tenga ese origen o bien biopsia de la metástasis y no del posible primario pero su semiología radiológica apoya este origen.
 - Probable: no existe confirmación histológica ni de la metástasis ni del primario con prueba muy específica que señala el origen y/o tratamiento al supuesto primario encontrado con buena respuesta.
 - De sospecha: prueba por la que sería más probable un origen que otro.
 - Desconocido: todas las pruebas negativas.

Resultados: Características de los 41 pacientes elegibles (tabla1). Se realizó biopsia a 30 pacientes: 15 adenocarcinomas (36,6%), 10 carcinomas epidermoides (36,6%), 2 carcinomas de células grandes, un tumor neuroendocrino, un linfoma y un glioma. La localización del primario más frecuente fue el pulmón, 56,1% (tabla2).

Tabla 2. Localización del tumor primario.

LOCALIZACIONES	NÚMERO	%
Pulmonar	23	56,1
Suprarrenal	2	5,5
Mama	2	5,5
Colon	1	2,8
Melanoma	1	2,8
Linfoma	1	2,8
Tumor neuroendocrino	1	2,8
Glioma	1	2,8
Desconocido	9	21,9

El 51,2% se trató con cirugía y radioterapia cerebral (tabla3) y el 48,8% con quimioterapia para tratamiento del primario o/y metástasis extracraneales (tabla4).

Tabla 1. Características de los pacientes y los tumores

CARACTERÍSTICAS		NÚMERO	%	
Edad	Mediana	58 años	-	
	Limites	34-82		
	Menor o igual a 39 años	3	7,3%	
	Entre 40 y 59 años	19	46,3%	
	Entre 60 y 79 años	17	41,4%	
	Mayor o igual a 80 años	2	4,9%	
Sexo	Hombres	28	68,3%	
	Mujeres	13	-	
Localización	Única	-	19	46,3%
		Frontal	6	14,6%
		parieto-occipital	9	21,9%
		cerebelosa	4	9,7%
		Múltiple	22	53,6%
	Derecha		41,4%	
	Izquierda		26,8%	
	Bilateral		31,7%	
	Cerebelosa		19,5%	
	Metástasis	Solo cerebral	32	78%
Otras metástasis		-	9	21,9%
		Ósea	6	14,6%
		Renal/suprarrenal	3	7,3%
		Nódulo subcutáneo	1	2,8%
		Hepática	2	5,5%
Debut clínico	Parálisis / paresia / disartria	24	58,5%	
	Cefalea	17	41,4%	
	Inestabilidad / alteración marcha	12	29,3%	
	Mareos / náuseas/ vómitos	8	19,5%	
	Alteración comportamiento / ánimo	7	17%	
	Trastorno memoria / cognición	7	17%	
	Disminución nivel conciencia / desorientación	7	17%	
	Crisis convulsiva	5	12,1%	
	Alteración visión	5	12,1%	
	Pérdida peso	4	9,7%	
	TOTAL		36	100%

El diagnóstico del origen fue: definitivo, 27,8%; muy probable, 26,8%; probable, 7,3%; de sospecha, 7,3% y desconocido, 21,9% (tabla5).

Tabla 3. Tratamiento de las metástasis cerebrales.

TRATAMIENTO	NÚMERO	%
Cirugía y RT holocraneal paliativa	21	51,2
Sólo cirugía	4	9,7
Solo RT	8	19,5
Sin cirugía ni RT	8	19,5

Tabla 4. Tratamiento del tumor primario o/y metástasis extracraneales.

TRATAMIENTO	NÚMERO	%
Cirugía	2	5,5
Radioterapia sobre el tumor primario	4	9,7
Quimioterapia sistémica	20	48,8
Quimioterapia + Radioterapia	2	5,5
Quimioterapia + Radioterapia + Cirugía	1	2,8
Tamoxifeno	1	2,8
Ningún tratamiento	11	26,8

Tabla 5. Nivel de certeza del diagnóstico y tumor primario.

NIVEL DE CERTEZA	ORIGEN PRIMARIO	NÚMERO	%
Diagnóstico desconocido	-	9	21,9%
Diagnóstico de sospecha	-	3	7,3%
	Pulmonar	3	7,3%
Diagnóstico probable	-	3	7,3%
	Pulmonar	2	5,5%
	Suprarrenal	1	2,8%
Diagnóstico muy probable	-	11	26,8%
	Pulmonar	9	21,9%
	Colon	1	2,8%
Diagnóstico definitivo	Mama	1	2,8%
	-	13	27,8%
	Pulmonar	9	21,9%
	Linfoma	1	2,8%
	Glioma	1	2,8%
	Suprarrenal	1	2,8%
	Melanoma	1	2,8%
	Mama	1	2,8%

Conclusiones: En nuestro servicio, la mayoría de MCTPD eran metástasis de adenocarcinoma de pulmón. A pesar de los estudios de inicio y en el seguimiento, en un 21,9% el origen permaneció desconocido.

P-330**FRECUENTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE (HGUE)**

Elena Asensio Martínez, Asunción Soto, Verónica González, Raúl Carrillo, Rosario Salgado, María Guirao, Elisa Gálvez, Javier Gallego, Natividad Martínez, Álvaro Rodríguez. *Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Elche.*

Introducción y Objetivos: Ante el pensamiento generalizado de que los pacientes afectados de cáncer se encuentran entre los que más demandan asistencia sanitaria urgente, nos planteamos la realización de un estudio cuyo objetivo es conocer el índice de frecuentación, así como las características de la visita a los servicios de urgencias del paciente oncológico.

Materiales: Definimos como paciente oncológico aquel en control en Consultas Externas de Oncología Médica en el HGUE. Se analizó, de manera retrospectiva el registro de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias Generales de nuestro hospital durante el período comprendido entre el 1 y 31 de Marzo de 2009. Del grupo de pacientes oncológicos, se analizaron datos relativos al día de la semana de la visita, hora, sexo, edad, antecedentes personales, neoplasia, estadio y tratamiento de la enfermedad oncológica, motivo de consulta, pruebas complementarias, diagnóstico, destino y tratamiento al alta, registrándose también la reentrada durante el mismo mes.

Resultados: El número total de pacientes atendidos fue de 7769, siendo 295 pacientes oncológicos (3.8%). Los días de la semana de mayor frecuentación fueron domingo, lunes y martes. En el XII Congreso Nacional de la SEOM en Barcelona en Octubre de 2009 se presentara un análisis del resto de datos relativos a las características de la visita a Urgencias.

Conclusiones: Pese a la opinión general de la alta demanda asistencial del paciente oncológico, en este estudio se objetivó que sólo un 3.8% de las consultas en Urgencias pertenecían a pacientes oncológicos, muchas de ellas sin relación con su enfermedad oncológica.

P-331**EPIRRUBICINA, CICLOFOSFAMIDA Y CAPECITABINA COMO INDUCTOR DE RESPUESTA EN HIDROADENOMA NODULAR MALIGNO METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Xavier Hernández-Yagüe*, Joan Figueras***, Daniel Azoulay****, Pere Puig****, Sandra Rubio**, Antoni Codina-Barrera**, Carmen Carmona**, Santiago López-Ben**, Antoni Urban****, Joan Brunet**.

* *Departamento Oncología Médica Institut Català d'Oncologia Girona* - *Departamento Medicina Interna Hospital St. Jaume de Calella.* ** *Departamento de Oncología Médica Institut Català d'Oncologia Girona.* *** *Departamento de Cirugía Hepato-bilio-pancreática. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta.* **** *Hospital Paul Brousse de París.* ***** *Departamento de Cirugía General. Hospital St. Jaume de Calella.* ***** *Departamento de Anatomía Patológica. Hospital St. Jaume de Calella.*

Introducción y Objetivos: El Hidroadenoma Nodular Maligno (HNM) es una tumoración infrecuente originada en los anejos cutáneos. El tratamiento de elección de la enfermedad diseminada es la cirugía radical pero no existe tratamiento estándar de la enfermedad NO reseccable. Se reporta la gran respuesta al tratamiento con epirrubicina asociada a ciclofosfamida y, secuencialmente, capecitabina que permite una cirugía radical en paciente con metástasis hepática de HNM no reseccable de inicio por afectación de vena cava y vena suprahepática izquierda y media.

Materiales: Un único caso. Estudio observacional.

Resultados: Después de la administración de 9 ciclos de Epirrubicina-Ciclofosfamida se objetivó respuesta radiológica tumoral parcial menor del 50%, respuesta clínica (desaparición de la hepatalgia) y descenso de valores de Ca 125 y Ca 15.3. Por riesgo de cardiotoxicidad asociada a Epirrubicina (dosis acumulada mayor de 900 mg/m²) se decide cambio de tratamiento a Capecitabina oral. Después de 14 ciclos de Capecitabina presenta respuesta radiológica mayor del 50%. La toxicidad asociada a quimioterapia fué de grado II de forma global. Se realiza hepatectomía derecha ampliada a segmento I y IV con resección de vena cava en bloque y reconstrucción de cava y suprahepática izquierda con prótesis vascular. Posteriormente ha recibido 6 ciclos de quimioterapia "adyuvante" a la cirugía radical.

Conclusiones: Se trata del primer caso de Hidroadenoma Nodular Maligno diseminado donde se registra una respuesta tumoral mayor del 50% al tratamiento secuencial con Epirrubicina, Ciclofosfamida y Capecitabina. El incremento en la tasa de respuestas puede incrementar el número de pacientes reseccables con enfermedad diseminada irreseccable de inicio.

P-332**ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE FOTEMUSTINA EN MELANOMA METASTÁSICO**

José Luis González Larriba¹, Alfonso Berrocal², Pablo Cerezuela³, Guillermo Crespo⁴, Joaquín Fra⁴, Antonio Galán⁵, Jerónimo Jiménez⁶, Alberto Moreno⁷, Josep María Piulats⁸, Javier González⁹.

¹ Servicio de Oncología (SO), Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ² SO-Hospital General Universitario, Valencia; ³ SO-Hospital Naval del Mediterráneo, Cartagena; ⁴ SO-Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; ⁵ SO-Hospital de Sagunto; ⁶ SO-Hospital Provincial General, Córdoba; ⁷ SO-Hospital General de Jerez de la Frontera; ⁸ Instituto Catalán de Oncología, Hospital Durán i Reynals, Hospitalet de Llobregat; ⁹ Departamento Médico, ITALFARMACO, S.A.

Introducción y Objetivos: : Fotemustina (FTMS) es una nitrosurea de tercera generación indicada en el tratamiento del melanoma metastásico, con especial actividad en metástasis cerebrales.

Objetivos: Se ha analizado el patrón de uso de FTMS en España y se ha evaluado su eficacia y toxicidad.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 170 pacien-

tes (56% hombres, 44% mujeres) tratados con FTMS. Pacientes: mediana edad 61 años (20 – 87); ECOG 0 - 28% de los pacientes, 1 - 55% y > 2 - 17%; LDH alta en 42 pacientes.

Resultados: Progresión de la enfermedad (PE) 52%, enfermedad estable (EE) 31%, respuesta parcial (RP) 14%, respuesta completa (RC) 3%. El control de la enfermedad en 1ª línea fue EE = 42%, RP = 14%, RC = 5%; en 2ª línea EE = 22%, RP = 14%, RC = 3%. Mediana de supervivencia libre de progresión 84 días (IC 95% 71 – 109) [1ª línea: 100 (IC 95% 72 - 127); 2ª línea: 77 (IC 95% 63 - 110)]; mediana de supervivencia global 200 días (6,5 meses) (IC 95% 172 – 284). 69% de los pacientes presentaron toxicidad hematológica (entre ellos; trombocitopenia 69%, anemia 61%, neutropenia 56%) y 48% toxicidad no-hematológica (astenia 61%, náuseas 38%, vómitos 18%).

Conclusión: Fotemustina es un agente activo en el melanoma metastásico, con una tendencia a un mejor control de la enfermedad en primera línea y con una toxicidad manejable.

Cáncer genitourinario y ginecológico

L-1

5 AÑOS DE CARCINOMA DE OVARIO BORDERLINE EN CARTAGENA

Jeronimo Martínez García, * Alejandra Isaac, María José Martínez, Ana Tortorella, Pablo Cerezuela, José María Barón. *Sección de Oncología Médica. Hospital Universitario Santa María del Rosell / *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena.*

Introducción y Objetivos: El carcinoma borderline de ovario representa un caso particular de carcinoma epitelial de ovario, con características citológicas malignas, pero un comportamiento biológico y clínico generalmente benigno, con escasas recaídas. Queremos analizar las características de las pacientes diagnosticadas en nuestro centro en los últimos 5 años.

Materiales: Análisis retrospectivo de los datos clínicos y seguimiento de las pacientes diagnosticadas en los últimos 5 años en un Hospital Comarcal con una población de 400000.

Resultados: Se han diagnosticado un total de 12 pacientes, siendo analizables 10 pacientes. La edad media ha sido de 45.4 años (25-82), siendo un 50% menores de 35 años. El Ca 125 pre-quirúrgico ha sido de 240 de media (33-840). La clínica de presentación fue en un 30% asintomática y en un 30% metrorragias. Un 90% han sido estadio I, y sólo un 10% estadio II, siendo un 90% unilaterales (igual distribución entre anexo derecho e izquierdo) y sólo en 1 caso bilateral. La media de tamaño del tumor ha sido de 16 cm, con un 50% de más de 20 cm. La histología fue un 50% seroso y un 50% mucinoso. En un 60% se realizó una cirugía radical y en un 40% se realizó cirugía conservadora (anexectomía c/s salpinguectomía). En todos los casos la resección fue completa. Presentaron microinvasión el 40% de casos, estando 1 caso asociado a una lesión única de pseudomixoma peritoneal que fue reseca. En el tratamiento post-quirúrgico sólo una paciente recibió quimioterapia adyuvante. Tras una media de seguimiento de 17 meses (1-57) ninguna paciente ha recaído.

Conclusiones: En nuestra serie hay baja incidencia, siendo todos los casos diagnosticados en estadio precoz, con predominio de masa unilateral, pudiendo realizar cirugía

completa. Aunque hay corto seguimiento, no ha habido ninguna recaída. Un aumento del periodo de recogida y un seguimiento a largo plazo sería recomendable.

L-2

CA PRÓSTATA HORMONORRESISTENTE M0: TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA LOCORREGIONAL

José Antonio Santiago Crespo, María del Mar Muñoz Sánchez, M^a José Molina Garrido, *Laura Haro Martínez, Amaya Olaverri Hernández, ** M^a Yolanda Bernisz, Yolanda Polo Collado, ** Leoncio Arribas, ***Mónica De Cabo, ***José Pérez.

*Sección de Oncología Médica. Hospital Virgen de la Luz. *AECC. **Servicio de Radioterapia - IVO - Cuenca. ***Servicio de Urología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

Introducción y Objetivos: Se observó la existencia de una población de pacientes (pac) con adenocarcinoma de próstata (CP) M0 que no habían recibido tratamiento locorregional al diagnóstico, sólo hormonoterapia (HT). A la progresión (PGR) eran remitidos a Oncología Médica (SOM) para valoración, un porcentaje de ellos aún presentaban enfermedad M0, por lo que se consideraron candidatas a Radioterapia (RT).

Objetivo: Valorar los resultados (tasa de respuesta, SLP, tolerabilidad) de RT locorregional a dosis radical en pac con CP M0 hormonorresistente (HR).

Materiales: Análisis retrospectivo de pac derivados desde SOM al Servicio de RT IVO-Cuenca entre may'07/may'09. Revisión de las Historias Clínicas de los pac CP HR M0 tratados con RT radical.

Resultados: 102 pac CP derivados a RT: 87 (85%) CP en estadio precoz a RT radical, 7 (6%) CP estadio IV a RT paliativa. 8 (8%) CP M0 previamente tratados con 1 ó 2 líneas de HT y en PGR a dicha HT para RT locorregional con intención radical. Edad media 79,5 años, tiempo medio 1º línea HT (BAC) 40 meses (m); 87% fueron sometidos a 2ª maniobra HT (retirada de antiandrógeno) con un TTP de 9,4 m. 8 pac (100%) recibieron RT radical (media 73,6 Gy), con escasa toxicidad. PSA medio pre-RT 21; PSA medio post-RT 13. Tasa de beneficio clínico (RP + EE) 75%, tasa de RP 38%, sólo 2 pac (2%) experimentaron PGR. SLP tras RT 7 meses.

Tabla 1. Serie pac CP M0 HR tratados con RT radical.

	EDAD	PSA DGTCO	HT 1ª línea	SLP 1º HT (m)	NADIR PSA	2ª HT	SLP 2ª línea(m)	PSA A PGR	RT (Gy)	PSA TRAS RT	SLP tras RT (m)	SITUACIÓN ACTUAL
JCC	79	39	BAC	67	0,6	Sí	16	13,3	70	1,4	12	VivoMantiene RP
FCH	80	73	BAC	16	1,5	Sí	6	17,2	76	13	6	VivoPGR QT
SDG	83	22	BAC	15	1,47	Sí	3	11,7	76	15		VivoPGR QT
JFRV	84	54	BAC	44	2	Sí	10	60	70	40	6	ExitusPGR NO QT
VBT	79	74	BAC	36	2,5	No		8,45	76	0,156	10	VivoMantiene RP
JVP	81	20	BAC	80	0,7	Sí	16	10,1	75	3	24	VivoPGR QT
DAA	75	61	BAC	37	0,04	Sí	10	25	74	28		VIVOPGR QT
FOM	75	134	BAC	28	0,2	Sí	5	21,5	72	4	11	VIVO Mantiene RP

Conclusiones: En pac ancianos con CP HR M0 la RT locorregional radical tras la PGR a HT es bien tolerada, presenta escasa toxicidad, una tasa importante de BC y consigue una respuesta mantenida en el tiempo mayor a 7 meses.

L-3

ESQUEMA DE TRATAMIENTO MEDIANTE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL CON HIPERTERMIA EN CARCINOMA DE OVARIO ESTADÍO III. COMPENETRACIÓN DE ONCÓLOGOS Y CIRUJANOS

Juan Torres Melero, Gabriel Fiol Ruiz (*), Piedad Reche Molina (**), Ana Fernández-Freire Leal (**), Ana Jaén Morago (***), Nuria Cárdenas Quesada (***), Vanesa Gutiérrez Calderón (****), Begoña Medina (**), José Luis García Puche (*****), Manuel Benavides Orgaz (*****).

JTM. Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal. Servicio de Cirugía, Hospital Torrecárdenas, Almería; () Servicio de Ginecología, Hospital Torrecárdenas, Almería; (**) Servicio de Oncología Médica, Hospital Torrecárdenas, Almería; (***) Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario de Jaén; (****) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga; (*****) Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico San Cecilio, Granada.*

Introducción y Objetivos: El cáncer de ovario es la neoplasia de peor pronóstico entre los tumores ginecológicos y la cuarta causa de muerte por cáncer en la mujer. La enfermedad suele diagnosticarse y tratarse en aproximadamente el 70-75% en fases avanzadas con afectación peritoneal. Además,

un gran número de las pacientes recidivarán. Las opciones de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal son limitadas. Actualmente, el cáncer de ovario debe considerarse como el paradigma para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal mediante una cirugía citorreductora agresiva seguida de quimioterapia intraperitoneal (CC+HIPEC).

Exponemos los algoritmos diagnósticos y de tratamiento de pacientes diagnósticas de carcinomatosis peritoneal po carcinoma de ovario estadio III, así como los resultados obtenidos por nuestra Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal del Hospital Torrecárdenas de Almería (2005-2009) en tumores primarios y recidivas tratados mediante CC+HIPEC.

Materiales: Debemos destacar la introducción en nuestra práctica quirúrgica habitual de las técnicas de citorreducción junto con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria modulada con hipertermia y quimioterapia postoperatoria sistémica. Nuestra serie incluye 26 mujeres (18 primarios y 8 recidivas). Abordamos también el papel de la neoadyuvancia.

Resultados: La implantación de un programa específico de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal con intención curativa conlleva unas necesidades específicas. En concreto, la técnica de CC + HIPEC implica tres tiempos quirúrgicos: 1) Fase de citorreducción -CC-; 2) Tiempo de quimiohipertermia (HIPEC) con el que se pretende eliminar la enfermedad microscópica y 3) Reconstrucción del tránsito (anastomosis) y/o cierre abdominal. Mostramos los resultados de nuestra serie: morbi-mortalidad, supervivencia y estado actual (seguimiento: 3 meses - 5 años).

Conclusiones: La citorreducción y quimioterapia intraperitoneal con hipertermia constituye una importante alternativa al tratamiento convencional en los pacientes con carcinomatosis ovárica. Si bien es una técnica compleja y no exenta de complicaciones, en casos seleccionados, conlleva un aumento de la supervivencia y un mayor periodo libre de enfermedad.

L-4

SARCOMAS UTERINOS: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO HOSPITAL 1995-2002

María Teresa Abad Villar, Teresa Pérez, Elena Galve, M.Ángeles Sala, M.Purificación Martínez del Prado, Carla Antonilli.

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

Introducción y Objetivos: Los tumores uterinos que presentan un componente mesenquimal maligno suponen aproximadamente un 10% de todas las neoplasias uterinas. Analizamos la casuística en nuestro hospital.

Materiales: Entre Marzo de 1995 y Abril de 2002, fueron atendidos en nuestro Hospital 13 Sarcomas Uterinos.

Resultados: La edad media al diagnóstico era de 58 años (43-68). La clínica inicial fue metrorragia en 9 pacientes (69%), útero miomatoso en 3 pacientes (23%) y distensión abdominal en 1 paciente (8%). El tipo histológico correspondía con Leiomiocarcinoma en 9 pacientes (69%), Tumor mulleriano mixto (Carcinosarcoma) en 3 casos (23%) y una paciente (8%) presentaba un Sarcoma Indiferenciado con elementos osteoclasticos. El tipo de cirugía más frecuente realizado fue la Histerectomía con Doble Anexectomía en 9 pacientes (69%), en 2 pacientes (15%) se realizó además linfadenectomía pélvica, en una paciente (8%) Histerectomía simple y en otra se realizó únicamente biopsia. Estadíos FIGO: IA un caso (9%), IB seis casos (46%), IC cuatro casos (30%), IIA y IV A un caso respectivamente. El tamaño tumoral fue mayor de 6 cms en 9 casos. Se describen los tratamientos recibidos. Tabla 1.

Tabla 1.

Paciente	FIGO	Tratamiento
1	IB	Observación
2	IC	Radioterapia
3	IB	Radioterapia
4	IVA	Observación
5	IIA	Radioterapia y Quimioterapia
6	IC	Quimioterapia
7	IA	Observación
8	IB	Observación
9	IC	Quimioterapia
10	IB	Radioterapia
11	IB	Radioterapia
12	IB	Radioterapia
13	IC	Observación

Se detectó recaída a distancia en 3 pacientes, siendo el intervalo libre de progresión de 22 meses (19-29). Se describen los tratamientos recibidos a la progresión y su supervivencia global. Tabla 2.

Tabla 2.

PACIENTE	RECIDIVA	TRATAMIENTO	Supervivencia desde Recidiva
1	Peritoneo	Cirugía 2 intervenciones	26 meses
2	Pulmón	Quimioterapia y Radioterapia	2 meses
3	Peritoneo, Pulmón y Hueso	???	Traslado a otro centro

Conclusiones: Las características descritas en nuestros pacientes se asemejan epidemiológicamente a las descritas en la literatura.

L-5

CARCINOMA DE VEJIGA METASTÁSICO: ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Isabel Varela, Nieves Serrano, M^a José Agustín, Verónica Calderero*, M^a Carmen Serrano, Josefa Carcelen.

*Servicio Farmacia, *Servicio Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet.*

Introducción y Objetivos: Describir la efectividad y seguridad de los tratamientos utilizados en pacientes con cáncer de vejiga metastásico (CVM).

Materiales: Pacientes diagnosticados de CVM en 2007 realizándose seguimiento hasta marzo-09. Variables analizadas: sexo, edad al diagnóstico, localización de las metástasis, número de líneas de tratamiento, esquemas, tasa de respuesta, SLP, SG, efectos adversos, retrasos en tratamientos y disminución de dosis.

Resultados: 27 pacientes incluidos, 21 hombres, con una media de edad de 62,3 años (50-76). Localizaciones metastásicas: óseas (45,8%), pulmonares (41,7%) y ganglionares (33,3%). El 29,7% fueron tratados con 2 líneas, 22,2% con 3, 7,4% con 4 y 3,7% con 5. Esquemas más utilizados en primera línea: carboplatino-gemcitabina (20) y cisplatino-gemcitabina (5), en segunda gemcitabina-paclitaxel (6) y en tercera docetaxel (6). En primera línea se obtuvieron 5 RC, 9 RP y 11 PE, mediana SLP: 5,50 meses (0-24). En segunda línea: 5 RP y 14 PE, mediana SLP: 3,5 meses, en

tercera 1 RP y 7 PE; cuarta línea 1 RP y 2 PE. Mediana de SG: 14,5 meses (3-32). Un 64,8% sufrió reacciones adversas. Las más frecuentes en primera línea: anemia (81,5%); astenia (40,7%); neutropenia (25,9%); diarrea (25,9%); neurotoxicidad (14,8%). Retrasó en la administración: 4 y disminución de dosis: 14. Se administró epoetina al 44,4% y al 18,5% G-CSF

Conclusiones: Los platinos y gemcitabina son los citostáticos más utilizados en CVM. En 1ª línea se alcanzan RC en un porcentaje importante de pacientes, disminuyéndose la efectividad en líneas sucesivas. Las reacciones adversas, aunque frecuentes, son leves por lo que los tratamientos pueden considerarse seguros.

L-6

LARGA SUPERVIVENCIA DE UN CARCINOMA METASTÁSICO DE VEJIGA TRATADO CON RADIOFRECUENCIA HEPÁTICA

Joaquina Martínez Galán, Inmaculada Alés Díaz, Maysa Lemós Simosono, Gema Durán Ogalla, Vanesa Gutiérrez Calderón, M^a José Bermejo Pérez, Silvia Gil Calle, Ester Villar Chamorro, Manuel Cobo Dols, Manuel Benavides Orgaz. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

Introducción y Objetivos: El cáncer de vejiga es el 4º cáncer más frecuente en el varón siendo 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La edad media al diagnóstico es de 65 años presentándose inicialmente como carcinoma superficiales en el 70% de los casos. Entre los factores asociados a riesgo de infiltración y/o recurrencia se encuentra el grado de diferenciación histológico (GIII-II) entre otros. **Objetivo:** Revisar la literatura de ca. In situ que hacen metástasis y manejo de metástasis hepáticas de origen urotelial, a partir de un caso clínico.

Materiales: Varón 75 años en seguimiento por S. Urología por Ca. In Situ Urotelial T1 GIII tratado con dos RTU desde Marzo-02 hasta Abril-03. En estudio de Agosto-03 con TAC y RNM Abdominal se aprecia lesión de 9 cm en S.VII. Se realiza PAAF: Carcinoma transicional GIII. Inicia QT con CBDCA+GMZ entre Septiembre-03 a Abril-04 completando 8 ciclos. Posteriormente se propone para Radiofrecuencia (RF) hepática en Junio-05.

Resultados: Tras completar QT se obtiene una respuesta parcial con reducción de la LOE a 3 cm. Realiza RF hepática consiguiéndose estabilización de la enfermedad que se mantiene hasta la actualidad. Intervalo libre de progresión 4 años. Actualmente asintomático.

Conclusiones: El 78% de los tumores de vejiga se presentan como tumores superficiales (Ta, Tis o T1). Sin

embargo tienen tendencia a hacerse infiltrantes y recaer locoregionalmente especialmente cuando son de gran tamaño, GIII, multicéntricos y vinculados a la sobreexpresión de p53. Cuando esto sucede y la enfermedad se hace metastásica presentan mal pronóstico y el tto de elección es la QT (CBDCA+GMZ o MVAC). En determinados casos donde la recaída es única, opciones como el rescate quirúrgico de la metástasis o tratamientos menos cruentos como la RF pueden conseguir prolongar la supervivencia de los pacientes con adecuada calidad de vida. Por tanto explorar estas opciones en pacientes con buen PS y poca carga tumoral en enfermedad avanzada probablemente deberían ser consideradas en determinado subgrupo de pacientes.

L-7

METÁSTASIS METACRÓNICA EN PEZÓN DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

Beatriz Peláez lorenzo*, Diego Soto de Prado*, Gerardo Martínez**.

**Servicio de Oncología. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valladolid*

Introducción y Objetivos: Las metástasis cutáneas de los tumores renales son infrecuentes y habitualmente ensombrecen el pronóstico. Presentamos un caso de localización cutánea excepcional y evolución inusual.

Materiales: Revisión de la historia clínica y la literatura publicada.

Resultados: Mujer de 59 años de edad, intervenida en el año 2000 mediante nefrectomía radical derecha de carcinoma de células claras estadio I (pT2N0M0). En 2007 se realiza tumorectomía por masa renal izquierda, con resultado de carcinoma de células claras estadio I (pT1N0M0). En Octubre de 2008, la paciente consulta por lesión nodular redondeada en pezón izquierdo de rápido crecimiento, que se reseca. La anatomía patológica es compatible con metástasis de carcinoma renal de células claras (Fig. 1 y 2). El estudio de extensión realizado (PET-TC) resulta normal. Se plantea tratamiento con sunitinib pero dada la ausencia de enfermedad a distancia, finalmente se desestima. En Mayo de 2009 la paciente se encuentra libre de enfermedad. Se han documentado metástasis cutáneas de este tipo de tumor en diversas localizaciones, pero en ningún caso en el complejo areola-pezón. Es fundamental, por tanto, realizar un examen físico exhaustivo. Las metástasis cutáneas únicas deben ser reseca y solicitar un estudio de extensión. La ausencia de enfermedad en otras localizaciones cuando existe diseminación cutánea es infrecuente, y en las series publicadas éstos son los casos que presentan supervivencias más largas. El empleo de quimioterapia no ha demostrado

beneficio, pero sí se han reportado casos con buenos resultados en cuanto a supervivencia libre de progresión mediante el empleo de sunitinib tras resección de metástasis cutáneas.

Figura 1. Carcinoma de célula clara. Nidos de célula.

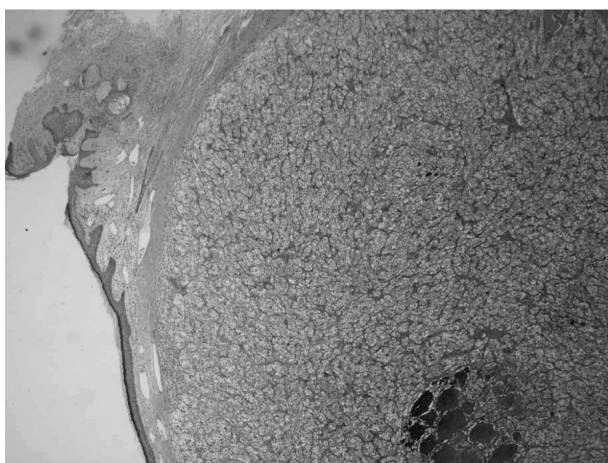
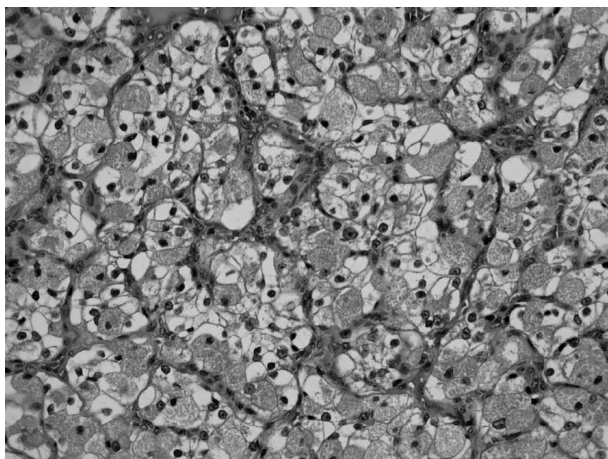


Figura 2. Carcinoma de célula clara. Detalle histológico.



Conclusiones: La gran variabilidad de localizaciones y formas de debut del carcinoma renal metastásico hacen imprescindible un seguimiento estrecho de estos pacientes. Los fármacos anti-diana que han sido incorporados en los últimos años al arsenal terapéutico del cáncer de riñón, constituyen una alternativa válida de tratamiento.

L-8

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO CON SUNITINIB: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Nicolas Mohedano Mohedano, Javier Cassinello, Inés García, Isabel Fernández-Rañada, Alberto Arcediano, Esther Olgado. *Unidad de Oncología.*

Introducción y Objetivos: Sunitinib es una molécula oral inhibidor multitarget de tirosinquinasa de VEGFR, PDGFRS, KIT y FLT-3. Su uso esta aprobado en primera linea de cancer renal avanzado sin datos de mal pronostico. Presentamos los datos de eficacia y seguridad presentados en nuestra unidad.

Materiales: Se han tratado (mayo 2007 a mayo 2009) un total de 9 pacientes,(3 mujeres y 6 hombres), de edades entre 44 y 79 años diagnosticados de carcinoma de celulas renales estadio IV(los pacientes tenian metastasis pulmonares y ademas en 2 habia adenopatias retroperitoneales, en 1 adenopatias mediastinicas y en otro metastasis oseas), de ellas 8 eran neoplasias de celulas claras y una estirpe papilar, 6 eran tumores de alto grado , 2 intermedio y el restante indeterminado, todos fueron nefrectomizados. Todos los pacientes cumplian criterios de buen o intermedio pronostico según MOTZER. Se empleo sunitinib 50 mgr diarios durante 4 semanas con dos semanas de descanso.

Resultados: De los 9 pacientes incluidos se han evaluado 7, en los otros dos aun no se ha evaluado por haber iniciado el tratamiento recientemente. Hubo 4 RP en pulmon y 3 progresiones en pulmon y en retroperitoneo. De los 4 pacientes en RP 3 estan en respuesta parcial mantenida de 20,12 y 5 meses y 1 paciente progreso logrando EE con tensirolimus. De los 3 pacientes con progresión radiológica 2 estan vivos con enfermedad y se produjo un exitus por insuficiencia respiratoria. La toxicidad grado III-IV ha sido escasa en forma de mucositis en 2 episodios, plaquetopenia en 1 y un episodio grave de crisis hipertensiva con insuficiencia cardiaca congestiva, como toxicidad típica del sunitinib se produjeron 3 episodios de hipotiroidismo subclínico que necesito terapia substitutiva y 3 decoloraciones de pelo.

Conclusiones: En nuestra experiencia con este numero de pacientes,sunitinib en cancer renal metastásico en primera linea muestra una elevada tasa de respuestas con toxicidad moderada.

L-9

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA RENAL CON TEMSIROLIMUS: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Álvaro Pinto Marín, Gema Casado*, Enrique Espinosa Arranz, Andrés Redondo Sánchez, Beatriz Castelo Fernández, Pilar Zamora Auñón, Manuel González Barón. *Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz,*

Madrid. *Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y Objetivos: El tratamiento del carcinoma renal ha experimentado un cambio considerable en los últimos años, con el desarrollo de nuevos fármacos. La inhibición de mTOR se ha demostrado como una estrategia válida, especialmente en los pacientes de mal pronóstico. Temsirolimus (Torisel®) es un inhibidor de mTOR aprobado para el tratamiento de primera línea del carcinoma renal avanzado de mal pronóstico.

Materiales: Se recogieron, en colaboración con el Servicio de Farmacia, los pacientes que habían recibido o estaban recibiendo tratamiento con Temsirolimus. Se recopilaron los datos demográficos y clínicos, así como la respuesta al tratamiento, la toxicidad del mismo y la posterior evolución de los pacientes.

Resultados: Se analizaron los datos de un total de 8 pacientes. En un caso fue empleado como tratamiento de primera línea, mientras que el resto (87,5% de los casos) se empleó en segunda línea o sucesivas. De 5 pacientes evaluables para respuesta, se observó una respuesta completa (20%), dos estabilizaciones de más de 8 semanas (40%) y dos progresiones (40%). La supervivencia libre de progresión para estos 5 pacientes fue de 15,8 semanas. Únicamente un caso precisó reducción de dosis por trombopenia grado 3 y mucositis oral grado 3 tras la segunda infusión del fármaco.

Conclusiones: Temsirolimus es un tratamiento eficaz y seguro en el carcinoma renal avanzado, que supone el primero de un nuevo grupo de fármacos que actúan sobre la vía de mTOR, y que se añade al arsenal terapéutico disponible para esta enfermedad. NOTA: se actualizarán los datos para ser presentados en la SEOM.

L-10

QUIMIOTERAPIA INTAPERITONEAL (QTIP) ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO ESTADÍO III CON CIRUGÍA ÓPTIMA

Rosa Llorente Doménech, Laura Palomar, José Muñoz, Carlos Bosch, Carmen Molins, Inmaculada Maestu, M^a Ángeles Royo, Daniel Almenar, Mónica Tallón.
Unidad de Oncología Médica. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Introducción y Objetivos: Estudios fase III de QTip en cáncer epitelial de ovario (CEO) estadio III con cirugía óptima, han demostrado eficacia respecto a la intravenosa (QTiv) incrementando la Supervivencia Libre de Enfermedad. Inconvenientes: toxicidad y complicaciones relaciona-

das con catéter peritoneal. Presentamos nuestra experiencia en viabilidad de la técnica, toxicidad y resultados preliminares de eficacia.

Materiales: Entre octubre'06–enero'09, 6 pacientes con CEO estadio III, con cirugía óptima de ovario, recibieron tratamiento con QTip. Inclusión: edad, PS 0-1, adecuada función hematológica, hepática, renal y no resección intestinal durante la cirugía. Se implantó reservorio venoso subcutáneo (Braun Celsite ST201) con catéter peritoneal (unilumen no fenestrado). Esquema: Paclitaxel 135mg/m² iv (pc 24h) D1, Cisplatino 100mg/m² ip D2, Paclitaxel 60mg/m² ip D8/ cada 3 semanas x 6 ciclos. Pauta antiemética (PAE) inicial: Granisetron-Dexametasona, asociando Aprepitant por emesis G3-4.

Resultados: Se administraron 31 ciclos de los 36 planificados, 1 paciente rechazó continuar tratamiento después del 1 er ciclo por toxicidad digestiva G3-4. Toxicidad hematológica máxima: neutropenia G3 (66,7%) y anemia G3 (33,3%).

Requerimientos transfusionales: 2 pacientes. EPO+Fe iv: 1 paciente. No fiebre neutropénica (profilaxis priMaría con G-CSF). Toxicidad no hematológica G1-G2: astenia, anorexia, neurotoxicidad, acúfenos, estreñimiento y dolor abdominal. Náuseas y vómitos G3-G4 sin Aprepitant en la PAE y G1 tras su utilización. Toxicidad renal G1-2 en 2 pacientes en último ciclo de tratamiento. No perforaciones intestinales o peritonitis, ni complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal. De las 6 pacientes tratadas 5 se encuentran vivas (1 con recidiva pélvica reseca, tratada con QT 2ª línea y libre de enfermedad). La paciente que suspendió QTip, falleció por progresión de enfermedad.

Conclusiones: QTip es factible y segura en CEO estadio III con cirugía óptima. Toxicidad manejable y prevenible. Pese a la escasa casuística y corto seguimiento, los resultados parecen confirmar la buena evolución de las pacientes tratadas con QTip.

L-11

SUBMAXILITIS Y SUNITINIB

María Teresa Abad Villar, Teresa Pérez, M.Ángeles Sala, Elena Galve, M.Purificación Martínez, Carla Antonilli.
Servicio de Oncología Médica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

Introducción y Objetivos: Primer caso clínico que relaciona Sunitinib con Submaxilitis aguda.

Materiales:

- Varón de 55 años. En Noviembre 2006: Nefrectomía Derecha por carcinoma renal de células claras, grado III de Fuhrman, pT3.

- TAC Torácico (Junio 2007): lesiones nodulares pulmonares bilaterales sugestivas de metástasis (IMAGEN 1).
- Inicia tratamiento con Sunitinib a dosis estándar. Tras 4 ciclos alcanza Respuesta Completa que mantiene hasta la actualidad (IMAGEN 2) . En Agosto de 2008, el día 15 del ciclo 8ª, refiere TRISMUS de una semana de evolución y DOLOR en zona submandibular izquierda.
- Exploración: tumefacción blanda y elástica en zona submandibular izquierda, sin signos de flogosis. Está afebril y con el resto de constantes y exploración general normales. Analítica: normal. Exploración ORL: normal. TAC CERVICAL: aumento del tamaño de la glándula submandibular izquierda sin colecciones intraglandulares ni litiasis y sin dilatación del conducto de Wharton (IMAGEN 3).
- Se valora como SUBMAXILITIS , iniciándose antiinflamatorios y antibioterapia y remitiendo la clínica.
- Reinicia tratamiento con Sunitinib y muestra reaparición leve de la clínica descrita aproximadamente el día 25 de cada ciclo, realizándose ciclos de esa duración desde entonces.

Imagen 1.

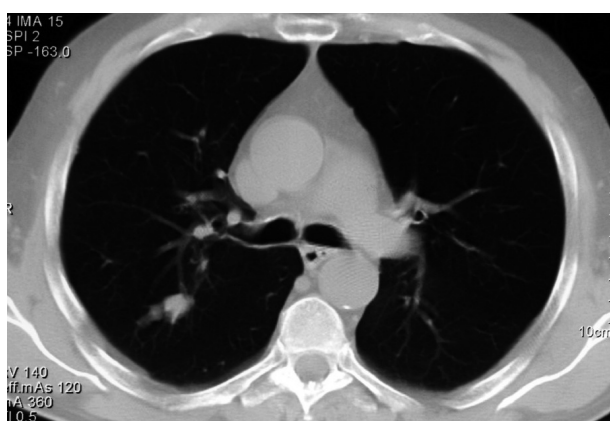


Imagen 2.

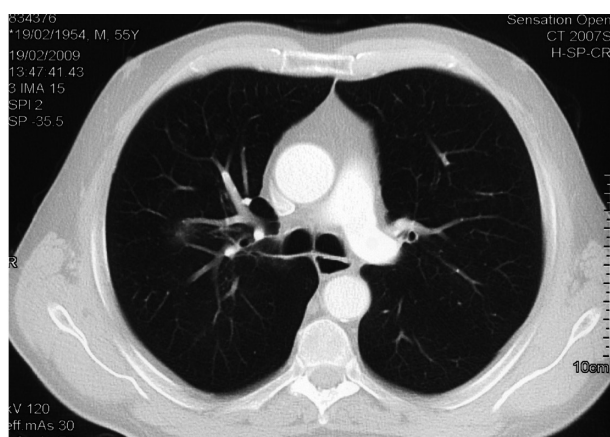


Imagen 3.



Conclusiones: El caso que referimos podría encuadrarse clínicamente como una Submaxilitis aguda recidivante en probable relación con Sunitinib. Previamente no se ha referido esta toxicidad en relación al Sunitinib. La presente supone la primera notificación que relaciona Sunitinib con Submaxilitis aguda recidivante.

L-12

TUMORES GINECOLÓGICOS EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR DE MADRID

Almudena Martín Marino, Nuria Rodríguez Salas, Carmen González Paz, Ana López Alfonso, Miguel Ángel Lara Álvarez.
Sección de Oncología Médica. Hospital Infanta Leonor de Madrid.

Introducción y Objetivos: Los tumores ginecológicos suponen la cuarta causa de muerte en el mundo. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, representando hasta el 7% de todos los tumores malignos. La mortalidad se ha visto reducida de forma poco paralela al aumento de su incidencia. El objetivo del estudio es conocer las características de los casos de cáncer ginecológico atendidos en nuestro servicio durante el primer año de actividad.

Materiales: Presentamos las características descriptivas en cuanto a histología, localización del tumor dentro del área ginecológica y estadio de los datos recogidos de 42 pacientes diagnosticados de cáncer ginecológico de Mayo/08 a Abril/09 en el Hospital Infanta Leonor.

Resultados: En nuestra serie, los tumores de cuerpo uterino son los más frecuentes (40.5%) seguido de una elevada incidencia de tumores de cérvix (31%), ovario (17,1%), vulva (7,3%) y vagina (4,7%). Los tipos histológicos responden a los patrones habituales excepto por la elevada incidencia de adenocarcinomas de cervix (15.3%) y sarcomas uterinos (23,5% de los tumores decuerpo uterino). Aunque el número de casos es muy pequeño, los estadíos al diagnóstico son los esperables para cada correspondiente patología.

Conclusiones: El estudio refleja que nuestra población tiene una alta incidencia de tumores de cérvix, dato registrado en los estudios epidemiológicos publicados en la literatura donde el cáncer de cérvix ocupa un lugar destacado en cuanto a incidencia en los países en desarrollo aunque no así en nuestro medio. Llama también la atención la elevada incidencia de sarcomas uterinos y cáncer de vagina.

L-13

PARÁLISIS UNILATERAL DE PARES CRANEALES (SÍNDROME DE GARCIN) EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANZADO

Purificación Estévez García, Iker López Calderero, Begoña Pérez-Valderrama, Alfredo Palomino García*, Fátima Toscano Murillo, Sandra Rubiales Trujillano, Manuel Chaves Conde.

*Servicio de Oncología Médica. *Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción y Objetivos: La aparición de metástasis óseas y las complicaciones asociadas son frecuentes en el cáncer de próstata avanzado. Sin embargo, es muy poco frecuente su localización en base del cráneo y el compromiso de pares craneales secundario.

Materiales: Varón de 72 años diagnosticado en febrero 2008 de adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas en tratamiento con bloqueo androgénico completo y ácido zoledrónico. En marzo 2009 inicia estudio por cefalea fronto-orbitaria derecha y parestesias mentonianas, destacando en la exploración afectación múltiple de pares craneales derechos (III, V, VI, VII, XII). En analítica se demuestra progresión bioquímica, y mediante pruebas de imagen se confirma progresión de la enfermedad ósea a calota y base de cráneo, y paquimeningitis extensa por infiltración neoplásica, sin hallazgo de células neoplásicas en líquido cefalorraquídeo. Recibe radioterapia sobre el neuroeje e inicia quimioterapia con docetaxel 75 mg/m² trisemanal, continuando con ácido zoledrónico. Tras dos ciclos, el paciente fallece por progresión a nivel neurológico.

Resultados: El síndrome de Garcin, definido por la parálisis unilateral total o parcial de pares craneales es muy

infrecuente y suele cursar como un cuadro reversible tras un traumatismo o bien en la evolución de procesos oncológicos. La etiología tumoral principal son neoplasias de lento crecimiento localizadas en base de cráneo (tanto primarias como metastásicas) y nasofaríngeas. El diagnóstico precoz es importante y se basa, fundamentalmente, en las pruebas de imagen, siendo de elección la RM. La existencia de afectación dural macroscópica en cáncer de próstata es muy rara, aunque en estudios realizados en necropsias se han demostrado metástasis microscópicas clínicamente asintomáticas en casi el 25% de los casos. A pesar de tratamiento, el pronóstico es malo.

Conclusiones: La afectación neurológica determina un mal pronóstico en los pacientes con adenocarcinoma de próstata metastásico, aunque el tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia mejore transitoriamente los síntomas y la calidad de vida.

L-14

CARCINOMA ESCAMOSO PRIMARIO DE VAGINA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Almudena Martín Marino, Miguel Ángel Lara Álvarez, Teresa Rivera, Nuria Rodríguez Salas, Carmen González Paz, Ana López Alfonso, Jesús Molero Vilchez, Miguel Ángel Lozano.

A. Martín Marino, M.A. Lara*, T. Rivera**, N. Rodríguez*, C. González*, A. López*, J. Molero***. M.A. Lozano****. *Sº. Oncología Médica, ** Sº Anatomía Patológica, *** Sº Ginecología. Hospital Infanta Leonor. **** Sº. Radioterapia. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

Introducción y Objetivos: El carcinoma de vagina representa el 2% de las neoplasias ginecológicas. Según criterios FIGO el diagnóstico se establece cuando el crecimiento tumoral queda limitado a la vagina. La incidencia de infección por HPV es del 70%. El subtipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso. La radioterapia constituye la base del tratamiento. En tumores pequeños situados en el tercio superior de la vagina se puede contemplar la cirugía. En estadíos localmente avanzados, debido al pobre pronóstico, algunos autores abogan por el tratamiento combinado con radioterapia y quimioterapia basada en platino. La quimioterapia es una opción terapéutica en la enfermedad recurrente o avanzada.

Materiales: Presentamos dos casos de carcinoma epidermoide de vagina diagnosticados en nuestro centro.

- **Caso 1.** Paciente de 71 años que consulta por metrorragia. En la exploración ginecológica se visualiza una formación exofítica en cara posterior de tercio medio de vagina.

- **Caso 2.** Paciente de 68 años que consulta por lesión verrucosa de dos años de evolución y sangrado en los últimos tres meses. En la exploración se aprecia una tumoración excrecente de 3 cms. en cara posterior de tercio medio de vagina. La determinación de HPV fue negativa. En ambos casos la citología y la biopsia confirmaron el diagnóstico de carcinoma escamoso, de alto y bajo grado histológico respectivamente. El estudio de extensión con ecografía transvaginal, RM pélvica y TAC abdominal no demostró afectación regional ni a distancia.

Resultados: Ambas pacientes fueron remitidas al servicio de radioterapia para tratamiento. En el segundo caso se realizó previamente colpectomía parcial con exéresis de la lesión. En el momento actual ambas pacientes se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: El carcinoma de vagina es una entidad infrecuente cuyo manejo no está claramente establecido. El tratamiento debe individualizarse en función del tamaño, localización y estadio y ser realizado por un equipo multidisciplinar.

L-15

QUIMIOTERAPIA METRONÓMICA CON CICLOFOSFAMIDA Y BEVACIZUMAB EN CARCINOMA EPITELIAL DE OVARIO (CEO) AVANZADO RESISTENTE A PLATINO

Laura Mezquita Pérez, Raquel Bratos Lorenzo, Rubén Leno Núñez, Virginia Reguero Cuervo, Raquel Seijas Tamayo, Rafael López Castro, César A. Rodríguez, Amalia Gómez, Emilio Fonseca, Juan Jesús Cruz Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia metronómica basada en Ciclofosfamida y Bevacizumab ha mostrado actividad en CEO avanzado y recurrente en pacientes pretratadas "platino-resistentes".

Objetivo: Analizar los resultados de esta combinación en pacientes tratadas en nuestro servicio mediante procedimiento de uso compasivo.

Materiales: Análisis retrospectivo de pacientes con CEO recurrente en tratamiento con Ciclofosfamida 50 mg/vo/día y Bevacizumab 10 mg/kg/iv/cada 14 días. Se recogieron datos demográficos, estadio, líneas previas y se analizó respuesta, supervivencia libre de progresión y perfil de toxicidad.

Resultados: N: 6 pacientes. Características: CEO seroso, ECOG <2, platino-resistentes y carcinomatosis peritoneal. Edad 53.5 años (51-62). Tratamientos previos: líneas QT: 4 (1-5); doxorubicina liposomal 6, gemcitabina 5 y topotecan 4 pac.

Tiempo hasta inicio de tratamiento: 44 meses (29-84). No ciclos recibidos: 8 (2-23). Tiempo a la progresión 4.5 meses (0.5-11.5+). Tres pacientes permanecen libres de progresión tras 12 meses. Respuesta: RP 4, Prog 1, No evaluada 1 pac. Toxicidad: Hemorragia G1 1, Abdominalgia 1 pac. Una paciente precisó retraso de dosis y ninguna modificación de dosis.

Conclusiones: La quimioterapia metronómica con Ciclofosfamida y Bevacizumab se muestra eficaz en pacientes con CEO avanzado politratadas, con respuestas de larga duración en algunos casos y con excelente perfil de tolerancia.

L-16

TUMOR GIGANTE BORDELIN MIXTO DE OVARIO ASOCIADO A ENDOSALPINGIOSIS DE OMENTO Y GANGLIONAR

Ana López-Alfonso*, Teresa Rivera**, Miguel Ángel Lara*, Jesús Molero***, Nuria Rodríguez*, Carmen González*, Almudena Martín*, Margarita Gimeno **, Isabel Casado**, Raquel Sánchez**.

Unidad de Oncología Médica. Servicio de Anatomía Patológica**. Servicio de Ginecología***. Hospital Infanta Leonor.*

Introducción y Objetivos: Los tumores borderline (TB) de ovario son tumores de bajo potencial de malignidad. No se ha demostrado que la afectación de ganglios linfáticos influya en la supervivencia, pero se observa una mayor tasa de recurrencias. Los quistes de inclusión Mulleriana (QIM) o endosalpingiosis corresponden a una lesión epitelial benigna, con glándulas de epitelio mulleriano, papilas y ocasionalmente cuerpos de psamoma, que aparecen en ganglios linfáticos, omento y biopsias peritoneales de pacientes con TB serosos.

Materiales: Presentamos las características clínicas de un caso valorado en nuestra Unidad en 2008. Mujer de 76 años que consulta por ascitis. La cirugía demostró una tumoración quística gigante (50cm de diámetro) correspondiente a un TB de ovario con epitelio mulleriano (seroso, mucoso y focalmente de células claras). Endosalpingiosis focal en omento, y TB en uno de 22 ganglios linfáticos disecados. Tras la cirugía inició revisiones en Sº Oncoginecología.

Resultados: Los TB son tumores con proliferación epitelial y atipia citológica que, en ocasiones se asocian a QIM. Los QIM representan un sustrato propicio para el desarrollo de TB o carcinomas de peritoneo, pero su presencia no cambia el estadio de un TB de ovario. Se desconoce la frecuencia exacta de afectación de los ganglios regionales en los TB, que oscila entre 5 y 20% siempre en relación a TB serosos.

Conclusiones: Los TB representan el 10-20% de tumores epiteliales de ovario. La edad media al diagnóstico es 40-60 años. Existe una gran variedad de tipos histológicos con diferente comportamiento biológico. El diagnóstico definitivo es histopatológico. La indicación de una cirugía de estadificación completa es controvertida. Es importante en aquellos casos en que el examen patológico final encuentra enfermedad invasiva. El papel de la quimioterapia adyuvante permanece indeterminado, sin que exista beneficio en estadios iniciales, aunque la mayor parte de los autores sólo recomiendan quimioterapia si se identifican implantes invasivos.

L-17

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE ENDOMETRIO AVANZADO Y/O METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON CARBOPLATINO-PACLITAXEL

Raúl Carrillo Vicente, Asunción Soto Gutiérrez, Elena Asensio Martínez, Rosario Salgado Asencio, Verónica González Orozco, Ana Beatriz Sánchez Heras, Federico José Vázquez Mazón, Natividad Martínez Banaclocha, Javier Gallego Plazas, Álvaro Rodríguez Lescure.
Oncología Médica - Hospital General Universitario de Elche.

Introducción y Objetivos: Evaluar en nuestro servicio los resultados del tratamiento con Carboplatino + Paclitaxel de pacientes con carcinoma de endometrio avanzado y/o metastásico.

Materiales: Recogida de datos retrospectivos de pacientes con estadio III y IV de carcinoma de endometrio. Evaluación de respuesta tumoral según criterios RECIST. Análisis estadístico según el programa SPSS.

Resultados: Los resultados se realizan en función de la edad, la estirpe tumoral, la estidificación del tumor y la toxicidad presentada. Además, también evaluaremos los diferentes criterios de respuesta y la supervivencia global. Estos resultados se presentarán junto con el análisis estadístico.

Conclusiones: Queda demostrada la eficacia del tratamiento con Carboplatino + Paclitaxel en pacientes con carcinoma de endometrio avanzado, con un bajo nivel de toxicidad y teniendo en cuenta las características basales de estas pacientes.

L-18

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE DOCETAXEL VERSUS PACLITAXEL SEMANAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MESTASTÁSICO EN ESPAÑA

Miguel Ángel Seguí, Javier Cortes*, Carmen Frias, Itziar Oyagüez**, Miguel Ángel Casado**.

*Corporació Sanitaria Parc Taulí, * Hospital Universitari Vall d'Hebron, ** Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia.*

Introducción y Objetivos: Evaluar el coste incremental por año de vida ganado (AVG, análisis coste-efectividad) y por año de vida ajustado por calidad (AVAC, análisis coste-utilidad) de docetaxel (100mg/m²) cada 3 semanas versus paclitaxel (80mg/m²) semanal en pacientes con cáncer de mama metastásico, en un horizonte temporal de 5 años, en el entorno sanitario Español.

Materiales: Se ha diseñado un modelo de Markov con ciclos de 21 días. Los datos de los pacientes se obtuvieron del único ensayo de comparación directa entre ambos fármacos (TAX 311; Jones, J Clin Oncol 2005;23:5542-5551), la utilidad para el cálculo de los AVAC de la literatura, y los costes unitarios (€ 2009) del Catálogo de Medicamentos y de una base de costes sanitarios. El modelo incluye un análisis de sensibilidad determinístico (ASD).

Resultados: Con docetaxel se obtienen 1,83AVG y 1,08 AVAC, y con paclitaxel 1,46 AVG y 0,84 AVAC. El coste global promedio por paciente fue 20.052€ y 19.982€ con docetaxel y paclitaxel. Docetaxel versus paclitaxel tiene un coste incremental de 190€/AVG y de 295€/AVAC ganado. El coste incremental por AVG o AVAC de docetaxel versus paclitaxel está dentro del umbral de eficiencia aceptado en España (30.000€/AVG o AVAC) en el 99% de los casos.

En el ASD se variaron el tiempo hasta progresión (hazard ratio) de docetaxel versus paclitaxel (3.517€/AVAC), la no utilización de G-CSF como tratamiento profiláctico (2.006€/AVAC) y la aplicación de un descuento sobre PVL de paclitaxel (6.396€/AVAC). El horizonte temporal o el coste de los acontecimientos adversos no impactan de forma relevante.

Conclusiones: En comparación con paclitaxel semanal, docetaxel es una estrategia coste-efectiva en pacientes con cáncer de mama metastásico en España en todos los escenarios considerados, incluso con descuentos de paclitaxel EFG del 75%. Representando un claro beneficio para las pacientes a la vez que una optimización de los recursos sanitarios.

L-19

PAPEL DE LA HORMONOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS DE MÉDULA ÓSEA

Fátima Toscano Murillo, María Reina Atienza Amores, Manuel Chaves Conde, Jesús Corral Jaime, Begoña Pérez Valderrama, Iker López Calderero, Luís Paz-Ares Rodríguez.

Servicio de Oncología Médica. HH. UU. Virgen del Rocío.

Introducción y Objetivos: En pacientes con cáncer de mama, la afectación de la médula ósea, varía según las series, de un 3 a un 52%.

Materiales:

- **Caso 1:** Mujer de 66 años que en junio del 2005, tras estudio de anemia y plaquetopenia, y observar en TC múltiples lesiones óseas, es diagnosticada de adenocarcinoma de mama (RH+ y Her2 -), tras realizar biopsia de médula ósea.
- **Caso 2:** Mujer de 40 años diagnosticada en diciembre del 2005, de carcinoma lobulillar de mama T3N1M0. Realizó tratamiento adyuvante con Quimioterapia (FEC + P), trastuzumab y tamoxifeno. En mayo 2008, tras astenia intensa y bicitopenia, se confirma progresión a nivel óseo y de médula ósea.

Resultados:

- **Caso 1:** tras diagnóstico de adenocarcinoma de mama estadio IV, inició tratamiento con anastrozol y ácido zoledrónico, con normalización de las series hematológicas y estabilización de la enfermedad ósea hasta marzo del 2007 (ILP 1 año y 9 meses).
- **Caso 2:** tras confirmar progresión, recibió 2 ciclos de carboplatino y paclitaxel, con reducción de dosis, que hubo que suspender por pancitopenia grado IV y neutropenia febril asociada a sepsis. En septiembre del 2008, tras castración actínica, inicia tratamiento con exemestano y trastuzumab, con normalización de las series hematológicas y estabilización de la enfermedad ósea hasta marzo del 2009.

Conclusiones: Los inhibidores de la aromatasa juegan un papel crucial en el tratamiento del cáncer de mama y pueden ser una alternativa a la quimioterapia en pacientes con pancitopenia secundaria a metástasis de médula ósea.

L-20

PAPEL DE LA HORMONOTERAPIA EN EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON AFECTACIÓN VISCERAL.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Soto de Prado Otero, Beatriz Peláez, Amelia Ceballos, Eduardo Hortelano, Francisco López-Lara.

Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con cáncer de mama y recaída metastásica visceral, en la que el empleo de tratamiento hormonal permitió un buen control de la enfermedad con mínima toxicidad asociada al tratamiento.

Materiales: Paciente de 65 años de edad diagnosticada en el año 2002 de un carcinoma mamario con células en anillo Estadio IIIA. La paciente recibió quimioterapia, radioterapia e inicio tratamiento hormonal con tamoxifeno que fue sustituido dos años más tarde por letrozol debido a la aparición de una hiperplasia endometrial. En el 2007, comienza con dolor en parrilla costal. La gammagrafía ósea informó de múltiples metástasis óseas (figura 1). En el TAC para guiar la punción de la lesión costal se visualizaron múltiples metástasis hepáticas (figura 2 y 3), biopsiándose y siendo compatibles con metástasis de carcinoma de mama, con receptores hormonales positivos (figura 4).

Imagen 1.

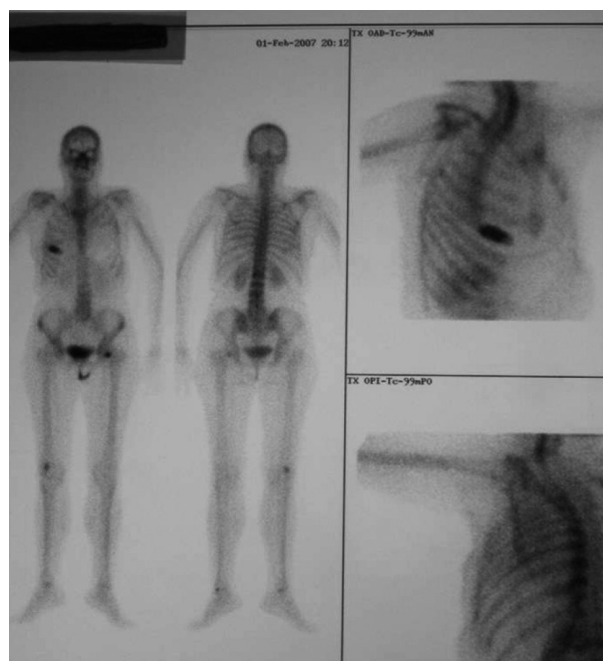


Imagen 2.

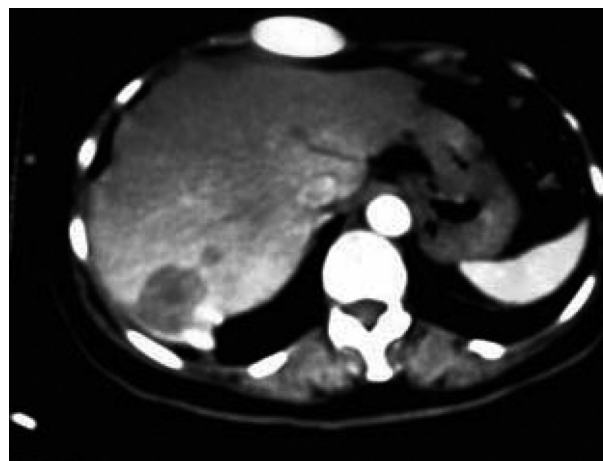


Imagen 3.

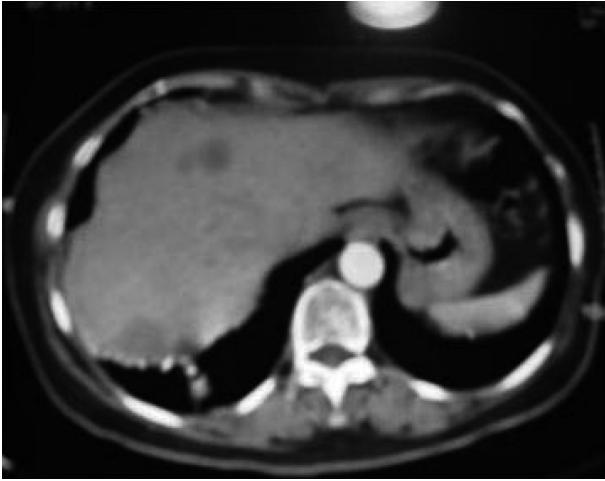
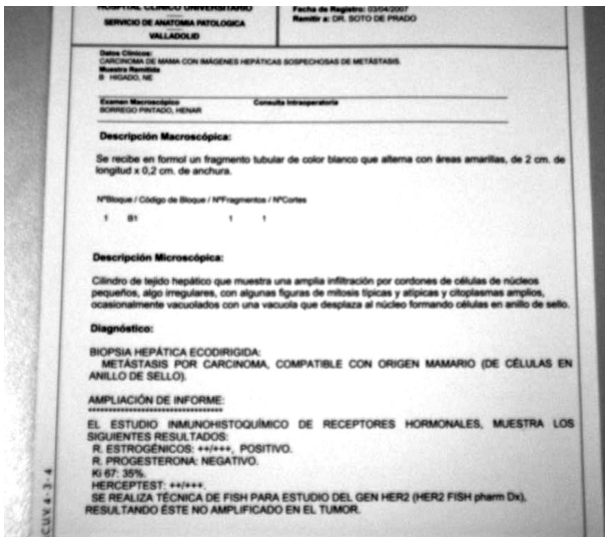


Imagen 4.



Resultados: Se inició tratamiento con ácido zolendrónico y fulvestrant con buena respuesta clínica, radiológica y normalización de marcadores tumorales. En el control realizado tras 4 meses de tratamiento presentaba una estabilización de la enfermedad. Dos meses más tarde la paciente comenzó con una rápida progresión clínica, serológica y radiológica, suspendiéndose la terapia hormonal e iniciando tratamiento quimioterápico, falleciendo al año por progresión de la enfermedad. El tratamiento hormonal es una buena opción para pacientes con cáncer de mama metastásico hormonosensible. Esta paciente consiguió una estabilización durante 6 meses sin toxicidad añadida por el tratamiento. Son múltiples los estudios que avalan su uso en el cáncer de mama con afectación visceral, principalmente en aquellas

pacientes sin clínica rápidamente progresiva o en las que no exista necesidad de una respuesta terapéutica rápida en el tiempo.

Conclusiones: El tratamiento hormonal en el cáncer de mama metastásico hormonosensible es una estrategia terapéutica válida que nos va a permitir retrasar el uso fármacos quimioterápicos asociados a una mayor toxicidad.

L-21

PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL VALORADOS EN UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

Esperanza Arriola Arellano*, Lucía Gutiérrez**, Sara Estalella*, Teresa Creo***, Silvia Budiño***, Luis Torres***, Ignacio Rendón***, Antonio Modelo***, José Manuel Baena*, Eugenio Fortis***.

*Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. **Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ***Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y Objetivos: En el comité de tumores cabeza y cuello del Hospital Universitario Puerta del Mar son valorados antes de realizar cualquier tratamiento la casi totalidad de las neoplasias de cavidad oral diagnosticadas en la provincia de Cádiz. En este trabajo describimos la serie de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral evaluados durante el año 2008.

Materiales: En las sesiones clínicas realizadas semanalmente se recogieron, de los pacientes con diagnóstico clínico y patológico de carcinoma epidermoide de cavidad oral, los siguientes datos: la edad y sexo de los pacientes, el estadio de la enfermedad, la localización anatómica de la neoplasia y el primer tratamiento recomendado por el comité (no se incluyen los tratamientos complementarios como la radioterapia o quimiorradioterapia adyuvantes). Se realizó un análisis descriptivo calculando frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Resultados: Fueron valorados 57 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 87 años, siendo el 74% varones. La distribución de los estadios tumorales en el momento del diagnóstico fue: estadio I 14%, estadio II 47%, estadio III 16%, estadio IV 21%, in situ 2%. Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la lengua (18%) y el suelo de boca (19%), seguidos de la mucosa yugal (9%). El primer tratamiento recomendado fue la cirugía en la mayor parte de los casos (79%), seguida del tratamiento quimiorradioterápico concomitante (11%), y la quimioterapia paliativa

aislada (3%). La radioterapia aislada, la radioterapia concomitante con cetuximab y la quimioterapia neoadyuvante fueron recomendadas en un caso cada una de ellas.

Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes valorados en nuestro comité padecen neoplasias de cavidad oral que pueden ser abordadas quirúrgicamente como primer tratamiento. La radioterapia combinada con cetuximab y la quimioterapia neoadyuvante son las estrategias que más recientemente hemos comenzado a introducir en el tratamiento de estos pacientes.

L-22

QUIMIOTERAPIA METRONÓMICA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN PACIENTES ANCIANOS, FRÁGILES Y POLITRATADOS

Eduardo Ceballos Barbancho, Patricia Hernández, Sandra Moreno, Natalia Lupión, Fuensanta Aranda.

Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital de Mérida.

Introducción y Objetivos: La quimioterapia metronómica consiste en la administración a dosis baja y continua de diversos fármacos quimioterápicos, siendo la célula endotelial de los vasos sanguíneos tumorales su diana terapéutica.

Describimos nuestra experiencia con esta estrategia terapéutica.

Materiales: Se estudiaron 13 pacientes (>70 años) con enfermedad avanzada, tratados con quimioterapia metronómica. 6 pacientes con cáncer de próstata (3 recibieron el tratamiento como primera línea), 3 cánceres de ovario (recibieron previamente 4 líneas), 2 cánceres de mama (muy pretratadas) y 2 cánceres de colon (uno de ellos en primera línea).

Los esquemas utilizados fueron, para cáncer de próstata: Ciclofosfamida 50 mg + Dexametasona 1 mg ambos por vía oral en pauta diaria, para el cáncer de ovario: Ciclofosfamida 50 mg vía oral diario + Bevacizumab 10 mg/kg peso iv cada 15 días, para el cáncer de mama: Ciclofosfamida 50 mg vo diario + Metotrexate 2.5 mg vo cada 12 horas dos días por semana y para el cáncer de colon: Utefos 400 mg vo diario + Bevacizumab 7.5 mg/kg peso iv cada 21 días.

Resultados: Todos los pacientes con cáncer de próstata respondieron, bajando el PSA (mediana de duración de la respuesta 8 meses) y mejoría de la clínica de dolor óseo en 4 pacientes que presentaban esta afectación. Los dos pacientes con cáncer de ovario experimentaron beneficio clínico con descenso del CA125 y estabilización radiológica 9 y 12 meses respectivamente. Los pacientes con cáncer de mama y colon no respondieron al tratamiento. La tolerancia fue excelente en todos los pacientes, sin toxicidades grados 3 ó 4.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer de próstata y ovario presentaron las mejores respuestas, equiparables a las

de muchos tratamientos estándar en enfermedad avanzada. Esta es una opción a tener en cuenta en pacientes ancianos o frágiles, dada su buena tolerancia. Revisada la literatura, nuestros resultados son equiparables a los publicados.

L-23

VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) EN PACIENTE TRATADA CON RITUXIMAB

Eva Rodríguez Checa, Isaac Ceballos, Raquel Hernández, Ayesa Méndez, Marta Llanos, Beatriz Alonso, Josefina Cruz, Rosa Delia García, Juana Oramas, José Norberto Batista.

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias.

Introducción y Objetivos: La vasculitis del SNC es la inflamación de los vasos cerebrales sin afectación en otros órganos de naturaleza granulomatosa crónica. Tiene sintomatología inespecífica.

Materiales: Presentamos el caso de una paciente mujer de 74 años diagnosticada en junio de 2006 de Linfoma no Hodgkin MALT gástrico estadio IAE, H.pylori positivo que se trata. En abril 2007 se objetivó recidiva (HP negativo). Inició quimioterapia esquema R-CVP (Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina y Prednisona) el 3.08.2007. Tres días después consultó por cefalea e hipertensión que evolucionaron a desorientación. En analítica destaca hiponatremia. En la RM craneal presenta lesión isquémica aguda en hemisferio cerebeloso izquierdo, captación meníngea generalizada. Se realizó punción lumbar (cultivo, serología vírica y citología negativos) y se inició tratamiento con corticoides.

Resultados: Clínicamente continuó desorientada, con inestabilidad en la marcha y apareció un déficit visual. La RM craneal muestra infartos lacunares agudos en territorio occipital bilateral y anomalía generalizada de vasos cerebrales sugestiva de vasculitis del SNC. En ecodoppler de tronco supraaórtico se objetiva aceleración de flujos en territorio intracraneal (apoya el diagnóstico). Ante estos hallazgos aumentamos la dosis de corticoides (prednisona 1g/día). El estudio complementario (enfermedades autoinmunes, serología infecciosa) fue negativo. Una semana después se estabilizó clínicamente. La RM craneal objetivó evolución de lesiones isquémicas agudas en ambos lóbulos occipitales y en ecodoppler disminución de velocidades de flujo de arterias intracerebrales (indica mejoría).

Conclusiones: Ante la sospecha clínica debemos plantearnos el diagnóstico diferencial con vasculitis sistémicas que afectan el SNC, enfermedades del tejido conectivo o secundaria a tóxicos. El tratamiento consiste en pulsos de corticoides a dosis descendentes o inmunosupresores. Tras

descartar otras etiologías y por la evolución del cuadro pensamos que la vasculitis fue secundaria al tratamiento farmacológico. En la literatura hemos encontrado casos de vasculitis cutáneas asociadas al Rituximab.

L-24

EXTRAVASACIÓN DE TRABECTEDINA(T). PRESENTACIÓN DE UN CASO CON SEVERA REACCIÓN LOCAL.

Javier Lavernia Giner*, Andrés Poveda*, Onofre Sanmartín**. **Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Dermatología. Fundación I.V.O.*

Introducción y Objetivos: Las extravasaciones son de las complicaciones más temidas en pacientes oncológicos. Provocan graves lesiones tisulares con severas secuelas. Trabectedina, Ecteinascidina, ET-743 o Yondelis® (T), es una droga con amplia proyección en la oncología actual con aprobación para el tratamiento de los Sarcomas de Partes Blandas (SPB) avanzados tras antraciclinas e Ifosfamida o cuando existe contraindicación para la administración de éstas. Se recomienda la administración de T en 24 horas y a través de cateter central. Si hay que recurrir a la vía periférica, se recomienda aumentar la dilución del fármaco para la administración en infusión. Comunicamos un caso de extravasación de T por vía periférica.

Materiales: Paciente de 48 años, diagnosticado de Liposarcoma Mixoide en tratamiento con T tras progresión a adriamicina e ifosfamida. Recibió un ciclo por una vía periférica al haberse retirado el reservorio (PAC) que portaba por infección del PAC y severa sepsis secundaria. Se procedió a la administración del fármaco en 1000 ml de SF a través de una vía periférica del brazo.

Resultados: Al finalizar la infusión de T se produjo la extravasación de escasa cantidad de fármaco en el punto de inyección, que causó severa reacción inflamatoria local 14 días después. En los días posteriores llegó a afectar la totalidad del brazo. El paciente ingresó en el servicio de Cirugía administrándose antibioterapia parenteral y se desbridó el área de extravasación por sospecha de abscesificación, que no se confirmó tras el desbridamiento. En los siguientes meses la evolución fue favorable, produciéndose la cicatrización de la herida por segunda intención y quedando una cicatriz mínima sin afectar la funcionalidad del brazo. Se insertó nuevo PAC manteniendo el mismo tratamiento hasta la progresión 14 meses después. Se presentan imágenes que documentan gráficamente el caso.

Conclusiones: La extravasación de T produce severa reacción local por lo que su administración debe efectuarse a través de cateteres centrales, exclusivamente.

L-25

LINFOMA HEPATOESPLÉNICO EN PACIENTE HIV

Isaac Ceballos Lenza, Marta Llanos Muñoz, José Norberto Batista López, Juana Oramas Rodríguez, Josefina Cruz Jurado, Beatriz Alonso Álvares, Rosa García Marrero, Raquel Hernández Sangil, Eva Rodríguez Checa, Ayesa Méndez Pérez.

Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Oncología Médica. La Laguna.

Introducción y Objetivos: Aproximadamente el 25-40 % de los pacientes HIV desarrollan una enfermedad maligna, en el 10% de los casos será un linfoma no Hodgkin (LNH) en su gran mayoría de células B y por lo general de grado intermedio o alto de malignidad.

Materiales: Paciente de 38 años con infección HIV e infección crónica por VHC que consulta por fiebre de 39- 40 °C de 14 días de evolución, astenia, disnea moderada, vómitos y distensión abdominal. A la exploración destacaba temperatura de 39°C y una hepatoesplenomegalia importante. En pruebas complementarias: CD4 124/µl; Hemoglobina: 7,7 g/dl, leucocitos 700 /mm³ (N 13,8%, L 54,3%), plaquetas 85.000/mm³, VSG 104 mm/h, LDH 2050 U/L, β2-microglobulina 4,14 mg/l. TAC de cuerpo: gran esplenomegalia hasta pala iliaca. Se realizó aspirado de medula ósea sugestivo linfoma células vellosas o Tricoleucemia. En la biopsia de medula ósea, se evidenció unos infiltrados focales de naturaleza linfoide, tamaño mediano y núcleo irregular positivos para CD3. Se inició esteroides, pero al persistir la pancitopenia se procedió a esplenectomía con el resultado de linfoma hepatoesplénico. El estudio de sangre periférica mostró leucemización del linfoma hepatoesplénico.

Resultados: Con el diagnóstico de linfoma hepatoesplénico leucemizado estadio IVB se inició quimioterapia con CHOP, con retrasos por infecciones bronquiales de repetición, falleciendo en abril de 2008 por neumonía sin datos de progresión por linfoma.

Conclusiones: El LNH hepatoesplénico es linfoma de células T poco frecuente, menos del 5%, mayor incidencia en varones jóvenes, se ha relacionado con estados de inmunosupresión pero nunca con infección HIV. Se presenta con síntomas B, esplenomegalia (100%), hepatoesplenomegalia (75%) y sin adenopatías, así como pancitopenia secundaria a síndrome hemofagocítico. El tratamiento de elección es CHOP o CHOP-like. La progresión de la enfermedad es a trombocitopenia severa, leucemia, infiltración cutánea, de mucosa oral o de riñón, con pronóstico malo, supervivencia inferior 24 meses. No hemos encontrado ningún caso publicado de linfoma hepatoesplénico en paciente HIV.

L-26

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON TUMOR CEREBRAL

Eva Carbajo Álvarez*, Patricia Gómez Carretero*, Vicente Monsalve Dolz*, Eugenio Palomares García, Sara Blasco Mollá, Nieves Del Pozo Alonso, Carlos Camps Herrero, Alfonso Berrocal Jaime.

*Servicio de Oncología Médica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. *Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: En los pacientes que presentan tumor cerebral, es frecuente la pérdida de determinadas funciones cognitivas, bien por el propio tumor, o por los tratamientos recibidos. por lo que es importante establecer una evaluación de las distintas áreas que pueden verse afectadas y la evolución del deterioro de las mismas. El objetivo de este trabajo se centra en describir las funciones cognitivas alteradas en pacientes con tumor cerebral y una supervivencia mayor de 2 años.

Materiales: Se realiza estudio descriptivo del deterioro cognitivo en 7 pacientes diagnosticados con Glioma, empleándose MMSE, Test del Reloj, BEC 96, Test de Barcelona, Trail Making Test A y B, Hamilton-ansiedad, BDI-depresión.

Todos los pacientes fueron derivados, tras diagnóstico e inicio de tratamiento clínico por el servicio de oncología, realizándose una evaluación basal en la Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud.

Resultados: La muestra estuvo formada por 4 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 59 años. Los resultados de la evaluación de las funciones cognitivas realizada se muestra en la tabla 1.

Conclusiones: Los resultados muestran prevalencia de trastornos del estado de ánimo frente a trastornos de ansiedad. De forma general, los pacientes evaluados mantienen una

función cognitiva normal (TRO) y, la mayor parte ellos, ausencia de demencia (MMSE), siendo el área más afectada la memoria. Estos pacientes cumplirían, por tanto, criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve (Petersen et al., 1997). Por todo ello, es conveniente realizar un seguimiento de la evolución del deterioro cognitivo y valorar si en alguna medida se estable alguna relación con la evolución de la enfermedad física y la calidad de vida de los pacientes.

L-27

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LINFOMAS NO HODGKIN (LNH) TRATADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Verónica González Orozco*, Natividad Martínez**, María Guirado**, Antonio Martínez***, Javier Gallego**, Elisa Gálvez**, Rosario Salgado*, Raúl Carrillo*, Álvaro Rodríguez-Lescure****.

** Residente del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche. ** Adjunto del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche. *** Adjunto del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Universitario de Elche. ****Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Elche.*

Introducción y Objetivos: Los LNH han experimentado un aumento de incidencia en los últimos años sin conocerse una causa clara. El LDCG es el más frecuente en las series publicadas. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer las características histológicas, clínicas, los tratamientos administrados y la evolución del los LNH tratados en nuestro medio en los últimos cinco años.

Materiales: Se revisaron las historias clínicas de todos los LNH tratados en nuestro Servicio entre enero de 2003 y enero de 2008 con una base de datos de 41 ítems.

Tabla 1.

Pac.	Ans.	Depr.	MMSE	TRO	Orient.	Leng.	Afas	Mem.	Prax.	Gnos.	Cálc.	Raz Abs	Func ejecut
1	-	*	*	*	*	*	*	*	*	-	-	*	*
2	*	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	*	*	-	*	*	-	*	*	*	*	*	*
4	*	*	-	-	*	-	-	-	-	-	*	-	*
5	-	-	-	-	-	-	-	*	-	-	-	-	-
6	*	*	-	-	-	-	-	*	-	-	*	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* Alteración de los resultados obtenidos - No significativo

Resultados: n=170. Se han revisado hasta el momento 50 casos. 21 hombres (42%) y 29 mujeres (58%). Edad mediana 60 años (57 hombres, 68 mujeres). Las histologías más frecuentes fueron el Linfoma Folicular 40% (20) y LDCG 28% (14). El linfoma del manto fue poco frecuente 2 (4%). 19 casos presentaban estadio IV al diagnóstico (38%), 16 por afectación medular (84.2%), de los cuales 10 eran Foliculares (52%). Síntomas B 24 (48%). FLIPI alto en 8/20 LF 40%. El IPI fue intermedio-alto en el 30% de los casos. La QT más utilizada fue CHOP-R (70%). RO 90% 36/40 (55%RC, 32.5%RP).

Supervivencia Mediana 34m. En el congreso se presentarán los datos definitivos de los 170 casos.

Conclusiones: En nuestro medio el Linfoma Folicular es el más frecuente, a falta de revisar todos los casos. Hasta un 58% son mujeres. El 30% presentan IPI intermedio- alto al diagnóstico. Las RO son similares a las de otras series publicadas en la era del Rituximab.

L-28

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN UN NUEVO DEPARTAMENTO DE SALUD: TORREVIEJA-SALUD

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torre Vieja-salud.

Introducción y Objetivos: El cáncer de cabeza y cuello es un tumor frecuente, con una incidencia de aproximadamente el 5-10% de la patología tumoral. Realizamos una revisión sistemática de cáncer de cabeza y cuello de nuevo diagnóstico. El objetivo es analizar la población de nuestro medio, sus características, tratamiento empleado y situación actual de los pacientes.

Materiales: revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de novo de cáncer de cabeza y cuello, y que hayan recibido un tratamiento oncológico activo, entre febrero y octubre de 2007. Encontramos 27 casos nuevos en dicho periodo (3 casos/mes), e indica una incidencia de 12 casos/100.000 habitantes/año.

Resultados: 6 mujeres (22,2%) y 21 varones (78.8%). Edad media: 62,5 años. Distribución: 40-50 años, 6 (22,2%); 51-60 años, 8 (29,6%); 61-70 años, 5 (18,4%) y mayores de 70, 8 (29,6%). Localización tumoral: labio y cavidad bucal: 9 pacientes (33,3%); orofaringe: 9 pacientes (33,3%); laringe: 7 pacientes (26%); glándulas submaxilares: 1 paciente (3,7%); hipofaringe: 1 paciente (3,7%). Únicamente 2 pacientes presentan metástasis (hepáticas ambos y óseas uno). En 16 pacientes no se ha realizado intervención quirúrgica sobre tumor primario y/o cadenas ganglionares (59,3%). Han recibido radioterapia 23 pacientes (85,2%), ya sea como tratamiento único (3 pacientes: 11,1%), combinada

con cisplatino (6 pacientes: 22,2%) o combinada con cetuximab (14 pacientes: 51,8%). Únicamente 4 pacientes no han recibido en el momento actual radioterapia (14,8%), aunque en 2 casos está prevista, 1 paciente no está prevista y 1 paciente denegó la continuación de tratamiento tras la primera dosis de quimioterapia. 3 pacientes han fallecido (11,1%): 2 por progresión y 1 muerte por sepsis.

Conclusiones: Presentamos una incidencia. Destaca el empleo cada vez mayor de cetuximab, debido a la menor toxicidad y que muchos de los pacientes en nuestro centro presentan gran morbilidad. Es necesario un seguimiento a largo plazo para ver resultados de supervivencia.

L-29

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

José David Cumplido Burón, Juan Carlos Toral Peña.
Servicio de Oncología Médica. Hospital Torre Vieja-salud.

Introducción y Objetivos: El cáncer de cabeza y cuello es una patología con una incidencia de aproximadamente el 5-10% de la patología tumoral. En pacientes añosos en gran cantidad de ocasiones la edad condiciona el tratamiento a realizar. El objetivo es describir las características de nuestra población y el tratamiento administrado

Materiales: Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de novo de cáncer de cabeza y cuello, y que hayan recibido un tratamiento oncológico activo, entre febrero y octubre de 2007. Encontramos 8 casos nuevos: 7 varones y 1 mujer.

Edad media es de 77,25 años con un rango de edad entre 73 y 80 años.

Resultados: Estadio tumoral: IIA en 3 pacientes (37,5%), III en 2 pacientes (25%) y IVA en 3 pacientes (37,5%). Localización tumoral: Cavidad oral en 4 pacientes (50%), faringe en 3 pacientes (37,5%), y laringe: 1 paciente (12,5%). La mitad de los pacientes se sometió a cirugía con intención radical, recibiendo posteriormente tratamiento complementario. Los otros 4 pacientes se optó por tratamiento quimiorradioterápico con intención radical. El tratamiento postoperatorio consistió en radioterapia concomitante con cisplatino en 2 pacientes (50% de los intervenidos) y radioterapia concomitante con cetuximab en los otros 2 pacientes. En cuanto a los 3 pacientes no sometidos a cirugía, a 2 se les ofreció la posibilidad de quimiorradioterapia con el fin de preservar órgano / función. Únicamente un paciente se consideró inoperable por criterio médico. El tratamiento consistió en radioterapia concomitante con cetuximab.

Conclusiones: La demografía de nuestra población hace que encontremos gran número de pacientes mayores de 70

años. El tratamiento no debe estar supeditado a su edad, sino a su performance, siendo en la mayoría de los casos subsidiarios de una actitud idéntica a pacientes jóvenes. Destacar el empleo mayoritario de cetuximab en lugar de cisplatino. Es necesario un seguimiento a largo plazo para ver resultados de supervivencia.

L-30

EXTRAVASACIÓN POR ANTRACICLINAS

Irene González Cebrián, Ricardo Collado, María Lomas, Jessyca Plata, Ana Laura Ortega, Rubén Alonso, Pedro Sánchez. *Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.*

Introducción y Objetivos: Es una complicación aguda pudiendo implicar defectos funcionales, psicológicas y retrasos terapéuticos. Aparecen 1-5%. Hay factores predisponentes derivados de características propias del paciente, del citostático y de la técnica. El tratamiento consiste en un diagnóstico precoz, uso de antídoto, quedando la cirugía reservada para lesiones profundas.

Materiales: Mujer de 50 años sin antecedentes, consulta en Noviembre 2008 por tumoración en la mama izquierda. Tras citología compatible con malignidad se realizó tumorectomía y ganglio centinela. Con histología de carcinoma ductal infiltrante (pT1No Mx) G3, positividad para progesterona (90 %) y negatividad para estrógenos y Her 2 pasa a Oncología realizándose estudio de extensión. Con estadio Ic (pT1, N0, M0) inicia quimioterapia adyuvante esquema FEC 600,90,600 /21 días.

Resultados: Tras primer ciclo de FEC, durante la infusión de epirrubicina consultan por la aparición de lesiones maculares junto con prurito palmar y tercio distal de brazo derecho, motivo por el cual se decide disminuir la velocidad de infusión. Despareciendo éstas. 48 horas postratamiento la paciente acude a Urgencias refiriendo dolor, edema y lesiones ampollas desde mano hasta tercio medio de brazo derecho. Ante la sospecha de extravasación por citostático se inicia protocolo con DMSO 99 %, frío local, analgesia y profilaxis antibiótica intravenosa. Las lesiones evolucionan favorablemente sin necrosis ni infección, pero con retracción en fascia palmar, iniciando rehabilitación con recuperación total de la funcionalidad.

Conclusiones: Se trata de una extravasación de antraciclina " atípica" ya que en los primeros minutos se pensó en una reacción de hipersensibilidad dadas las características y evolución de las lesiones y no presentar signos de extravasación en el área de la venopunción; habiendo que esperar 48 horas para que la aparición de lesiones ampollas nos hicieran pensar en una extravasación.

L-31

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES VALORADOS EN EL COMITÉ DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO (TCC) Y DE LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS TOMADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY

Francisco Aparisi Aparisi*, José Ponce*, José Manuel Sastre*, José Clemente**, Araceli Moreno**, Federico Degrado***.

* *Unidad de Oncología Médica del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.* ** *Radioterapia IVO Alcoy.* *** *Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.*

Introducción y Objetivos: El tratamiento de los TCC requiere una evaluación multidisciplinar. Nuestro centro cuenta con 6 otorrinolaringólogos, 4 oncólogos médicos y 2 oncólogos radioterapeutas, que participan directa o indirectamente en el comité de TCC.

Materiales: Han sido revisados de forma retrospectiva los pacientes vistos por primera vez en dicho comité desde enero del 2007 hasta abril de 2009 (28 meses), revisando las actas del comité y las historias clínicas de los pacientes.

Resultados: 42 pacientes: varones 40 (95.2%). Mediana de edad 62 años (44-85). Son > 70 años 9 (21.4%). PS-0: 10 (23.8%); PS-1: 25 (59.52%); PS-2: 6 (14.28%); PS-3: 1 (2.3%). Comorbilidades: 0: 10 (23.8%); 1: 14 (33.33%); 2: 3 (7.14%); > 2 15 (35.71%). Pérdida de peso > 10% presente: 11 (26.19%); ausente 18 (42.85%), no aportada: 13 (30.95%). Localización: Laringe 26 (61.9%) (glótica: 15 (35.71%); supraglótica 10 (23.80%) y subglótica 1 (2.38%); cavidad oral-lengua 7 (16.66%); faringe 4 (9.52%); amígdala 2 (4.76%); senos paranasales: 2 (4.76%); labio 1 (2.38%). Histología: epidermoide 40 (95.23%); adenocarcinoma 1 (2.38%); 1 carcinosarcoma (2.38%). Son G1: 18 (42.85%); G2: 6 (14.28%), G3: 8 (19%); no aportado 10 (23.80%). Estadío: I: 3 (7.14%); II: 7 (16.66%); III: 8 (19%); IV-A: 22 (52.38%); IV-B: 2 (4.76%). Tratamiento: Cirugía más QT-RT adyuvante: 10 (23.80%); Quimioterapia neoadyuvante seguida de QT-RT : 9 (21.42%), Radioterapia : 8 (19.04%); cirugía : 6 (14.28%); QT-RT : 5 (11.9%); Cirugía seguida de radioterapia : 3 (7.14%); quimioterapia: 1 (2.38%). Cirugía radical realizada en 12 pacientes (28.57%). QT-RT concomitante recibida 24 (57.14%). Tipo de QT: CDDP semanal 10 (41.6%); CDDP trisemanal 6 (25%); C-225 6 (25%); CBDCA 1 (4.16%); CDDP-VNR 1 (4.16%).

Conclusiones: Mostramos una población predominantemente masculina, de edad avanzada, con comorbilidades y con neoplasias localmente avanzadas de laringe y cavidad oral, tratados de forma multidisciplinar.

L-32

COMITÉ DE TUMORES DIGESTIVOS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY: SERIE DE CASOS EXPUESTOS DURANTE EL AÑO 2008

José Ponce Lorenzo*, Araceli Moreno**, María Planelles***, José V. Vidal****, Clara Verdú****, Nieves Pérez****, Aniceto Gracia*****, Francisco Aparisi*, José Clemente**, Amparo Oltra*.

*Unidad de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios. **Oncología Radioterápica. IVO Alcoy. ***Anatomía Patológica. H. Virgen de los Lirios. ****Digestivo médica. H. Virgen de los Lirios. *****Cirugía general. H. Virgen de los Lirios. *****Radiodiagnóstico. H. Virgen de los Lirios.

Introducción y Objetivos: Disponemos de diferentes armas terapéuticas para tratar los tumores malignos digestivos: cirugía, radioterapia y quimioterapia. El tratamiento de los pacientes oncológicos con tumores digestivos (TD) requiere un manejo multidisciplinar.

Materiales: Nuestro comité de TD se reúne semanalmente. Compuesto por: cirugía, digestivo, radiología, anatomía patológica, oncología radioterápica y médica. Hemos analizado retrospectivamente las características de los casos expuestos durante el año 2008, tanto de los tumores digestivos como de aquellos que debutan relacionados con el área.

Resultados:

- Número de comités: 42. Mediana de asistentes: 13. Mediana de diferentes especialidades presentes: 5. Mediana de casos: 7. Total de casos: 265. Tumores malignos: 233. Patología benigna: 32. Total de casos en estadios avanzados (AV): 100. Estadios iniciales o localmente avanzados (LOC): 133.
- Casos de cáncer de colon: 83 (42 AV, 41 LOC); recto: 69 (10 AV, 59 LOC); páncreas: 17 (10 AV, 7 LOC), vía biliar/ampuloma: 10 (6 AV, 4 LOC); gástrico: 9 (2 AV, 7 LOC); carcinoma de origen desconocido: 6 (6 AV); tumores ginecológicos: 6 (6 AV); sarcoma de partes blandas: 6 (6 LOC); tumores urológicos 5 (5 AV); esófago: 4 (1 AV, 3 LOC); hepatocarcinoma: 4 (3 AV, 1 LOC), linfoma 4 (2 AV, 2 LOC), anal: 3 (0 AV, 3 LOC), pulmón 3 (2 AV, 1 LOC), suprarrenal 2 (1 AV, 1 LOC), tiroides: 2 (1 AV, 1 LOC), sarcoma gastrointestinal 1 (1 LOC), Melanoma 1 (1 AV).

Conclusiones: El número de casos expuestos justifica la existencia de un comité con periodicidad semanal en nuestro centro. Existe compromiso entre las distintas especialidades y un nivel alto de asistencia. Se objetiva alta prevalencia de CA colorrectal respecto a demás localizaciones. La mayoría de CA de páncreas y vía biliar y los extradi digestivos se encuentran en situación AV. En CA de recto y gástrico predominan los estadios LOC.

L-33

METÁSTASIS COROIDEAS AL DIAGNÓSTICO: UNA SERIE DE CASOS

María Tobeña Puyal*, Diana Pérez**, Ana Isabel Ferrer*, Ma^a Jesús Vidal*, Sara Serrano*, Isabel Pajares*, David López*, Valerie Rodríguez*, Julio Lambea*, Alejandro Tres*.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza**.*

Introducción y Objetivos: La neoplasia ocular más frecuente son los carcinomas metastásicos. El carcinoma de pulmón en el varón y el de mama en mujeres son los orígenes primarios más comunes, seguidos de los carcinomas del tracto digestivo. La afectación oftalmológica como debut del cuadro clínico es poco común, y la severidad de la afección sistémica hace que habitualmente pasen desapercibidas, por lo que su incidencia está infraestimada. Presentamos una serie de casos de metástasis coroideas como forma de presentación inicial. Evaluamos origen primario y terapia.

Materiales: Se recogieron los 5 pacientes diagnosticados en nuestro hospital, entre Agosto de 2006 y Abril de 2009, de metástasis coroideas como presentación inicial de enfermedad neoplásica. Analizamos origen primario, clínica y actitud terapéutica.

Resultados: De los 5 pacientes, 3 (60%) eran mujeres. La clínica de presentación fue reducción del campo visual en 2 pacientes (40%) y metamorfopsias en 3 (60%). Como origen primario se identificó neoplasia pulmonar en 2 casos (1 adenocarcinoma, 1 carcinoma microcítico), adenocarcinoma de páncreas en 2 casos, y 1 tumor de origen endocrino. Uno de los pacientes se consideró candidato a recibir braquiterapia ocular.

Conclusiones: Las metástasis coroideas como presentación inicial de una neoplasia son poco comunes.

Los orígenes primarios identificados con mayor frecuencia son los carcinomas de pulmón, mama y digestivos, siendo la braquiterapia oftálmica el tratamiento local de elección.

L-34

UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DEL PET METIONINA EN LOS TUMORES CEREBRALES

Sonia Tejada Solis, Ricardo Diez Valle, * Javier Arbizu Lostao, José Javier** Aristu Mendioroz, Leire** Arbea Moreno, Jaime** Espinós Jiménez.

Neurocirugía, medicina nuclear, oncología médica y radioterápica**.*

Introducción y Objetivos: En aquellos casos en los que las imágenes de resonancia planteaban alguna duda diagnóstica en los gliomas se utilizó el PET-metionina para completar el diagnóstico. En el tratamiento quirúrgico se fusionaron en el neuronavegador con las imágenes obtenidas en la resonancia magnética.

Materiales: Entre julio 2007 y febrero 2009 18 pacientes con diagnóstico de glioma fueron seleccionados para la realización de un PET con metionina preoperatorio. Los casos en los que se planteó la necesidad de esta prueba complementaria fueron:

1. Recidiva de glioblastomas, para diferenciarlos de radionecrosis (9 pacientes).
2. Tumores gliales de bajo grado en los que se sospechaba la existencia de áreas de anaplasia (5 pacientes).
3. Tumores gliales de bajo grado en los que no estaba clara la extensión tumoral y la del edema perilesional (4 pacientes). Las imágenes del PET y de la RM se fusionaron utilizando el programa *iplanet* de BrainLab previo a la intervención y sobre estas imágenes se planeó la estrategia quirúrgica.

Resultados: Las imágenes de PET-met permitieron: 1. Conocer la posibilidad de extirpación completa de una lesión tumoral; 2. En tumores no resecables en su totalidad a) realización de la biopsia en el lugar de más actividad tumoral; b) realización de una extirpación parcial incluyendo las áreas de mayor grado. Solo un paciente presentó un nuevo déficit postoperatorio.

En todos se obtuvo muestra suficiente para el diagnóstico anatomopatológico. La resonancia postoperatoria realizada en las primeras 72hs tras la cirugía confirmó que se habían conseguido extirpar o biopsiar (según fuera el objetivo de la intervención) las áreas de mayor actividad del PET metionina en todos los casos.

Conclusiones: El PET metionina es una herramienta de gran utilidad para complementar el diagnóstico de algunos tumores cerebrales, y además permite una planificación de la técnica quirúrgica más precisa y mejor calidad del material que se envía al laboratorio de anatomía patológica para el diagnóstico definitivo.

L-35

BIOQUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL MELANOMA METASTÁTICO: RESULTADOS EN PACIENTES SELECCIONADOS

Beatriz González Astorga, Berta Jiménez, Javier Valdivia, Juan Ramón Delgado, Victoria Castellón, Encarnación González, Raquel Luque, Verónica Conde, Arantza González, Pedro Ballesteros.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción y Objetivos: Para los pacientes con enfermedad diseminada el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia e inmunoterapia, usadas solas o en combinación. La bioquimioterapia es una combinación de agentes citotáticos y biológicos, que ha demostrado un incremento en la tasa de respuestas en dichos pacientes. Los objetivos son evaluar tasa de respuestas, supervivencia libre de progresión, supervivencia global y toxicidad del tratamiento.

Materiales: Análisis retrospectivo de 14 pacientes (6 mujeres, 8 varones) con melanoma metastático tratados desde Enero de 2002 a Abril de 2009 con: cisplatino 20 mg/m²IV d1-4, dacarbacina 800 mg/m²IV d1, vinblastina 1.5 mg/m²IV d1-4, IL-2 9M/m² SC d5-8, INF-alfa 5M/m²SC d5-9,11,13 y 15; soporte de G-CSF y antibiótico. Se incluyeron pacientes con ECOG 0, edad < 65 años y enfermedad medible. El número de ciclos previsto fue de 4. La respuesta se midió por TAC según criterios RECIST +/- PET. La toxicidad se midió según los criterios de toxicidad del NCI.

Figura 1. Tasa de respuesta.

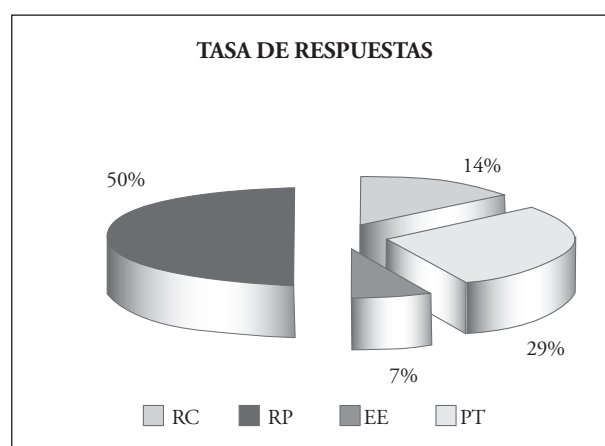


Figura 2. Supervivencia libre de progresión.

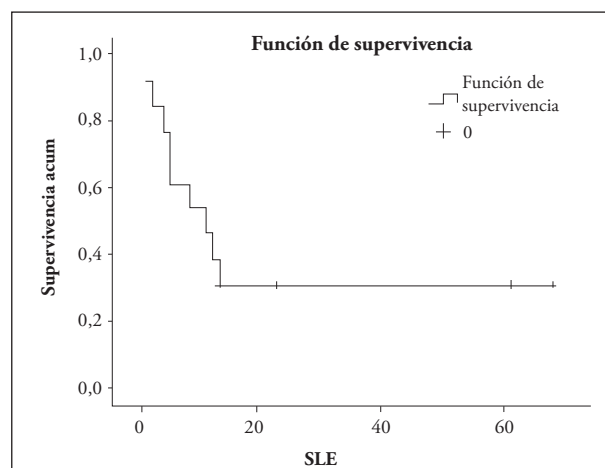
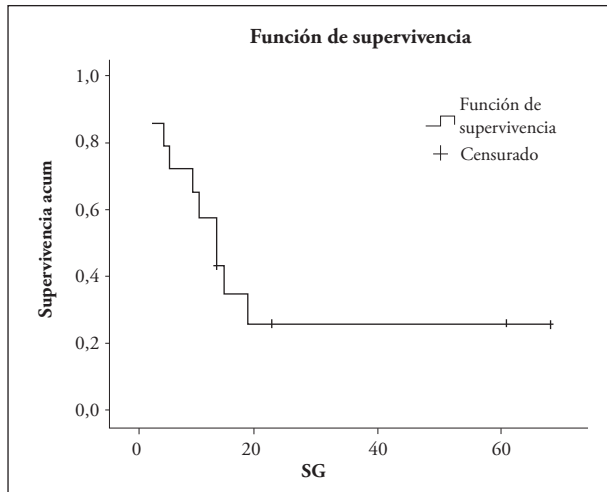


Figura 3. Supervivencia global.

Resultados: La mediana de edad fue de 50 años (32-65). Las tasa de respuestas observadas fueron: 14% RC, 29% RP, 7% EE y 50% PT. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 12 meses (IC 95%, 3.7-20.2 m). La mediana de supervivencia global fue de 14 meses (IC 95%, 8.5-19.4 m). El 83% presentó toxicidad grado 3-4, fundamentalmente neutropenia, plaquetopenia y síndrome pseudo gripal.

Conclusiones: Nuestros datos de eficacia con tasas de respuesta del 43% y mediana de tiempo hasta la progresión de 12 meses son superiores al los del tratamiento estándar con Dacarbazina. Hubo un 14% de largos supervivientes, que obtuvieron una respuesta completa y ambos con afectación ganglionar exclusiva. El tratamiento con bioquimioterapia ha demostrado un incremento en la tasa de respuestas, consiguiéndose algunas respuestas completas duraderas pero con una alta toxicidad, por lo que aún no puede considerarse un tratamiento estándar y debería valorarse sólo en pacientes seleccionados.

L-36

ENFERMEDAD DE HODGKIN Y HIV CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE LA QUIMIOTERAPIA

Ana López-González*, Cristina Minguito+, Constanza Maximiano*, Ricardo Cubedo*, Alberto Díaz de Santiago+, Pablo Chicharro +, Manuel Gil +, Mariano Provencio*, Pilar España*.

*Servicio de Oncología Médica. + Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción y Objetivos: La enfermedad de Hodgkin no se considera criterio diagnóstico de SIDA a pesar de que la incidencia es de 8 a 11 veces mayor en la población VIH positiva. La terapia antirretroviral ha mejorado al mortalidad y morbilidad de estos pacientes, pero la incidencia de linfoma de Hodgkin no ha disminuído. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la evolución y las complicaciones a la quimioterapia en pacientes con VIH y linfoma de Hodgkin.

Materiales: Analizamos 547 pacientes diagnosticados de linfoma de Hodgkin. La supervivencia estimada a los 5, 15 y 20 años fue del 81%, 72% y 65% respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad en esta serie fue del 83% a los dos años y del 68% a los cinco años. Entre estos 547 pacientes, 6 (1.1%) eran previamente VIH positivos.

Resultados: La media de linfocitos CD4 al diagnóstico fue de 327. El 66% de los casos eran estadios limitados; la histología más frecuente fue la esclerosis nodular (50%). La presentación extranodal fue de un 50% de los casos. El 83% de los pacientes no precisaron ingreso durante el tratamiento de quimioterapia por infecciones oportunistas. El 50% de los pacientes que sobrevivió eran los que estaban recibiendo la triple terapia antirretroviral en el momento del diagnóstico. Ninguno de estos pacientes tuvo una recaída.

Conclusiones: Los pacientes con linfoma de Hodgkin y VIH tuvieron características distintas a los pacientes VIH negativos, con predominio de estadios limitados y poca histología desfavorable. Detectamos alta tasa de afectación extranodal. La media de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico fue mayor que la que encontramos en la literatura, causa probable de la baja tasa de infecciones oportunistas encontradas. El número de infecciones no fue superior que el los pacientes VIH negativos. Los pacientes tratados con terapia antirretroviral antes del diagnóstico del linfoma de Hodgkin tuvieron mejor pronóstico.

L-37

IMPLEMENTACIÓN DE LA CONSULTA DE PSICOONCOLOGÍA Y PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LOS OCHO PRIMEROS MESES DE ACTIVIDAD EN EL HOSPITAL LA MANCHA CENTRO

M^a del Carmen Jiménez Ávalos, Natallia López-Casero, Esther Botet, Sara Cerezo, Ana García, Belén Sánchez, Ruth Espinosa.

Servicio de oncología. Hospital La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

Introducción y Objetivos: El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer genera un considerable impacto emocional sobre los pacientes y sus familias al asociarse muy

frecuentemente con la idea de dolor y/o muerte. Puede ser considerado como un estresor potente que puede producir reacciones afectivas e incluso trastornos emocionales. La integración de psicólogos en el campo de la oncología tiene entre sus objetivos el de amortiguar ese impacto emocional, facilitando la adaptación a la enfermedad.

Objetivo: Describir la actividad asistencial de la consulta de Psicooncología en sus primeros ocho meses de funcionamiento y obtener el perfil sociodemográfico del paciente oncológico que es derivado a la misma

Materiales: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado mediante la revisión de historias clínicas de pacientes oncológicos derivados entre septiembre de 2008 y mayo de 2009.

Resultados: Se atendieron en total a 46 pacientes, con una media de edad de 55,32 años (rango 27 – 87, DT= 14, 62); El 30% de ellos eran hombres y el 70% mujeres. El tumor más frecuente fue el de mama (40%). El 30% tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos previos. El 67% de las intervenciones psicológicas efectuadas se centraron en ofrecer apoyo emocional al paciente, en el 19% de los casos se realizó un tratamiento psicológico, y en el 16% se dio también apoyo emocional a familiares.

Conclusiones: El perfil del paciente atendido en la consulta de psicooncología corresponde a una mujer en torno a 55 años, con diagnóstico de cáncer de mama y sin antecedentes de trastornos mentales, a la que se suele dar apoyo emocional para favorecer el proceso de afrontamiento a la enfermedad.

L-38

EFICACIA DE FOTEMUSTINA EN MELANOMA METASTÁSICO CON AFECTACIÓN CEREBRAL

José Luis González Larriba¹, Juan de Álvaro², Vicente Escrig³, Rosa Delia García⁴, Joaquín Montalar⁵, Javier Munárriz⁶, José Muñoz⁷, Ana María Sánchez⁸, Manuel Valladares⁹, Javier González¹⁰

¹Servicio de Oncología (SO), Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²SO-Hospital Comarcal, La Línea de la Concepción; ³SO-Hospital Clínico de Valencia; ⁴SO-Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife; ⁵SO-Hospital La Fe, Valencia; ⁶SO-Hospital Provincial de Castellón; ⁷SO-Hospital Doctor Peset, Valencia; ⁸SO-Hospital Universitario de Getafe; ⁹SO-Hospital Juan Canalejo, La Coruña; ¹⁰Departamento Médico, ITALFARMACO, S.A.

Introducción y Objetivos: Los agentes alquilantes de tipo nitrosurea atraviesan la barrera hemato-encefálica y tienen actividad sobre tumores cerebrales primarios y metástasis cerebrales (MTXc) de otros tumores sólidos.

Objetivos: Se ha evaluado retrospectivamente la eficacia de la nitrosurea de tercera generación fotemustina (FTMS) en pacientes con melanoma metastásico y MTXc.

Material y Métodos: Se recogieron datos de historias clínicas de 170 pacientes: mediana edad 61 años (20 – 87); localización metástasis 45% ganglios, 41% pulmón, 38% hígado, 34% piel, 18% hueso, 17% cerebro.

Resultados: En pacientes con MTXc (n = 17): progresión de la enfermedad (PE) = 41% (7 pacientes), enfermedad estable (EE) = 35% (6p), respuesta parcial (RP) = 18% (3p), respuesta completa (RC) = 6% (1p); en pacientes sin MTXc (n = 142) PE = 53% (75p), EE = 30% (43p), RP = 14% (20p), RC = 3% (4p). Mediana de supervivencia libre de progresión 84 días (IC 95% 71 – 109) sin MTXc vs 95 días (IC 95% 42 – ...) con MTXc; mediana de supervivencia global 203 días (IC 95% 172 – 289) sin MTXc vs 141 días (IC 95% 77 – ...) con MTXc.

Conclusiones: Fotemustina es eficaz en pacientes con melanoma estadio IV y metástasis cerebrales, con un control de la enfermedad similar al de pacientes sin afectación cerebral.

L-39

TRATAMIENTO CON DOCETAXEL GEMCITABINA EN SARCOMAS DE PARTES BLANDAS: TOXICIDAD Y ACTIVIDAD

Virginia Martínez Marín, Andrés Redondo, Beatriz Castelo, Álvaro Pinto, Cristina Aguayo, Víctor Moreno, Enrique Espinosa, Pilar Zamora, Jaime Feliu, Manuel González-Barón.

Servicio de Oncología Médica-Hospital Universitario La Paz.

Introducción y Objetivos: El esquema docetaxel-gemcitabina (DG) ha mostrado ser activo en sarcomas avanzados, principalmente en el leiomioma. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de este tratamiento en una serie de sarcomas de partes blandas (SPB) tratados en el Hospital Universitario La Paz.

Materiales: Se analizaron retrospectivamente 13 pacientes con SPB recidivado que fueron tratados en nuestro hospital, entre diciembre de 2004 y abril de 2009, con el siguiente esquema: gemcitabina 900 mg/m² los días 1 y 8 y docetaxel 75mg/m² día 8, con soporte G-CSF.

Resultados: La mediana de edad fue 50 años (29-68). Un 70% de los pacientes había recibido previamente quimioterapia adyuvante con ifosfamida-epirrubicina y un 77% radioterapia adyuvante. El 38,5% de los tumores eran leiomiomas, el 15,4% liposarcomas y el resto otros subtipos histológicos. DG fue administrado como 1ª línea para la enfermedad avanzada en un 46% de los pacientes y como 2ª línea en otro 46%. El 46% recibió al menos 6 ciclos y

el 77% no requirió reducción de dosis. No hubo toxicidad grado 4, presentando 5 pacientes toxicidad grado 3 (diarrea 31% y anemia 8%). El resto fueron toxicidades grados 1-2, predominando la astenia (61,5%). En los pacientes con enfermedad medible las tasas de respuesta parcial, enfermedad estable y enfermedad progresiva fueron del 20%, 30% y 50% respectivamente. La mediana de tiempo hasta la progresión (TTP) fue de 3 meses (rango 0,9-11,6), y un 27,3% de los pacientes, que en su mayoría recibieron DG como 1ª línea, tuvo un TTP > 7 meses. La mediana de supervivencia global desde el inicio de DG fue de 9 meses.

Conclusiones: En nuestra experiencia el esquema DG a las dosis referidas obtiene una moderada eficacia en SPB recidivados, asociándose a un perfil de toxicidad aceptable.

L-40

TUMORES DE CABEZA Y CUELLO EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL NUEVO HOSPITAL INFANTA LEONOR

Ana López-Alfonso, Nuria Rodríguez, Carmen González, Almudena Martín, Miguel Ángel Lara.

Unidad de Oncología Médica. Hospital Infanta Leonor.

Introducción y Objetivos: El carcinoma de cabeza y cuello comprende una serie heterogénea de tumores, que se desarrollan en distintos lugares del área otorrinolaringológica. Es una enfermedad con una incidencia creciente, que representa el 5% de todos los tumores en el varón adulto. Presentamos los resultados de un análisis descriptivo realizado en el H. Infanta Leonor en el transcurso de su primer año de apertura. **Materiales:** Presentamos las características descriptivas en cuanto a sexo, histología, localización del tumor primario dentro del área ORL, estadio y primera maniobra terapéutica realizada de 19 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón entre Abril/08 a Abril/09.

Resultados: Los datos mostraron una totalidad de incidencia en varones (100%), con un predominio de tumores de estirpe epitelial (78,9%), seguido de indiferenciado (5,3%). Respecto a su localización, los más frecuentes encontrados fueron en laringe (36,8%) seguidos por cavidad oral con un 31,6% del total de los casos. Un 21,1% correspondieron a tumores de faringe. Un 5,3% fueron tumores de parótida y otro 5,3% correspondieron a tumores de senos paranasales. Por estadios la mayoría debutó en estadio III (42,1%), seguido por estadio IV (26,3%), estadio II (15,8%) y un 5,3% en estadio I. En cuanto a la actitud terapéutica planteada en un primer tiempo; un 42,1% recibió tratamiento QT neoadyuvante, un 15,8% recibió QT, otro 15,8% recibió QT concomitante con RT. Un 10,5% se derivó para cirugía. Solo un 5,3% realizó seguimiento de inicio.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja los datos reflejados en la literatura donde el prototipo de paciente con carcinoma de cabeza y cuello es un varón diagnosticado de un carcinoma de estirpe epitelial y que debuta en estadios avanzados o localmente avanzados. Nuestro estudio también refleja la tendencia actual creciente de realizar QT de inducción en estos pacientes. Llama la atención la incidencia tan alta de tumores de cavidad oral.

L-41

SARCOMAS GINECOLÓGICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 34 PACIENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC)

Raquel Hernández Sangil, Josefina Cruz, Eva Rodríguez, Isaac Ceballos, Ayesa Méndez, Rosa Delia García, Marta Llanos, Luz Milva Rodríguez, Juana Oramas, José Norberto Batista.

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias.

Introducción y Objetivos: Los sarcomas ginecológicos son tumores que se presentan con baja incidencia. La mayoría están localizados en el útero, suponiendo un 3-7% de las neoplasias uterinas. Describir las características de los sarcomas ginecológicos en el HUC.

Materiales: Se revisaron retrospectivamente 34 historias de pacientes diagnosticadas de sarcomas ginecológicos en el HUC entre los años 1996 y 2008. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos.

Resultados: La edad media fue de 59 años (rango 26-85). 27 pacientes presentaban el tumor localizado en el útero, 3 en el ovario, 2 en la vulva. La histología más frecuente fue sarcoma estromal (11 pacientes), seguido de mülleriano (7) y leiomiomasarcoma (6). Los grados histológicos sólo pudieron obtenerse de 19 pacientes (G1y2=10, G3=9). Al diagnóstico 3 pacientes presentaron enfermedad a distancia. Durante la evolución de la enfermedad 17 pacientes recibieron radioterapia (12 adyuvante) y 17 quimioterapia (6 adyuvante). El esquema de quimioterapia más utilizado en adyuvancia fue Adriamicina e Ifosfamida (5 pacientes). Cuando progresó la enfermedad 12 recibieron quimioterapia paliativa, de las que 5 recibieron 4 o más líneas de tratamiento. La mediana de supervivencia global fue de 4 años. Resaltamos el caso de una paciente de 70 años diagnosticada de un leiomiomasarcoma con enfermedad diseminada (partes blandas escapular) que se trató con Temozolamida (dentro de ensayo clínico) y obtuvo una respuesta completa (5años).

Conclusiones: Los sarcomas ginecológicos son neoplasias raras. Principalmente las encontramos localizadas en el útero y la histología más frecuente es de sarcoma estromal. La cirugía puede resultar curativa en los casos que el tumor se

encuentra localizado. Cuando la enfermedad está diseminada el tratamiento estándar es la quimioterapia existiendo en la actualidad fármacos que consiguen respuestas parciales y estabilizaciones en algunos casos prolongadas. Por todo ello es importante contar con equipos multidisciplinares para la optimización del diagnóstico y tratamiento individualizando cada caso.

L-42

SARCOMAS DE PARTES BLANDAS (SPB): EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (HUC)

Eva Rodríguez Checa, Josefina Cruz, Raquel Hernández, Isaac Ceballos, Ayesa Méndez, Rosa Delia García, Beatriz Alonso, Marta Llanos, Juana Oramas, José Norberto Batista. *Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Canarias.*

Introducción y Objetivos: Los SPB son un grupo heterogéneo de tumores, con distinto comportamiento clínico. Describir las características clínicas y epidemiológicas SPB del HUC.

Materiales: Se revisaron de forma retrospectiva las historias de 142 pacientes diagnosticados de SPB (34 eran sarcomas ginecológicos que excluimos de este estudio), entre los años 1990-2008 en el HUC. Se recogieron datos clínicos y patológicos.

Resultados: De 108 pacientes incluidos, la mediana de edad fue 53 años (rango 16-87), 46 (43%) estaban localizados en extremidades, 16 (15%) pared torácica o abdominal, 15 (14%) cabeza y cuello y 22 (20%) viscerales. 46 hombres (43%). Los subtipos histológicos más frecuentes fueron leiomioma 19 (18%), fibrosarcoma 16 (15%), fibrohistiocitoma 13 (12%) y schwannoma 11(10%). En el curso de la enfermedad, 102 (94%) requirieron cirugía, 54 (50%) quimioterapia y 52 (48%) radioterapia. Al diagnóstico 93 (86%) eran localizados; de ellos 47 (51%) tenían un tamaño > 5 cm. 92 (85%) pacientes se sometieron a cirugía con intención radical, obteniendo 69 (75%) bordes libres. 18 (20%) recibieron quimioterapia y 39 (42%) radioterapia como tratamiento complementario. La recidiva local en pacientes operados con intención radical fue 28 (31%); significativamente menor si obtuvieron bordes libres (16 de 69, 23% frente 12 de 22, 55%; $p=0.007$). Dentro de los pacientes con bordes libres, los que recibieron radioterapia adyuvante recidivaron 3 de 26 (11%) frente a 13 de 42 (31%) ($p=0.059$). La mediana de supervivencia global(SG) fue 10 años y del intervalo libre de enfermedad 14 meses. La mediana de SG en pacientes operados con intención radical y bordes

libres tras cirugía fue mejor que bordes afectos (17 vs 4 años, $p=0,002$).

Conclusiones: Encontramos gran heterogeneidad respecto a la localización y los subtipos histológicos. En estadios localizados es importante realizar una adecuada cirugía radical y tratamiento complementario para disminuir el riesgo de recidiva local y mejorar la SG. Para ello es imprescindible contar con un comité multidisciplinar donde evaluar e individualizar cada caso.

L-43

TEMOZOLAMIDA EN MELANOMA COROIDEO METASTÁSICO

Nieves Del Pozo Alonso, Alfonso Berrocal, Sara Blasco, Ana Blasco, Eugenio Palomares, Miguel Berzosa, Amparo Iraola, Patricia Olmo, Vega Iranzo, Carlos Camps. *Servicio de Oncología Médica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

Introducción y Objetivos: El melanoma coroideo supone un subtipo poco frecuente de melanoma, con registro de series cortas, consiguiendo supervivencias medias de 7 meses. El objetivo de este estudio, es evaluar la eficacia y toxicidad de la temozolamida en primera línea en pacientes con melanoma coroideo metastático.

Materiales: Se han revisado las historias clínicas de 5 pacientes con melanoma coroideo metastáticos tratados con temozolamida a dosis de 200mg/m² días 1-5 cada 28 días.

Resultados: Se han revisado las historias clínicas de 5 pacientes, 3 varones y 2 mujeres, con edad media de 64.2 años. Uno de los melanomas coroideo era de subtipo epiteloide. En un caso existía afectación pulmonar exclusiva y en el resto al menos afectación hepática. El 60% presentaba LDH por encima de valores normales y el 80% tenía ECOG 0 ó 1. Ningún paciente había recibido inmunoterapia previa con interferón.. La supervivencia media fue de 26.2 semanas con rango entre 4.4 -55. Un 40% presentaron enfermedad estable sin obtenerse respuestas objetivas. Se administró una media de 2'8 ciclos por paciente, rango 2-5, con aparición de un episodio de trombocitopenia grado 2. Se registraron 3 episodios de neutropenia G2 y un episodio de anemia G2. La toxicidad no hematológica más frecuente fue náuseas- vómitos grados 1-2 en el 60% de los casos.

Conclusiones: Al igual que en trabajos previos, no se han conseguido respuestas objetivas con temozolamida, alcanzando únicamente estabilizaciones breves de la enfermedad. Los resultados referentes a toxicidad confirman que es un esquema bien tolerado, aunque no se puede recomendar el uso de temozolamida en este tipo de pacientes por la falta de respuesta.

L-44

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN CARTAGENA. EXPERIENCIA DEL COMITÉ DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL

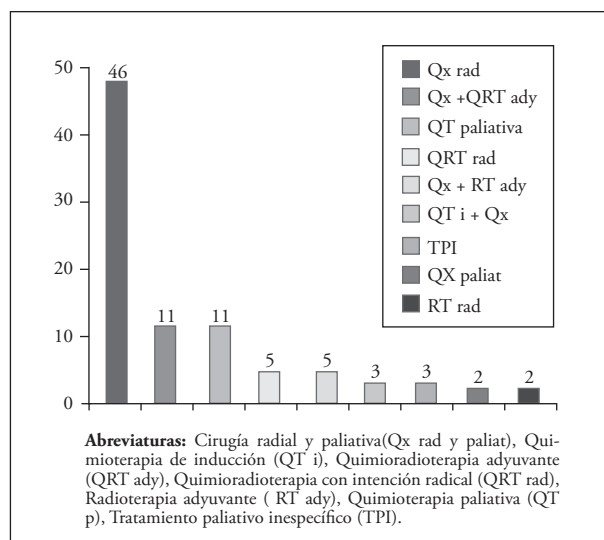
María José Martínez Ortiz, Pablo Cerezuela, Jerónimo Martínez, Tomás Esteban*, Manuel Acosta**, Carlos Sánchez***, Antonio López****, Pedro Pablo Escolar*****, Rosa Clavel*, José María Barón.

*Oncología Médica, * Otorrinolaringología, ** Cirugía Maxilofacial, *** Anatomía Patológica, **** Radiodiagnóstico, ***** Radioterapia Instituto Oncológico del Sureste, Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena (Murcia).*

Introducción y Objetivos: Con el nombre de cáncer de cabeza y cuello se denomina a un grupo de tumores de heterogénea histología y localización que representa el 5% de todos, excluyendo los de la piel, cerebrales y tiroideos. El objetivo de este estudio retrospectivo es conocer las características del cáncer de cabeza y cuello en el área de Cartagena.

Materiales: Análisis descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes con tumores de cabeza y

Gráfico 1. Distribución según el tratamiento recibido.



cuello valorados por el Comité del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena en el período comprendido entre el 24.04.08 y el 21.05.09, mediante revisión de la historia clínica.

Tabla 1. Distribución del cáncer de cabeza y cuello según localización y subtipo histológico

	Metástasis LCV Iio no filiado	Nasofaring	Cavidad oral	Orofaring	Hipofaring	Supraglotis	Glotis	Subglotis	Parótida	Piel	Macizo facial
Epidermoide	9 (10)	2 (2'2)	12 (13'3)	5 (5'5)	3 (3'3)	9 (10)	16 (17'7)	3 (3'3)	-	-	-
Espinocelular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9 (10)	-
Basocelular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6(6'6)	-
Adenocarcinoma	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (3'3): 1 oncocítico; 1 pleomorfo	-	3 (3'3): 2 seno etmoidal; 1 fosa nasal
Linfoepitelioma	-	1 (1'1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Linfoma	-	1 (1'1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mucoepidermoide	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (3'3)	-	-
Cilindroma	-	-	-	-	-	-	-	-	1 y 1 en submaxilar derecha (2'2)	-	-
Sarcoma condroblástico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1'1)
Células de Merckel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.(1'1) labio superior	-
Células acinares	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1'1)	-	-

Resultados: Durante el período de tiempo indicado, 90 pacientes han sido valorados por el Comité de Tumores de cabeza y cuello en nuestro hospital. Se incluyen lesiones de piel que requieren Cirugía Maxilofacial. El 78'8 % (71 pacientes) son hombres, el 21'1% (19 pacientes) son mujeres. La mediana de edad fue de 66 años (28-90). El 87'7% son fumadores (79 pacientes) y el 12'2 % (11 pacientes) no fumadores. El hábito enólico es referido por 27 pacientes (30%). La distribución por localización del primario y el subtipo histológico se reflejan en número y porcentaje en la tabla 1. Respecto a la distribución según TNM clínico (en el momento de valoración en el comité) y estadificación de los tumores no cutáneos se indica en la tabla 2. Finalmente, el tipo de tratamiento recibido se ha registrado en el gráfico 1.

Tabla 2. Distribución según TNM clínico de los tumores no cutáneos y estadios.

Estadio	Nº pacientes	%
Estadio 0	1	1'3
Estadio I	10	13'3
Estadio II	5	6'6
Estadio III	17	22'6
Estadio IV A	25	33'3
Estadio IV B	12	16
Estadio IV C	5	6'6

TNM clínico	Nº pacientes	%
Tis	1	1'3
T1	7	9'3
T2	16	21'3
T3	19	25'3
T4	23	30'6
Tx	9	12

N0	36	48
N1	10	13'3
N2a	4	5'3
N2b	4	5'3
N2c	6	8
N3	8	10'6
Nx	7	9'3

M0	70	93'3
M1	5	6'6

Total de pacientes	75	
--------------------	----	--

Conclusiones: El cáncer de cabeza y cuello en el área de Cartagena presenta características similares a las de otras series publicadas. Destacar el bajo porcentaje de estrategias de preservación de órgano que se atribuye a la reciente puesta en marcha de un protocolo a este respecto.

L-45

MOTIVO DE INGRESO EN ONCOLOGÍA DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL DE CARTAGENA

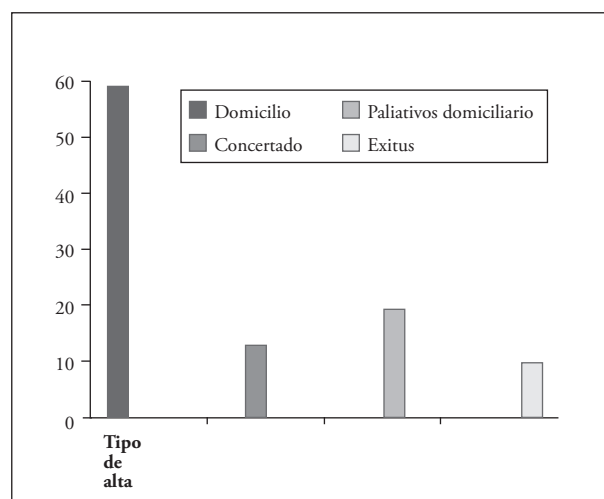
María José Martínez Ortiz, Jerónimo Martínez García, Pablo Cerezuela Fuentes, Ana Tortorella Etchichury, José María Barón Saura.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena (Murcia).

Introducción y Objetivos: El cáncer de cabeza y cuello engloba un heterogéneo grupo de tumores en cuanto a localización e histología que supone el 5% del total. No disponemos de datos sobre los ingresos de pacientes de nuestro área con esta patología. El objetivo de este análisis es conocer las características de los pacientes y el motivo de ingreso por cáncer de cabeza y cuello en nuestro servicio.

Materiales: Revisamos las historias de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello hospitalizados en planta a cargo de nuestro servicio, con fecha de ingreso en el período comprendido entre el 1.01.2008 y el 1.01.2009. Análisis retrospectivo descriptivo de las características de los pacientes, localización del tumor primario, motivo de ingreso, mediana de días de ingreso y tipo de alta.

Gráfico 1. Tipo de alta.



Resultados: En el período indicado ingresaron en nuestro servicio 64 pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. El número total de ingresos en este período fue de 737 pacientes. En las tablas 1, 3 y 4 respectivamente se reflejan: las características de los pacientes (edad, sexo, tabaquismo y comorbilidad), motivo de ingreso, mediana de días de estancia. En el gráfico 1 se indica el tipo de alta (domicilio, concertado, exitus).

Tabla 1. Características de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ingresados en nuestro servicio.

	Mujeres	Varones		
Edad (mediana)	52 años (52-72)	58 años (32-80)		
Sexo	15	49		
Comorbilidad			Total	%
Tabaquismo	10	22	32	50
Enolismo	2	9	11	17
HTA	1	7	8	12,5
DM TIPO 2	2	10	12	18,7
Cardiopatía	1	2	3	4,7
EPOC	0	2	2	3,1
Hepatopatía	2	1	3	4,7

Tabla 4. Media de días de ingreso según motivo de ingreso.

	Media días de ingreso
Tratamiento por ausencia del reservorio	5
Paliación inespecífica	13
Dolor mal controlado de forma ambulatoria	7
Síncope	11
Mucositis por RT	8
Disnea	6
Disfagia	5
Neutropenia febril	7
Síndrome febril sin neutropenia	6
Hemoptisis	4

Tabla 3. Motivo de ingreso en nuestro servicio de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

	Mujeres	Varones	Total	%
Tratamiento por ausencia del reservorio	11	29	40	62,5
Paliación inespecífica	2	4	6	9,3
Dolor mal controlado de forma ambulatoria	0	3	3	4,6
Síncope	0	2	2	3,1
Mucositis por RT	0	4	4	6,2
Disnea	0	2	2	3,1
Disfagia	1	1	2	3,1
Síndrome febril sin neutropenia	0	2	2	3,1
Neutropenia febril	0	1	1	1,5
Hemoptisis	1	1	2	3,1

Conclusiones: El cáncer de cabeza y cuello supone el 8'68 % de los ingresos en nuestro servicio. El 62'5 % de estos ingresos podrían evitarse con la colocación de reservorio venoso para administración de tratamiento de forma ambulatoria.

L-46

ESTUDIO PILOTO DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS

Esther Uña Cidón (1), Amparo Salvador (2), Mercedes Fernández (2).

(1) Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; (2) Servicio de Farmacia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: La Hospitalización de Día se consolida como alternativa a hospitalización convencional al facilitar continuidad de la vida habitual de los pacientes. El 85% de tratamientos oncológicos sistémicos (TOS) se administran en esta modalidad. Dada peculiaridad y potencial toxicidad de estos fármacos es indispensable buscar herramientas que garanticen calidad y seguridad del paciente.

El objetivo de este trabajo es conocer ventajas de una herramienta de prescripción electrónica (PE) de TOS para pacientes en régimen ambulatorio en relación con seguridad y calidad.

Materiales: El proyecto se desarrolló en varias fases con la colaboración multidisciplinar (Oncología Médica, Farmacia, Enfermería Oncológica): 1º elaboración de protocolos unificados de TOS por patología consensuados; 2º diseño de esquemas de tratamiento normalizando dosis, volúmenes de dilución, secuencia, premedicación y tiempos de administración; 3º adquisición del programa informático Oncofarm®; 4º integración de protocolos al programa en colaboración con Farmacia Hospitalaria; 5º sesión de aprendizaje del funcionamiento del programa; 6º pilotaje de implantación progresiva del sistema.

Resultados: La PE/programación informática de TOS optimiza el tiempo del profesional permitiéndole más tiempo para dedicación a otras actividades. Permite registro informatizado de TOS, tipo, dosis, esquema, fecha, retrasos o suspensiones y motivo. Permite cálculo dosis automático y fiable; alerta si supera límites que arriesguen al paciente. Permite incluir tratamientos de soporte. PE impresa clara: datos del paciente, fecha de TOS, diagnóstico, médico, fármacos, dosis, duración, secuencia, volúmenes, precauciones. Facilita administración incluso a personal no entrenado en TOS. Recepción directa on line de la orden por Farmacia evitándose retrasos o pérdidas. Asegura validación por Farmacia y preparación/dispensación. Facilita revisión de PE y obtención de copia impresa de control. Permite control externo directo de calidad y seguridad. Almacenamiento automático de datos.

Conclusiones: El programa de PE de fármacos antineoplásicos soportado por sistemas informáticos previene errores de indicación, de dosis, de premedicación y de secuencia de administración; permite uniformidad de prescripción, preparación y administración. Permite explotación estadística de los datos en relación a prescripciones.

L-47

PAPEL DE LA TRABECTEDINA EN EL TRATAMIENTO DE SARCOMAS

M^a Ángeles Vaz Salgado, Vanessa Pachón, José Luis García, María Eugenia Olmedo, Federico Longo, Esther Gómez de Salazar*, Alfredo Carrato.

*Servicio de Oncología Médica de Hospital Universitario Ramón y Cajal, *Servicio de Farmacología de Hospital Universitario Ramón y Cajal.*

Introducción y Objetivos: La trabectedina está aprobada en el tratamiento de sarcomas de partes blandas en estadio avanzado, tras fracaso a antraciclinas e ifosfamida. El objetivo

es recoger datos de la toxicidad del fármaco así como de la eficacia tanto en los subtipos L-sarcomas, como en otras histologías.

Materiales: Utilizando la base de datos del Servicio de Farmacología se han identificado y revisado las historias clínicas de los pacientes que habían recibido trabectedina entre los años 2005 y 2008

Resultados: La mediana de edad al diagnóstico fue de 47 años (rango 18-70), siendo un 33% varones. De los nueve pacientes, cuatro presentaban un leiomiomasarcoma, dos un fibrohistiocitoma maligno, uno un liposarcoma, uno un osteosarcoma y uno un sarcoma de Ewing. Todos los pacientes habían recibido tratamiento con adriamicina e ifosfamida (seis de ellos de forma adyuvante). En un caso trabectedina fue la primera línea para enfermedad metastásica. Todos los pacientes presentaban PS 0-2. Recibieron una mediana de ocho ciclos, comenzando 5 con 1,5 mg/m², dos con 1,2 mg/m² y uno con 1 mg/m². En el 90% de los pacientes hubo retrasos en la administración del tratamiento. En cuanto a la toxicidad, un 33% de pacientes presentó neutropenia grado IV, repitiéndose en un 10% a pesar de factores estimulantes de colonias, un 22% presentaron trombocitopenia grado III-IV y un 44% transaminasemia grado III-IV. En cuanto a la eficacia, dos pacientes alcanzaron respuesta parcial (de ellos, un fibrohistiocitoma) y cuatro estabilidad (de ellos, un osteosarcoma). Es decir, la tasa de respuesta objetiva fue del 20% y de beneficio clínico 67%. La mediana de SLP fue de 6,9 meses (DE 8).

Conclusiones: Nuestra cohorte muestra una toxicidad hematológica ligeramente superior a la descrita y similar toxicidad no hematológica. Asimismo, hemos observado beneficio clínico, sobre todo en forma de estabilización, incluidas otras histologías distintas a L-sarcomas.

L-48

HISTIOCITOSIS X CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Sánchez Toro, María Teresa Delgado, Beatriz González*, Irene Zarcos, Victoria Castellón*, Josefa Carrillo, Arancha González*, José Miguel Jurado, María José Sánchez, José Luis García.

H. U San Cecilio. Granada. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.*

Introducción y Objetivos: La Histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por proliferación e infiltración de estas células en diferentes órganos y tejidos.

Materiales: Paciente de 54 años, sin antecedentes. Diagnosticada en 2003 de diabetes insípida central parcial tratada

con desmopresina. Intervenida en Noviembre 2004 de lesión bulbar con diagnóstico anatomopatológico de histiocitosis de células de Langerhens (HCL). En revisiones, sin evidencia de otras lesiones y asintomática. En Diciembre 2007 comienza con diplopia, sensación vertiginosa e inestabilidad en la marcha. En RNM, aparece engrosamiento del infundíbulo, lesiones difusas en tronco (desde mesencéfalo hasta bulbo) y lesión en pedúnculo cerebeloso derecho. Tratada mediante cirugía estereotáxica en Mayo 2008. En Septiembre 2008 se aprecia progresión clínica y radiológica, con aparición de nuevas lesiones en tronco consideradas irresecables. Inicia tratamiento con quimioterapia (Vinblastina (6.5mg/m² día 1,8,15 y 22)- Etopósido (150mg/m² día 1-3)- Prednisona (40mg/m² día 1-5) cada 21 días). Tras tres ciclos se suspende por toxicidad (astenia invalidante, toxicidad gastrointestinal grado 3) y sin beneficio clínico. En RMN se aprecia estabilización enfermedad. Desde entonces la paciente presenta mejoría de su calidad de vida por lo que se decide seguimiento estrecho. (Intervalo libre de progresión 6 meses).

Conclusiones: La HCL se desarrolla más frecuentemente en niños (80%), con pico de incidencia entre 1-3 años, asociándose en estos casos a peor pronóstico. Existen raros casos familiares. Puede afectar a cualquier órgano de forma aislada o multisistémica, con o sin compromiso funcional. Por tanto, la clínica, evolución y pronóstico son variables e impredecibles. El tratamiento estará condicionado por la extensión y el compromiso multiorgánico, por lo que habrá de individualizar en cada caso. Las formas no invasivas no precisan tratamiento, requiriendo controles estrictos. En las invasivas con compromiso funcional se administra con prednisona y quimioterapia (etopósido, vinblastina o metotrexato, con resultados dispares). Últimamente se han obtenido buenos resultados con 2-clorodeoxiadenosina.

L-49

MELANOMA ANAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Díaz, Patricia Ramírez, Esther González, Verónica Díaz, Sara Estalella, María dolores de las Peñas, José Manuel Baena.

Hospital Puerta del Mar. Servicios de Oncología Médica y Radioterápica.

Introducción y Objetivos: El melanoma anal es un tumor raro del que hay publicados solo 22 estudios con 533 pacientes, lo cual constituye el 1.3% de todos los melanomas. Vamos a describir un caso de melanoma de mucosa anal y realizamos una revisión bibliográfica. Aparece más frecuentemente en mujeres y debuta con hemorragia. Es imprescindible diferenciar entre un primario de mucosa versus

metastasis de otra localización. Los factores pronósticos más importantes son la invasión vascular o la multicentricidad. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadio I, pero por el alto grado de agresividad, presentan SLE a 5 años no muy prometedoras. En general, se recomienda la cirugía conservadora con márgenes libres, seguida de radioterapia ya que aunque no ha demostrado beneficios en supervivencia, sí lo ha hecho en morbilidad y control locoregional. Con quimioterapia, se han obtenido respuestas pobres con CDDP y en los últimos ensayos con dacarbacina, nimustina y vincristina en adyuvancia no hemos obtenido resultados significativos en supervivencia global.

Materiales: Mujer de 47 años que tras ser estudiada por hemorragia intermitente se diagnostica de melanoma de mucosa anal, de 3cm de diámetro máximo con un borde de resección afecto, estadio I.

Resultados: Valorada en Oncología médica de su hospital, desestiman tratamiento adyuvante. Tres meses más tarde aparece recidiva local y se decide exéresis local y radioterapia adyuvante. Se realiza tratamiento radioterápico con dosis total de 50.4Gy, llegando hasta los 45Gy (1,8Gy/sesión) a las cadenas inguinales bilaterales y boost sobre región anal hasta llegar a la dosis total. En respuesta completa desde hace 1 año.

Conclusiones: Los melanomas anales son entidades agresivas, y su tratamiento todavía crea controversias. La paciente ha recibido el tratamiento óptimo según la bibliografía consultada, ya que se trataba de un primario anal estadio I, confirmado anatomopatológicamente, con amplios márgenes libres. Se mantiene hasta el momento libre de enfermedad.

L-50

EFFECTOS ADVERSOS CUTÁNEOS OBSERVADOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE INHIBIDORES DE TIROSIN-KINASA: 2 CASOS CLÍNICOS

Belén S. Gil *, Ana María García *, Ruth Espinosa *, Sara Cerezo *, Ester Bonet **, Natalia López-Casero **, M^a Carmen Jiménez **, Ángel Arias ***.

* Servicio de Oncología, ** Unidad de Cuidados Paliativos, *** Biología Molecular.

Introducción y Objetivos: Existen numerosos factores de crecimiento que se encuentran implicados en la formación de neoplasias y en la progresión tumoral. Muchos de estos factores inducen respuestas celulares a través de receptores con actividad tirosin kinasa (TK). Una de las vías efectivas en el bloqueo de la proliferación tumoral es inhibiendo la actividad de los receptores TK. Los inhibidores de la TK son fáciles de administrar (oralmente) y no tienen muchos efectos adversos. Uno de los más frecuentes es la toxicidad

cutánea, generalmente en forma de rash, síndrome palmo-plantar etc... Aunque generalmente la toxicidad se controla fácilmente, en algunos casos puede ser exagerada, llevando inclusive a la suspensión del fármaco.

Materiales: Presentamos 2 casos clínicos de cáncer renal metastásico tratados con sorafenib y sunitinib.

Resultados: En ambos casos el fármaco tuvo que suspenderse por toxicidad cutánea, en el caso de sorafenib por Síndrome palmo-plantar grado III-IV, a la 3ª toma del mismo, y en el 2º caso por lesiones eritematosas y ulceradas en regiones inguinales y escrotal tras 15 días de toma de sunitinib.

Conclusiones: Debido a que algunas veces la toxicidad cutánea es exagerada llevando inclusive a la suspensión del fármaco, debemos estar alertas ante cualquier lesión que surja en pacientes tratados con inhibidores de TK, para instaurar un tratamiento precoz, inclusive hacer prevención de las mismas.

L-51

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE FOSA NASAL DERECHA Y ETMOIDES

Ana Albert*, Óscar Juan Vidal*, Juan Manuel Campos*, Vicente Carañana*, Javier Garde*, Enrique Cabrera*, Alegría Molina**, Vicente Alberola*.

*Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

Introducción y Objetivos: Los tumores malignos de las cavidades nasosinusales son raros y, siguen un patrón epidemiológico distinto al resto de tumores de las vías aerodigestivas superiores (VADS). Representan del 0,2 al 0,8% de los cánceres en general y el 3% de los tumores de las VADS. La edad media es de 50 años para los de bajo grado de malignidad y, 56 para los de alto grado. Nacen en las glándulas salivares accesorias y afectan principalmente al seno maxilar y etmoidal. Los síntomas más frecuentes son la epistaxis, obstrucción nasal y entumecimiento de las mejillas.

Materiales: Varón de 49 años, con tumoración en mejilla derecha de más de año de evolución, anexa a pared externa de huesos propios nasales y no a piel, de unos 6-8 cm dura, indolora, redondeada, adherida a planos profundos.

Resultados:

- **TAC:** Tumoración nasal que con el tabique, sin destruirlo, destruye hueso nasal y no llega a invadir seno maxilar (discreta rarefacción en pared anterior). No se observan adenopatías.
- **TRATAMIENTO:** Exéresis Tumoral Completa por Rinotomía paralateronasal, bordes quirúrgicos macroscópicamente libres de infiltración.

- **ANATOMÍA PATOLÓGICA:** Carcinoma Adenoide Quístico con infiltración perineural y de fragmentos óseos peritumorales. Posteriormente recibió Radioterapia complementaria.

Conclusiones: La afectación perineural, perivascular y ósea, así como la presencia de afectación de los márgenes de resección y el grado de malignidad son los factores de alto riesgo de recidiva. Sin embargo, éste paciente presenta una evolución satisfactoria sin evidenciar hasta el momento recidivas locales ni metástasis a distancia.

L-52

MELANOMA MALIGNO ORIGINARIO EN MUCOSA DE FOSA NASAL

Ana Albert Balaguer*, Óscar Juan Vidal*, Vicente Carañana*, Juan Manuel Campos*, Enrique Cabrera*, Javier Garde*, Alegría Molina**, Vicente Alberola*.

*Servicio de Oncología Médica. **Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

Introducción y Objetivos: El melanoma maligno (MM) localizado en la mucosa intranasal es infrecuente, ya que el 90% de los melanomas son de origen cutáneo y sólo el 4% de origen mucoso. Los MM de mucosas y cavidades nasales juntos, únicamente llegan a ser entre el 0.3% y el 2% de todos los melanomas.

Materiales: Varón de 82 años con diagnóstico temprano en relación al inicio de su sintomatología: insuficiencia respiratoria nasal unilateral y epistaxis leve.

Resultados:

- **Rinoscopia Anterior:** Masas de aspecto polipoideo en fosa nasal derecha.
- **TAC:** Ocupación de fosa nasal derecha, por masas polipoideas o engrosamiento mucoso, respetando paredes óseas y ocupación parcial de seno maxilar, etmoides y seno frontal homolaterales.
- **ANATOMÍA PATOLÓGICA:** Melanoma maligno afectando a fosa nasal (proteína S-110 y HMB-45 positiva).
- **TRATAMIENTO:** Escisión Quirúrgica mediante Cirugía Endoscópica Nasosinusal. Quimioterapia: Temozolamida vía oral. Radioterapia + radiocirugía

Conclusiones: El MM de fosa nasal es una tumoración agresiva que pasa desapercibida como tal en su inicio, debido a su aspecto de masas polipoideas o sesiles, pigmentadas o no y, sangrantes o no, lo que da lugar a posible confusión con otras patologías más benignas y muy frecuentes, como poliposis nasosinusales o papilomas invertidos, hasta que se obtiene una biopsia. Es imposible llegar a acumular gran experiencia individual o institucional por su escasa frecuencia, por lo que consideramos debemos aportar la nuestra.

L-53

OPTIMIZACIÓN DE LA FORMA DE ADMINISTRAR QUIMIOTERAPIA, MEDIANTE EL CAMBIO DE VINOURELBINA INTRAVENOSA (NVBo) POR ORAL (NVBo): EXPERIENCIA ESPAÑOLA EN EL ESTUDIO TAMINO, AUDITORÍA INTERNACIONAL DE TIEMPO Y PROCESOS

Andrés García Palomo*, Blanca Casanova Fuertes*, Pilar Diz Taín*, Juan Ortíz de Urbina*, Ángel Rodríguez Sánchez*, Beatriz Nieto Mangudo*, Manuela Pedraza Lorenzo*, Pilar Hompanera Alonso*, Asunción Rodríguez García*, Roger James**.

*Sección de Oncología Médica, Hospital de León, León. **Kent Oncology Centre, Maidstone Hospital, Maidstone, Reino Unido.

Introducción y Objetivos: Se desarrolló en 8 centros europeos el estudio TAMINO, auditoría de tiempo y procesos con vinorelbina oral. Se reclutaron 123 pacientes con cáncer de mama avanzado (CMA) o con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), tratados con NVBo (74) o NVBiv (51). El tiempo de estancia hospitalaria se reduce en un 36% con NVBo (NVBo, 2h31'; NVBiv, 3h56'). El tiempo de preparación y dispensación se reduce un 51% con NVBo (NVBo, 33'; NVBiv, 1h8'). Se describen los resultados del centro español.

Materiales: Tratamiento: NVBo, 10 pacientes; NVBiv, 3 pacientes (10,6% del total internacional). Patología: CMA, 54%; CPNM, 46%. Se identificaron los procedimientos que los pacientes seguían en el centro. Se calculó el tiempo medio y rango para cada proceso.

Resultados: Los dos pasos que presentaron un mayor acortamiento por el uso de NVBo eran el tiempo de consulta (NVBo, 7'; NVBiv, 16') y el de espera para el tratamiento (NVBo, 13'; NVBiv, 3h23'). En conjunto, el tiempo transcurrido desde que el paciente llega al hospital hasta el final del proceso es de 3h03' para NVBo y de 4h43' para NVBiv (reducción del 35% a favor de la forma oral). Se detectó entre los pacientes que recibieron NVBo una heterogeneidad en el tiempo de dispensación de la medicación por el Servicio de Farmacia, debida a que NVBo formaba parte del mismo circuito para la preparación de agentes iv.

Conclusiones: NVBo reduce el tiempo medio de administración de la quimioterapia tanto para pacientes como para Farmacia. Las auditorías de tiempo y procesos son útiles para cuantificar y detectar los pasos críticos en el modelo organizativo, permitiendo corregir aquellos procedimientos deficitarios, para optimizar el proceso, en beneficio de los Servicios implicados en el mismo y de los pacientes.

L-54

ABSCESO AXILAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA ANAPLÁSICO

Elisenda Llabrés Valentí, Carolina Hernández, Ainhoa Hernández, Dinesh Lalchandani, Ruth Alfonso, Miguel Ángel Cabrera, María Pilar López, Lioba Ferrera, Manuel Morales, Javier Dorta.

Servicio de Oncología Médica, Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción y Objetivos: El linfoma anaplásico de células grandes (LACG), conocido desde hace 15 años, y comúnmente diagnosticado como carcinoma anaplásico o melanoma, representa el 2% de todos los linfomas y está caracterizado por la expresión de Cd-30, con inmunofenotipo T en el 75% de los casos. Entre el 60 y el 85% presentan la translocación cromosómica t(2;5) (p23;q35) con la consecuente producción de la kinasa del linfoma anaplásico (ALK). El IPI y la expresión de ALK son los factores pronóstico más importantes, siendo la supervivencia para los pacientes ALK-positivos del 71 al 79% y para los ALK-negativos del 15 al 46%. La tasa de respuestas completas es del 49 al 95% y la supervivencia a los 5 años del 35 al 76%. Su presentación más frecuente es en varones jóvenes, con afectación localizada y LDH normal. La variante histológica de células pequeñas se asocia a un curso más agresivo.

Materiales: Caso clínico: Mujer de 36 años sin antecedentes de interés que es valorada por fiebre y tumoración axilar izquierda abscesificada, practicándose drenaje de la misma en repetidas ocasiones y tratamiento antibiótico, sin resolución del cuadro y con un rápido crecimiento de la lesión. La TAC tóraco-abdomino-pélvica realizada objetivó masa axilar izquierda de 10 x 10 cm, con gran componente necrótico que infiltraba la musculatura pectoral y la pared torácica. La biopsia fue positiva para linfoma anaplásico de células T cd30+, ALK-. Tras iniciar quimioterapia según esquema CHOP-14 con soporte de GCS-F presentó franca respuesta clínica, encontrándose tras el sexto ciclo en remisión completa radiológica. Actualmente en tratamiento con radioterapia complementaria.

Conclusiones: Aunque el linfoma anaplásico es una entidad rara, debe estar presente en el diagnóstico diferencial de una tumoración de rápido crecimiento en región ganglionar y curso desfavorable en adultos jóvenes.

L-55

EXPERIENCIA CON YONDELIS® EN SARCOMAS AVANZADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Laura Mezquita Pérez, Raquel Bratos Lorenzo, Virginia Reguero Cuervo, Rubén Leno Núñez, Lorena Bellido, Beatriz Rivas, Rosario Vidal, Virginia Galeazzi, Elvira del Barco, Juan Jesús Cruz Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción y Objetivos: Trabectedina (Yondelis®) es un fármaco sintético de origen marino, con actividad en algunos tumores sólidos.

En Septiembre de 2007 obtuvo la autorización (EMA) como tratamiento de Sarcomas avanzados o metastáticos.

Objetivo: Analizar la experiencia con Yondelis® en pacientes tratados en nuestro servicio.

Materiales: Estudio retrospectivo de pacientes con sarcomas avanzados tratados con Yondelis®. Se recogieron datos demográficos de pacientes, del tumor y de tratamientos recibidos. Se evaluó respuesta, supervivencia libre de progresión y toxicidad.

Resultados:

- N: 9. Edad: 62 años (21-78). ECOG < 3.
- Fibrosarcoma 2, liposarcoma mixoide 1, carcinosarcoma 2, leiomiomasarcoma 2, sinovial 1, schwannoma 1.
- Localmente avanzado 1 pac, metastático 8 pac. Cirugía primaria 77.8% (metástasis 44.4%), radioterapia 33.3%.
- QT previas: 3 (1-5). Tiempo hasta inicio de tratamiento: 33.5 meses (12-204). Nº ciclos: 2 (1-9).
- Tasa de respuesta (TR): RP 44.4%, Progresión 55.5%.
- Supervivencia libre de progresión: 4.44 meses (1- 15+).
- Ajuste de tratamiento: 6 pac. Retraso de dosis: 4 pac.
- Toxicidad: 88.9%. Astenia GI-II 8, emesis GI-II 4, mielotoxicidad G I-IV 5 pac.

Conclusiones: Yondelis® es un fármaco con actividad en sarcomas avanzados, con TR 44%, incluso en pacientes "politratados". Sin embargo, es un tratamiento con toxicidad moderada, precisando ajuste de dosis hasta 2/3 de los pacientes.

L-56

ESTUDIO DE LA POBLACIÓN DE CÉLULA MADRE TUMORAL EN MUESTRAS DE SANGRE DE PACIENTES CON CÁNCER DE COLÓN

Paloma Honrubia, Carmen Gil-Gas, José M^a García Bueno, Carmen Belén Álvarez Simón, Manoli Baldoví Martínez-Falero, Emilio Segura Ruiz, Sebastià Sabater, Carmen Ramírez-Castillejo.

Laboratorio de Biología Celular y Molecular de la Célula Madre. Centro Regional de Investigaciones Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha. Albacete.

Introducción y Objetivos: Desde hace menos de una década se viene postulando que las células madre tumorales (CSC) son las responsables de la aparición y expansión de la mayoría de los procesos neoplásicos. Su erradicación pasa

por el estudio de su capacidad de autorrenovación, gracias a la cual son capaces de autoperpetuarse a la vez que dar lugar a una gran progenie de células que componen los tumores. En numerosos tipos de tumores se ha descrito hasta el momento la existencia de células madre tumorales. Uno de estos tipos de tumor es el adenocarcinoma colorrectal. La carcinogénesis colorrectal (CCR) es un proceso multifactorial influenciado por factores ambientales, genéticos y epigenéticos. En este estudio se intenta localizar y caracterizar la población de células madre tumorales (CSC) en pacientes con metástasis avanzadas de carcinoma colorrectal.

Materiales: Para el estudio y caracterización de estas, se realiza una purificación y cultivo la población de células madre tumorales circulantes en líquidos ascíticos y sangre de pacientes con procesos neoplásicos avanzados de colon, con posterior análisis de marcadores de células tumorales circulantes en sangre: EpCam, BCRP y CD133.

Resultados y Conclusiones: Estos marcadores han demostrado presentar una correlación entre su expresión elevada en una pequeña población en estos pacientes, y la evolución de los mismos y respuesta ante el tratamiento. Dicha correlación, aun no siendo la causa origen de la existencia de células madre tumorales, puede ayudar en la predicción de futuras recaídas del paciente, y la predicción del posible efecto del tratamiento, lo que complementaría las terapias actualmente empleadas en clínica.

L-57

BÚSQUEDA DE NUEVOS MARCADORES DE CÉLULA MADRE TUMORAL EN PACIENTES CON METÁSTASIS

C. Gilgas , P. Honrubia Gómez, J.M. García-Bueno , C.B. Álvarez Simón , JR Marín Tebar , G. Aparicio Gallego , M. Baldoví Martínez-Falero, E. Segura Ruiz, C. Ramírez Castillejo.

Introducción y Objetivos: La hipótesis de las células madre tumorales (CMTs), postula la existencia de una pequeña población de células tumorales con capacidad de autorrenovación y diferenciación (Reya et al., 2001). Las CMTs expresan marcadores de membrana relacionados con las células madre adultas, incluyendo CD133- muy vinculado con el proceso de autorrenovación-, y transportadores ABC como BCRP1, mediante el cual las células madre pueden bombear fármacos al exterior (Kondo, 2007). Del mismo modo, se ha descrito que la capacidad de las CMTs para invadir tejido sano se debe, en parte, a la expresión de la cadherina EpCAM (Nagrath, 2007). Según esta hipótesis, sólo una pequeña fracción de las células que se extravasan al torrente sanguíneo es capaz de invadir nuevos tejidos.

Materiales: Utilizando marcadores de CMT, hemos observado la existencia de una población de células BCRP1+ en sangre periférica de pacientes con enfermedad neoplásica.

Resultados y Conclusiones: Concretamente, en carcinoma de mama hemos encontrado que la población BCRP1+ es una subpoblación de células EpCAM+ (BCRP1+/EpCAM+). Asimismo, estas dos poblaciones se presentan conjuntamente con otra población CD133+, cuyo patrón de glicosilación esta alterado frente al encontrado en poblaciones control. La inmunofenotipación de las CMTs en el torrente sanguíneo podría ayudar, en el futuro, a establecer nuevos protocolos que ayuden en el pronóstico y la evolución de la enfermedad neoplásica. Reya T, Morrison SJ, Clarke MF, Weissman IL. Stem cells, cancer, and cancer stem cells. *Nature* 2001; 414:105-1 Kondo, Cancer Biomarkers, 3 (2007) 245–250 Nagrath et al. *NATURE*, Vol 450, 20/27 December 2007.

L-58

INCIDENCIA DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

J.L. Sánchez Sánchez, M.J. Valdés Diéguez, L. Vicente Gutiérrez, J.D. Acedo Sánchez, J.M. García Bueno. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Introducción y Objetivos: La neutropenia se define como una cifra de neutrófilos menor de $500/\text{mm}^3$ o menor de $1000/\text{mm}^3$, si se prevé un descenso por debajo de $500/\text{mm}^3$ en los dos días siguientes. La fiebre en pacientes con neutropenia, se define como la presencia de una temperatura mayor de $38,3^\circ\text{C}$ en una única toma, o mayor de 38°C durante más de una hora (sin la administración previa de antitérmicos). La neutropenia febril es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la quimioterapia antineoplásica. Sus consecuencias son la reducción de dosis y retrasos en la administración del tratamiento, pudiendo comprometerse el control de la enfermedad y la supervivencia de los pacientes. Además, el riesgo de infección secundaria a neutropenia aumenta a medida que el recuento absoluto de neutrófilos disminuye y se prolonga su duración en el tiempo. El objetivo del estudio es determinar la incidencia de neutropenia febril en pacientes oncológicos en el Hospital Universitario de Albacete y su relación con el régimen de quimioterapia, así como la estancia media de hospitalización de dichos pacientes y la aparición de infecciones secundarias.

Materiales: Para ello se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes que acudieron a urgencias entre los meses de Enero de 2008 y Abril de 2009 y presentaron neutropenia febril, seleccionando entre ellos aquellos pacientes oncológicos ya en tratamiento.

Resultados y Conclusiones: Se ha analizado el régimen de quimioterapia, los días de hospitalización y la aparición de infecciones secundarias.

L-59

CÁNCER Y CAMBIO CLIMÁTICO (CYCC)

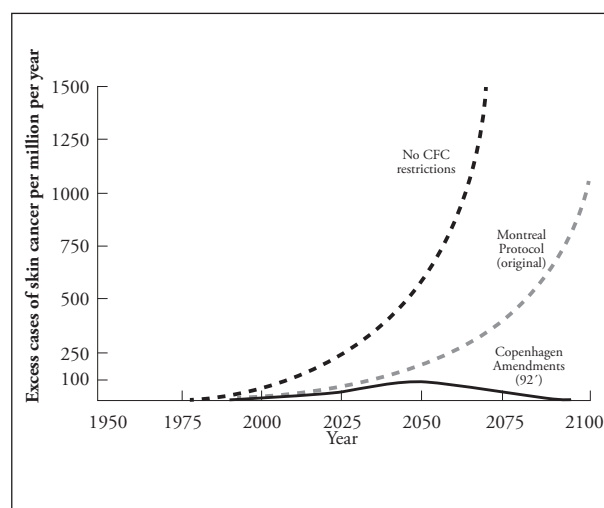
Carlos Trodler.

Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción y Objetivos: General: introducir la problemática del CC en las reuniones científicas de nuestra especialidad. Particulares: presentar las interacciones negativas del cambio climático, del déficit de ozono estratosférico y de la contaminación ambiental, con la salud humana, además en tal contexto enfatizar el incremento de neoplasias de la piel.

Materiales: El espectro de efectos negativos del cambio climático, incluida la contaminación ambiental sobre la salud humana es amplio (3). Existe otro fenómeno interactuante con el cambio climático e idénticamente a este, también es causado por el hombre (acción antropogénica): el déficit de ozono estratosférico, mas conocido como “agujero”, a la ya firme relación con el incremento en la incidencia de las neoplasias epiteliales cutáneas y melanomas malignos, se han sumado la afectación del globo ocular y un deterioro de la inmunidad celular con una mayor susceptibilidad a las infecciones y peor evolución de enfermedades autoinmunes (1, 2, 3).

Figura 1. Estimaciones de la depleción de ozono y cáncer de piel.



Resultados: Las líneas de evidencia que realacionan al CC y su negativa interacción con la salud humana ya tienen

una presencia cierta. El incremento del cáncer de piel y su relación con el déficit de ozono estratosférico también ha sido probado. Pocas dudas existen sobre la relación entre neoplasias, estilo de vida, contaminación ambiental y demás variantes del desarrollo humano en el actual período de la historia.

Conclusiones: Los tres efectos antropogénicos citados, tienen una ya tangible acción deletérea sobre la salud, la calidad de vida y la biodiversidad en nuestro planeta. Particularmente con relación al cáncer cutáneo ya existe información fehaciente relativa al incremento de la incidencia y su relación con el CC.

Bibliografía:

1. OMS. "Informe sobre la Salud en el Mundo". Ginebra, Suiza. Año 2002.
2. Beniston, M. "Climate Change: possible impacts on human health". Swiss Med WKLY. Vol. 132, 332-337. Ginebra, Suiza. Año 2002.
3. Organización Mundial de la Salud. "Cambio Climático y Salud Humana. Riesgos y Respuestas". Ginebra, Suiza, 2003.

L-60

MELANOMA DEL TRACTO UVEAL, REVISIONES EN NUESTRO CENTRO

Nuria Cárdenas Quesada, Rosario Dueñas García, Esther Martínez Ortega, Ana M^a Lozano Barriuso, Ana Laura Ortega Granados, Pedro Sánchez Rovira.
Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción y Objetivos: El Melanoma del tracto uveal es el tumor primario intraocular más común en los adultos. Tiene una incidencia de 0'5 casos por 100.000 habitantes al año. La mayoría se originan en la coroides y son completamente asintomáticos en un principio. La enucleación era el tratamiento estándar aceptado y continúa siendo el tratamiento utilizado con mayor frecuencia en el caso de tumores grandes. Se han formulado tratamientos alternativos con braquiterapia, termoterapia transpupilar, fotocoagulación y crioterapia. En los últimos diez años han acudido a nuestro centro 17 pacientes diagnosticados de Melanoma Uveal remitidos desde centros de referencia donde habían sido tratados con cirugía y/o Braquiterapia. Hemos analizado las características y evolución de dichos pacientes.

Material y métodos: Diecisiete pacientes diagnosticados entre 1999 y 2008: 11 mujeres (64'7%) y 6 varones (35'3%) entre los 29 y 79 años de edad (mediana de 61). Diez (58'8%) fueron tratados con braquiterapia (BT) y 7 (41'2%) con enucleación del ojo afecto; a un paciente inicialmente tratado con BT se le realizó enucleación posterior

por glaucoma secundario. La mayoría (14) son remitidos para el seguimiento tras el tratamiento con BT o quirúrgico; cuatro de éstos (28'5%) ante el hallazgo de enfermedad a distancia. Tres son remitidos para valoración oncológica previa a tratamiento específico.

Resultados: De los 13 pacientes que inician seguimiento sólo 1 presenta enfermedad a distancia tras 44 meses de supervivencia libre de enfermedad (SLE). Finalmente, son 5 los pacientes (29'4%) con enfermedad metastásica hepática; cuatro se había tratado con BT. Se tratan con metastasectomía dos de ellos. El agente quimioterápico más utilizado es la Fotemustina. Un exitus con 91 meses de supervivencia global (SG). La SG ronda entre los 3 y 120 meses (mediana: 37 meses). La SLE de los metastáticos oscila entre los 20 y 79 meses.

Conclusiones: En el seguimiento de los pacientes diagnosticados y tratados de melanoma uveal destaca la afinidad hacia el hígado en la enfermedad a distancia.

L-61

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS GIST EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fernando Henaó Carrasco, Juan Antonio Virizuela Echaburu, Ricardo González Cámpora*, José Cantillana**, Carmen Beato, Esteban Nogales, Ana Grueso, Francisco Zambrana Tévar, Manuel Codes Manuel de Villena.
*Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Virgen Macarena. * Servicio de Anatomía Patológica **Servicio de Cirugía General Hospital Universitario Virgen Macarena.*

Introducción y Objetivos: Describir la casuística relacionada con el sarcoma del tubo gastrointestinal (GIST) en el Servicio de Oncología Médica en un hospital universitario de tercer nivel.

Materiales: Se ha empleado el archivo de Historias clínicas del Hospital para recoger los datos correspondientes para poder realizar un análisis descriptivo simple de los 32 casos diagnosticados de GIST en la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital.

Resultados: Se ha realizado un análisis descriptivo simple con los pacientes intervenidos de GIST. La mayor parte de los tumores de nuestra serie se encuentran localizados en el estómago. De los 32 pacientes la gran mayoría no han precisado de tratamiento y se encuentran en seguimiento. Asimismo 3 de ellos han fallecido por la enfermedad.

Conclusiones: En los últimos año, el incremento de ésta patología, debido a los avances en los métodos de diagnóstico y terapéuticos, está produciendo que cada vez haya más casos en seguimiento y que precisen tratamiento en los Servicios de Oncología Médica de nuestro país.

L-62

ANÁLISIS RETROSPECTIVO SOBRE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUMORES GIST EN LA FUNDACION JIMENEZ DÍAZ

Carolina Ortega Ruipérez, Natalia Ramírez Merino, Raquel Fuentes Mateo, José Antonio López-Vilariño, Gustavo Rubio Romero, Victoria Casado Echarren, José Ignacio Martín Valades, Ana Leon Carbonero, Manuel Dómine, Francisco de Asis Lobo Samper.

Servicio de Oncología Médica. Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

Introducción y Objetivos: Analizar las características de los pacientes (edad, localización, tamaño tumoral), la forma de presentación clínica y el tratamiento utilizado.

Materiales: Desde 2001 hasta 2008 un total de 31 pacientes fueron diagnosticados de GIST (CD117 positivo) en nuestro centro. La edad media de presentación fue de 62 años (rango 88-22). Un 42% fueron mujeres, siendo el 58% varones. La localización primaria del tumor más frecuente fue a nivel gástrico con 13 pacientes (42%). La forma de presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal (9 pacientes, un 29%). Un total de 6 pacientes (19.35%) fueron diagnosticados estando asintomáticos, como un hallazgo casual.

Un 80% (25 pacientes) fueron diagnosticados cuando la enfermedad se presentaba localizada, resecable; un 13% (4 pacientes) debutaron en forma localmente avanzada, y 2 pacientes (6.45%) fueron metastásicos al diagnóstico.

Resultados: El tratamiento de elección para la enfermedad localizada como localmente avanzada (93% pacientes) fueron la cirugía con márgenes de resección R0. De los 9 pacientes que recibieron tratamiento con imatinib: 3 pacientes lo iniciaron con fin coadyuvante por presentar elevado riesgo de recurrencia (dentro de ensayo clínico o vía uso compasivo) 4 pacientes por presentar enfermedad localmente avanzada, y 2 por ser metastásicos al diagnóstico. De todos ellos, se ha obtenido beneficio clínico en 6 de los 9 pacientes (bien estabilización de la enfermedad o respuesta parcial) con una toxicidad aceptable. Un total de 9 pacientes (29%) presentaron en su evolución clínica la existencia de segundas neoplasias. Esta asociación con segundas neoplasias no está descrita en la literatura.

Conclusiones: La cirugía de resección completa con márgenes libres es el tratamiento estándar para los pacientes con tumores GIST en estadio localizado o localmente avanzado. El tratamiento con imatinib es efectivo y seguro en enfermedad metastásica o irreseccable, siendo la toxicidad de dicho tratamiento aceptable.

L-63

CARCINOMATOSIS MENÍNGEA POR CARCINOMA GÁSTRICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Rubén Leno Núñez, Virginia Reguero, Laura Mezquita, Raquel Bratos, Rosario Vidal, Virginia Galeazzi, Beatriz Rivas, Miguel Navarro, Elvira Del Barco, Juan Jesús Cruz-Hernández.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico. Salamanca. España.

Introducción y Objetivos: La carcinomatosis meníngica (CM) es una complicación que desarrollan el 1-5% de pacientes con tumores sólidos. En países occidentales, los tumores de mama, pulmón y melanoma son los primarios más frecuentemente implicados. Nuestro objetivo es estudiar a pacientes con CM secundaria a cáncer gástrico (CG).

Materiales: Se revisaron los casos de CG diagnosticados entre 1997 y 2009 que desarrollaron CM, recogiendo datos epidemiológicos, histología del primario, presentación clínica, método diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Resultados: De 626 casos de CG (64,8% varones, edad media 74), 4 desarrollaron CM. Todos varones, con edades de 42 (paciente 1), 54 (paciente 2), 56 (paciente 3) y 47 (paciente 4) años. Los pacientes 1, 2 y 3 tenían adenocarcinomas indiferenciados localmente avanzados. El paciente 4 era metastático. El tiempo hasta el desarrollo de CM fue de 38, 57, 24 y 28 semanas. La cefalea fue el síntoma inicial en todos. El paciente 1 padeció fotofobia, pérdida de audición y convulsiones. El paciente 2: mareo y crisis convulsivas. El paciente 3: parálisis de los pares 3º izquierdo y 7º-9º-10º derechos. El paciente 4: disminución de visión, audición y parálisis del 7º par derecho. Se estableció confirmación citológica de LCR en todos. El TAC craneal fue normal en todos. Se realizó RMN del paciente 2 (normal) y del paciente 3, con captación patológica de contraste en conductos auditivos internos. La supervivencia desde el diagnóstico de CM fue de 8, 10, 77 y 3 días. Se instauró tratamiento paliativo en los pacientes 1, 3 y 4. El paciente 2 recibió tratamiento quimioterápico intratecal.

Conclusiones: La CM debida a CG es una complicación grave. Suele ocurrir en pacientes más jóvenes, con tumores pobremente diferenciados y en fase avanzada. El síntoma inicial es la cefalea, pero pueden desarrollarse múltiples déficits neurológicos. Se necesita confirmación citológica o de imagen para su diagnóstico. El pronóstico es ominoso.

L-65

COLANGIOCARCINOMA: EXPERIENCIA EN EL HUMT

Elvira Buxó Orra, José María Roca, Marta Paraira, María Isabel García-Domingo, Esteban Cugat, * Esther Casado, Luis Cirera.

*Unidad de Tumores Hepato-Bilio-Pancreáticos. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. * Servicio de Oncología Médica, Fundación Hospital Althaia.*

Introducción y Objetivos: El colangiocarcinoma es un tumor poco frecuente y las opciones terapéuticas son limitadas. Se ha realizado un análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad en nuestro centro.

Materiales: Desde Marzo'04 hasta Octubre'08 se estudiaron de forma retrospectiva 22 pacientes afectos de colangiocarcinoma no diseminados. Se analizaron la actitud terapéutica (local y/o sistémica) utilizada en función del estadio clínico, así como el intervalo libre de enfermedad (ILE) y la supervivencia global.

Resultados: Recogidos 22 pacientes (13 varones; 9 mujeres), con una media de edad de 72 años. El síntoma de presentación más frecuente fue ictericia (19p), precisando descompresión de vía biliar mediante stent en el 42%. A todos ellos se les practicó ecografía y TC abdominal, y en un 60% de los casos colangio-RMN. Estadio clínico: IA: 1; IB: 12; IIA: 5; IIB: 3; III: 1. Se intervinieron 20 pacientes, 16 con intención curativa radical, con únicamente 3,2 casos (20%) de correlación clínico-radiológica correcta. Cirugía R0: 5 pacientes (31,3%), de éstos 2p recibieron quimioterapia complementaria (capecitabina). Cirugía R1/R2: 11 pacientes; 2p con quimioradioterapia adyuvante y otros 2 pacientes quimioterapia complementaria (1 capecitabina + 1 gemcitabina). En un caso (estadio III) se realizó quimioterapia neoadyuvante (gemcitabina + oxaliplatino) consiguiendo cirugía radical posterior (R0). En los 2 casos restantes no se realizó tratamiento quirúrgico por objetivar extensa afectación locoregional. Quince pacientes (68%) recidivaron, la mayoría a nivel locoregional (80%), con un ILE de 9 meses. La media de supervivencia global fue de 12 meses.

Conclusiones: Nuestros resultados sobre la supervivencia se equiparan a los descritos en la literatura. El tratamiento sistémico complementario fue bien tolerado y no impactó negativamente en la supervivencia libre de enfermedad. A destacar que únicamente el 20% de los casos resecaados coincidió el estadiaje radiológico con el patológico.

L-66

DERMATOMIOSITIS PARANEOPLÁSICA PREVIO RECIDIVA DE CARCINOMA GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Ponce Lorenzo*, J. Enrique Barbeito**, María Planelles***,

Francisco Aparisi*, José M. Sastre*, Amparo Oltra*.

Unidad de Oncología Médica, Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy, Alicante), **Unidad de Reumatología, Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy, Alicante), *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy, Alicante).*

Introducción y Objetivos: La dermatomiositis puede ser idiopática o paraneoplásica y se asocia a enfermedades malignas hasta en el 25% de los casos. Puede preceder, acompañar o aparecer tras el diagnóstico de una enfermedad neoplásica.

Materiales: Paciente con antecedente de carcinoma gástrico. Diagnosticado de dermatomiositis no se evidenció recidiva de enfermedad. Tras 7 meses de seguimiento se objetivó recidiva hepática.

Resultados: Paciente varón, 74 años. Agosto del 2007: adenocarcinoma gástrico, que condicionaba estenosis pilórica. Fue intervenido quirúrgicamente realizándose gastrectomía 2/3 radical con reconstrucción Billroth II. Anatomía patológica: pT3NxM0. Se desestimó tratamiento adyuvante por comorbilidad cardíaca severa reciente. En agosto 2008 presentó clínica de debilidad muscular proximal en miembros superiores e inferiores que le incapacitaban para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Se objetivó eritema facial y periorbitario así como pápulas en nudillos de ambas manos (signo de Gottron). En la analítica destacaron niveles altos de CK:1515 U/I. No elevación de CEA y CA 19.9. Biopsia del músculo deltoide: atrofia de epidermis y vacuolización de la capa basal epidérmica, presencia de queratinocitos necróticos, con degeneración del colágeno de dermis superficial e infiltrado inflamatorio perivascular de predominio linfocítico. Los hallazgos fueron compatibles con dermatomiositis. TAC toracocabdominopélvica y PET-TAC no evidenciaron signos de recidiva. Inició tratamiento con corticoides orales (prednisona, 30 mg/día) mejorando progresivamente hasta quedar asintomático. Marzo 2009: lesión hepática hipodensa de 42 mm y elevación de CEA (8 ng/ml). PAAF: células malignas, compatible con metástasis de adenocarcinoma.

Conclusiones: La dermatomiositis, aunque poco frecuente e infradiagnosticada, debe hacernos sospechar enfermedades neoplásicas. En pacientes con antecedentes oncológicos son muy frecuentes las recidivas, generalmente en el intervalo de 1 año a partir del diagnóstico, como en nuestro caso.

L-67

DISCREPANCIAS ENTRE LA VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO PREOPERATORIO CON EOX EN CÁNCER GÁSTRICO LOCORREGIONALMENTE AVANZADO POTENCIALMENTE RESECABLE Y LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Julia Madani (1), Roberto A. Pazo Cid (1), Teresa Puertolas (1), Verónica Calderero (1), Elena Martínez (2), María José Lecumberri, Irene Gil (1), Luis Sarriá (2), Ester Millastre (1), Antonio Antón Torres (1).

Servicios De Oncología (1) Y Radiología (2). Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción y Objetivos: La valoración radiológica (Rx) fiable de la respuesta (rta) al tratamiento preoperatorio en cáncer gástrico resecable tiene gran trascendencia clínica pero es particularmente difícil.

Materiales: Pts con ca gástrico resecable: 3ciclos de QT preoperatoria (Epirrubicina, Oxaliplatino, Xeloda - EOX). Evaluación basal y preoperatoria mediante Rx: TAC - Tóracoabdominal (TAC TA) + Tránsitoesófagogastoduodenal (TEGD). Cirugía al menos D1.

Resultados: 20 pacientes; adenocarcinoma intestinal/difuso/mixto (50/30/20%); al menos 2 (100% pts) o 3 (80% pts) ciclos de EOX preoperatorio; intensidad de dosis >90%; escasa toxicidad (0% G3/4). TNM basal: T 1/2/3/4 0/0/95/5%; N 0/1/2/3 5/60/35/0%; M0 100%. Rta Rx: RC/RP/EE/PE 0/40/45/25%. Hallazgos qx: predomina la PE (50% -30% carcinomatosis peritoneal-). Tasa de coincidencia Rx-Cx 45%.

Conclusiones: En ca gástrico locorregionalmente avanzado resecable existe una baja correlación entre la respuesta radiológica al tratamiento QT preoperatorio y los hallazgos quirúrgicos.

L-68

PURIFICACIÓN DE LECTINAS EXTRAIDAS DE PLANTAS ENDEMICAS CANARIAS

M^a Carmen Blanco-Arias, Ana Gloria Sánchez, Cecilia Guzman-Bistoni, Mirian del Rosario, Julia Molina, Jorge García-Tamayo, Ignacio Frias, Eduardo Blasco-Olaetxea.

Instituto Canario de Investigación del Cáncer ICIC Fuerteventura. Novapath Maracaibo Venezuela. Universidad de La Laguna Tenerife.

Introducción y Objetivos: Las Lectinas son proteínas extraídas de plantas que reconocen glicoproteínas presentes en la superficie de la células. El objetivo de este trabajo es comprobar la utilidad de la Lectina extraída de la *Euphorbia handiensis*, un endemismo de la Isla de Fuerteventura en el estudio de tejido humano normal y tumoral.

Materiales: Para la recolección de de la planta fue necesaria la autorización del Gobierno de Canarias. Se utilizaron 61 bloques de parafina de tejido gástrico normal y con diagnóstico de Ca Gástrico. Se procede al aislamiento y purificación de las lectinas mediante Cromatografía de afinidad.

Muestras de cada paso se separan para análisis mediante SDS-PAGE y Western blot. Finalmente se biotinilizan las proteínas eluidas. Para el estudio sobre los cortes histológicos se utilizó el sistema Strepavidina-HRP. El revelado se realizó con Diaminobencidina

Resultados: La lectina extraída de la *Euphorbia handiensis* reconoce una estructura carbohidrato presente en las células de la mucosa gástrica superficial normal, dando un patrón de expresión similar al de los antígenos relacionados con los grupos sanguíneos. Sufriendo alteraciones en el Cáncer Gástrico.

Conclusiones: Es por ello que basandonos en estos resultados y en nuestra experiencia con este tipo de marcadores que pensamos podría ser útil en el estudio de los procesos neoplásicos del estómago y sus lesiones premalignas. Mostrando su interés en el estudio de la Carcinogénesis Gástrica.

L-69

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE CON GEMCITABINA (GEM) EN CÁNCER DE PANCREAS

Inmaculada Ales Díaz, Joaquina Martínez, Gema Durán, Vanesa Gutiérrez, Ester Villar, Álvaro Montesa, Silvia Gil, Manuel Cobo, Maysa Lemos, Manuel Benavides.

Servicio de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

Introducción y Objetivos: El cáncer de páncreas es uno de los tumores de peor pronóstico, así incluso en estadios localizados, en los que es posible la cirugía R0, las tasas de SG a 5 años son de un 10-30%. Estudios recientes han demostrado el beneficio de la administración de quimioterapia adyuvante, en pacientes con cáncer de páncreas (ESPAC-1, CONKO-001). Nosotros presentamos nuestra experiencia al utilizar GEM adyuvante en pacientes con ca. pancreas

Materiales: Desde Enero del 2004 hemos tratado a un total de 18 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas, los cuales fueron sometidos a cirugía curativa (duodenopancreatectomía céfálica), a los que tras la misma se les administró quimioterapia adyuvante con Gemcitabina a 1000 mg/m² D1-8 cada 21 días por seis meses.

Resultados: Un total de 18 pacientes fueron tratados, en los cuales la mediana de edad es de 58 años (47-75), sexo (11 H, 7M), por estadio AJCC: EIA (6%), EIB (7%), EIIA (37%), EIIB (50%). La tolerancia al tratamiento fue buena, ya que las toxicidades observadas fueron principalmente G I-II destacando vómitos (33%), astenia (22%), diarrea (20%) y no observamos toxicidad G III/IV. En cuanto a los resultados la mediana de supervivencia global (SG) fue de 22,5 meses con un rango de (14-51 meses) y a mediana supervivencia libre de enfermedad (SLE) fue de

15,5 meses con un rango de (10-18 meses). En el 90 % de las recaídas se observó elevación del marcador tumoral CA 19.9. La localización de las recaídas fueron a nivel hepáticas (40%), local (30%), peritoneal (10%), pulmonar (10%). Sólo un paciente recibió RT por presentar márgenes afectos.

Conclusiones: Los resultados que observamos en nuestros pacientes son similares a los obtenidos en los estudios llevados a cabo, los cuales demuestran un aumento de SG y SLE con la administración de GEM adyuvante en Ca. pancreas.

L-70

RESPUESTA A SORAFENIB DE GIST METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia Lupion Morales, Sandra Moreno, Fuensanta Aranda, Eduardo Ceballos.

Servicio de oncología médica. Hospital de Mérida.

Introducción y Objetivos: Presentamos este caso con el objetivo de demostrar que otros inhibidores tirosin quinasa como el sorafenib pueden ser una alternativa válida en GISTs refractarios a imatinib y sunitinib.

Materiales: Varón de 45 años, exfumador y bebedor moderado. En enero de 2004 comienza con dolor abdominal en flanco izquierdo. En TAC abdomino-pélvico se visualizaban dos masas, una de 4.6 cm adyacente a pared de intestino delgado (probablemente yeyunal) y otra de 18x13 cm en flanco izquierdo. El 21-1-04 se interviene mediante exéresis de la masa de FII y resección de asas de intestino delgado. La inmunohistoquímica ponía de manifiesto un tumor GIST c-kit y vimentina positivo. Un análisis posterior confirmaba que la mutación se localizaba en el exon 9. En TAC de abril de 2004 se objetiva progresión local-peritoneal. El 7-5-04 se reinterviene mediante resección de la masa de FII y omentectomía. El 25-5-04 inicia tratamiento con imatinib 800 mg. En agosto de 2008 se objetivaba nueva progresión peritoneal y aparición de metástasis hepáticas múltiples. Se inicia tratamiento con sunitinib 50 mg. A las 4 semanas de iniciar dicho tratamiento, el paciente desarrolla un cuadro de insuficiencia cardíaca diastólica secundaria a toxicidad cardiológica por sunitinib, lo cual llevó a suspender definitivamente dicho tratamiento. En octubre de 2008, se inicia tratamiento con sorafenib 400 mg cada 12 horas.

Resultados: Tras el tercer ciclo, el paciente desarrolló toxicidad en forma de síndrome palmo-plantar G1, astenia y diarrea G1. Tras el cuarto ciclo, se reevaluó objetivándose reducción importante de la carcinomatosis peritoneal y transformación quística de las metástasis hepáticas.

Conclusiones: La recidiva peritoneal y hepática son la principal causa de muerte en este tipo de tumores. En ASCO de 2008 se presentó los resultados de un estudio fase II, con 46 pacientes con GIST avanzado resistentes a imatinib y

sunitinib, consiguiéndose estabilizaciones de la enfermedad en un 11% de los pacientes.

L-71

UTILIDAD PRONÓSTICA DE LOS NIVELES SÉRICOS PREOPERATORIOS DE CA 72.4 COMBINADO CON CEA Y CA 19.9 EN EL CÁNCER GÁSTRICO

Esther Uña Cidón (1), Rosa Bustamante (2), María Antonia Montenegro (3), Henar Núñez (3), Amelia Ceballos (4), Eduardo Hortelano (4), Christian Perea (4), Francisco López-Lara (4).

(1) Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico Universitario de Valladolid; (2) Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; (3) Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; (4) Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y Objetivos: El CEA, CA 19-9 y CA 72-4 se utilizan habitualmente como marcadores tumorales en las neoplasias gástricas. Aunque tienen un valor establecido en el seguimiento de esta enfermedad, la relevancia clínica de los niveles séricos preoperatorios de estos marcadores en el cáncer gástrico es desconocida.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de la determinación sérica preoperatoria de estos marcadores tumorales en el Carcinoma gástrico en nuestro medio.

Materiales: Hemos diseñado un estudio prospectivo con el objetivo descrito, fijando como niveles de corte los siguientes: para CA 72-4 (> 4 U / mL), CEA (> 5 ng / ml) y CA 19-9 (> 37 U / mL). Estos niveles se correlacionaron con el estadio patológico y la histología del tumor.

Resultados: En el momento de presentar estos datos hemos estudiado de forma prospectiva 32 pacientes. 25 varones y 7 mujeres. 13 pacientes en estadios I y II. En estadios III y IV se detectaron 19. La tasa de positividad preoperatoria de CA 72-4 en pacientes con estadios iniciales (I y II) y en pacientes con enfermedad avanzada (estadios III y IV) fue del 0% y 56% respectivamente. La tasa de positividad preoperatorio de CEA / CA 19.9 fueron 0 / 14% y de un 10/26% en estadios tempranos y avanzado de la enfermedad, respectivamente. Globalmente la combinación de estos marcadores fue predictiva de enfermedad avanzada en 62%. Los niveles séricos de estos marcadores fueron independientes del tipo histológico de cáncer gástrico.

Conclusiones: Estos resultados preliminares confirman el valor de CA 72.4 como marcador predictivo de enfermedad avanzada en pacientes diagnosticados de cáncer gástrico, y avalan la combinación de los tres marcadores en el contexto preoperatorio como mejor parámetro pronóstico.

ÍNDICE DE AUTORES

A

- A. Alegre 74
A. Bustos 74
Adela Castillejo 23
Adela Gejo 107
Adelaida García-Velasco 14
Adelaida LaCasta 82
Adolf Díez 35
Adolfo Murias 118
Adoración Egidio 147, 150
Adoración Nieto García 40
Adriana Armellini Tuchman 156
Adriana Lasa 11, 44
Adriana López-Doriga 58, 62
Agustín Barnadas 9, 26, 33, 101 132, 173, 196, 197
A. Hernández 80
Aida Sánchez Salmón 120, 169
Ainara Alonso 220
Ainhoa Del Castillo 181
Ainhoa Hernández 253
Aitana Calvo Ferrándiz 162
Aitana Vallina 111
Alba Ginés 54
Albert Altés 9
Albert Font Pous 21, 74, 81, 96
Albert Navarro 63
Alberto Alonso 28
Alberto Arcediano 100, 104, 228
Alberto Carmona 95
Alberto Díaz de Santiago 243
Alberto Gallardo 26
Alberto Gallerdo 188
Alberto L. Moreno 107, 116
Alberto Rábano 70
Alegoría Molina 252
Alejandra Giménez Ortiz 53, 64, 86, 88, 92, 179, 194
Alejandra Isaac 224
Alejandro Martínez 62, 87, 171
Alejandro Romera López 5
Alejandro Tormo 64
Alejandro Tres Sánchez 39, 148, 154
Alejandro Villalba 130
Alessandro Gronchi 194
Alexandre Martínez 96, 203
Alexandro Bianchi 50, 84, 178, 199
Alex Teulé Vega 10, 43, 48, 58, 62
Aleydis Pisa Gatell 71, 82, 130
Alfonso Berrocal Jaime 20, 40, 125, 131, 196, 210, 211, 238, 246
Alfonso Martín Carnicero 143
Alfonso Sánchez-Muñoz 32, 207
Alfonso Yubero Esteban 156
Alfredo Carrato 6, 14, 85, 136, 250
Alfredo López Riejos 134
Alfredo Palomino García 231
Alfredo Paredes Lario 171
Alfredo Sánchez 174
Alicia Cazorla 51
Alicia García-Arias 115
Alicia Hurtado Nuño 170
Alicia Lozano 190
Alicia Román 200
Alicia Soria Lovelle 8, 34, 66, 113, 114, 185, 214
Almudena Martín Marino 78, 114, 127, 230, 231, 232, 245
Almudena Tercero 210, 217
Álvaro Díaz de Liaño 22
Álvaro Flamarique 219
Álvaro Montesa 259
Álvaro Pinto Marín 33, 99, 108, 138, 197, 228, 244
Álvaro Rodríguez 23, 47, 66, 222, 233
Álvaro Ruibal Morel 120, 169
Álvaro Taus García 35, 37, 62, 171
Amaia Hernández Jorge 181
Amalia Gómez-Bernal 110, 215, 232
Amalia Pérez Gil 201
Amalia Velasco 162
Amaya Olaverri Hernández 111, 224
Amelia Ceballos 90, 155, 165, 234, 214, 260
Amelia Insa 4
Amelia López Ladrón 49
Amparo Burgos 57
Amparo Ferrandis 141
Amparo Gómez 141
Amparo Iraola Lliso 29, 68, 73, 210, 211, 246
Amparo Montemayor 141
Amparo Navarro 169
Amparo Oltra Ferrando 72, 76, 110, 164, 202, 241, 258
Amparo Ruiz Simón 98, 167
Amparo Salvador 249
Ana Albert Balaguer 146, 174, 195, 252
Ana B. Custodio Carretero 45, 59, 70, 96
Ana Beatriz Sánchez 47, 233
Anabel Del Barrio 181
Anabel Sánchez-Spitman 57
Ana B. Galván 126
Ana Blasco Cordellat 17, 20, 29, 42, 73, 100, 104, 125, 127, 131, 145, 169, 211, 246
Ana Bosch 24
Ana Casas 136
Ana Collazo Lorduy 162
Ana De Juan 32
Ana De Miguel 164
Ana Fernández-Freire Leal 25, 56, 186, 191, 192, 225
Ana Ferrer 151, 152

- Ana Forteza 117
Ana García 157, 243
Ana Gloria Sanchez-Ruano 97
Ana Godoy 87
Ana Gómez 112
Ana Grueso 192, 256
Ana Hernández 112
Ana Herrero 94, 103, 179
Ana Illescas Vaca 182
Ana Isabel Ballesteros 162
Ana Isabel Ferrer Pérez 11, 148, 150, 153, 154, 198, 219, 241
Ana Isabel García Matanzo 134
Ana Jaén Morago 36, 56, 186, 191, 192, 225
Ana Jiménez 4
Ana Laura Ortega Granados 176, 240, 256
Ana Leon Carbonero 257
Analia Azaro 9
Ana Lluch 25, 37
Ana López-Alfonso 78, 100, 104, 114, 127, 230, 231, 232, 245
Ana López-González 176, 203, 243
Ana M^a García 204
Ana Magro 37
Ana M^a Jiménez 130
Ana M^a Lozano Barriuso 256
Ana Mañas 136
Ana María García Tapiador 128, 163, 205, 251
Ana María Jiménez Gordo 28
Ana María López-Muñoz 48
Ana Martínez-Cantó 23
Ana Miguel 65, 97
Ana Montes 132
Ana Oaknin 32, 93
Ana Oliveira 154
Ana Paula Caresia 81
Ana Peiró 195
Ana Rodríguez 107
Ana Rovira 171
Ana Santaballa Bertrán 4, 94, 160, 163
Ana Sebio 23, 33, 101, 196
Ana Suárez 160
Ana Tortorella Etchichury 224, 248
Ana Vacas 116
Ana Vega Gliemmo 42
Ana Yuste Izquierdo 57
Ander Urruticoechea 38
Andrea Cabrera 17, 40, 68
Andrea Irlés 59, 88, 96
Andrea Saénz de Miera 206
Andrea Tagliapietra 137, 145, 170
Andrea Viqueira 137
Andre Brunetto 212
Andrés F. Cardona 14, 183
Andrés Felices 116
Andrés Felipe Cardona 203
Andrés García Palomo 253
Andrés Jesús Muñoz Martín 83, 185
Andrés Muñoz Martín 8, 34, 66
Andrés Poveda 31, 32, 220, 237
Andrés Redondo Sánchez 32, 33, 99, 108, 130, 138, 197, 206, 228, 244
Andrés Stern 129
Andrzej Roszak 99
Ángel Agustin Segura Huerta 144
Ángel Alonso 11, 12
Ángel Arias 204
Ángela Rodríguez 156
Ángel Artal 101
Ángel Carracedo 42
Ángeles Arcusa Lanza 130
Ángeles López Rodríguez 24
Ángel Ferrández 11
Ángel Guerrero Zotano 98, 167
Ángel Izquierdo 181
Ángel J. Lacave 69, 72, 98, 220
Ángel Rodríguez Sánchez 253
Ángel Segura Huerta 53, 64, 86, 88, 92, 179, 194
Angels Gines 7
Ángel Silmi 96
Aniceto Gracia 241
Anita Mitra 43
Anna Agud 97
Anna Arnau 97
Anna Feliu 132
Anna Garmón 148
Anna Lou 107
Anna M^a Boladeras 81
Anna María Libran Oriol 130
Anna Martínez-Cardús 54
Antonia Perelló Martorell 117
Antoni Avellà Mestre 117
Antoni Codina-Barrera 90, 222
Antonietta Salud 80, 195
Antonio Antón Torres 6, 36, 55, 58, 81, 136, 201, 259
Antonio Asensio 154
Antonio Benavides 188
Antonio Caballero 37
Antonio Calles Blanco 5, 59, 70
Antonio Candia 208
Antonio Casado 94
Antonio Colmenarejo 94
Antonio Fernández Aramburo 3
Antonio Galán 127
Antonio García 105, 131
Antonio Gómez Caamaño 120, 121, 169

- Antonio González Martín 32, 94, 193, 217
 Antonio Hiraldo Gamero 216
 Antonio Honguero 17
 Antonio Irigoyen 82
 Antonio José López-Farré 45
 Antonio Lacy 7
 Antonio Llombart 4, 36
 Antonio López Pous 22, 39, 151, 153, 196, 197, 247, 257
 Antonio Mancheño 150
 Antonio Martínez-Agulló 37, 94, 106, 238
 Antonio Martínez de Prado 94
 Antonio Modelo 235
 Antonio Nieto 99
 Antonio Parada 180
 Antonio Perello 206
 Antonio Rodríguez 65
 Antonio Román 184
 Antonio Rueda 39, 157, 171, 180, 184
 Antonio Rueda Ramos 39, 157, 171, 180, 184
 Antonio Salas 63, 91
 Antonio Sánchez Ruiz 16, 39, 82, 89, 176, 203
 Antonio Sánchez Ruiz
 Antonio Tarifa 54, 57
 Antoni Pla 40
 Antoni Urban 222
 Araceli Moreno 76, 110, 202, 240, 241
 Arancha González 250
 Arantza González 77, 195, 209, 242
 Aranzazu González-Vicente 71
 Aranzazu Manzano Fernández 45, 88
 Ariadna Tibau Martorell 23, 26, 132
 Asmiria Arenas de Sotolongo 97
 Asunción Albert 208
 Asunción Rodríguez García 253
 Asunción Soto Gutiérrez 75, 222, 233
 Asunción Tobella 153
 Asunción Torres 11, 44, 46
 Aurora Astudillo 98, 111
 Auxiliadora Gomez España 6
 Axel Le Cesne 39
 Ayesa Méndez 218, 236, 237, 245, 246
- B**
- Bartomeu Massuti Sureda 14, 49, 57, 124
 Beatriz Alonso Álvarez 117, 218, 236, 237, 246
 Beatriz Bellosillo 126
 Beatriz Bernardez Ferrán 139
 Beatriz Castelo Fernández 33, 99, 108, 138, 197, 206, 228, 244
 Beatriz Castelo Fernández
 Beatriz Cirauqui Cirauqui 203
 Beatriz Esteban 112, 168
 Beatriz García Paredes 121
 Beatriz González Astorga 65, 71, 77, 195, 209, 242
 Beatriz Llorente 48
 Beatriz Nieto Mangudo 253
 Beatriz Peláez Lorenzo 155, 165, 218, 227, 234
 Beatriz Pérez-Villamil Salgado 5
 Beatriz Rivas López 149, 215, 254, 257
 Beatriz Rodríguez Vega 138
 Beatriz Rojas 89
 Begoña Bermejo 24, 37
 Begoña Campos Balea 121, 123, 175
 Begoña García 218
 Begoña Graña Suárez 11, 42, 46
 Begoña Jimenez Rodríguez 200, 207
 Begoña Martínez Carrasco 213
 Begoña Medina 56, 187, 191, 192, 225
 Begoña Mellado 145
 Begoña Pérez Valderrama 76, 82, 142, 177, 185, 205, 231, 233
 Belén Nacle 217
 Belén Ojeda 26, 31, 44, 94
 Belén Rios 161
 Belén Sánchez Gil 128, 157, 204, 205, 243, 251
 Belén San José 108, 130
 Bella Pajares Hachero 184, 200
 Bellinda Benhamú 38
 Bernard Doger de Speville 176, 203
 Bernardo Queralt 90
 Bernat Gel 49
 Berta Hernández Marín 57, 77, 162
 Berta Jiménez Rubiano 65, 71, 77, 209, 242
 Berta Laquente Sáez 58, 62
 Berta Ruiz León 205
 Blanca Cantos 8
 Blanca Cantos Sánchez de Yiraren 89, 124, 158, 176, 203, 208
 Blanca Casanova Fuertes 253
 Blanca Farrús 145, 170
 Blanca Gil de Antuñano 111
 Blanca Hernando 48
 Blanca Homet 32
 Blanca Munárriz Gandía 160, 163
 Blanca Prieto 147
 Blanca Torres Torres 27, 116
 Bradley J. Monk 31
 Brezo Martínez-Amores Martínez 63, 93, 100, 104, 138, 147
- C**
- Camen Esteban 178
 Camil Castelo-Branco 135
 Caridad Miguel Gómez 134
 Carla Antonilli 79, 125, 216, 226, 229
 Carla Guarinos 23

- Carles Bosch 78, 208
Carles Conill 7
Carles Pericay 71, 82
Carlo Morosi 194
Carlos Aguilera 190
Carlos Camps Herrero 14, 17, 20, 29, 40, 68, 73, 124, 125, 129, 131, 136, 145, 169, 196, 210, 211, 238, 246
Carlos Ferrer Albiach 24
Carlos García Girón 48
Carlos González de la Puente 164, 167
Carlos Grande Ventura 68, 85, 175
Carlos Horndler 51
Carlos Infante Alcón 201
Carlos Jara Sánchez 4, 64, 70, 168, 170
Carlos Majós 190
Carlos Olivier 204
Carlos Pericay 49
Carlos Sánchez 247
Carlos San Román 11
Carlos Trampal 62
Carlos Trodler 255
Carlos Turrado 38
Carme Carmona 90
Carme Font 137, 145, 170
Carmen Alonso 26, 44, 196
Carmen Areses Manrique 139, 144
Carmen Arlanzón 151
Carmen Balañá Quintero 179, 188
Carmen Beato Zambrano 133, 182, 183, 192, 201, 213, 256
Carmen Belén Álvarez Simón 254
Carmen Bellas 208
Carmen Buqueras 115
Carmen Carmona 94, 222
Carmen Carrique 153
Carmen Frias 233
Carmen García Piernavieja 118
Carmen Gil-Gas 254
Carmen González Paz 78, 114, 127, 230, 231, 232, 245
Carmen Guillén 42, 85
Carmen Hernández 118, 137
Carmen Martínez 217
Carmen Miró 160
Carmen Molins 78, 149, 208, 229
Carmen Navarro Ortiz 140
Carmen Ramírez-Castillejo 254
Carmen Sanchez Toro 250
Carme Vergara 65
Carolina Hernández 253
Carolina Muriel López 69, 72, 98, 103, 220
Carolina Ortega Ruipérez 151, 257
Carolina Pena 206
Catalina Falo 107
Catalina Garau Sitjar 199
Catalina Vadell Nadal 13, 199
Cecilia Escayola 50, 84, 188, 199
Cecilia Guzman-Bistoni 259
César Gómez Raposo 99, 120, 134
César Luis Ramírez Tortosa 108
César Mendiola 32
César A. Rodríguez Sánchez 29, 110, 215, 232
César Serrano García 109
C. Gatta 183
C. Gilgas 254
Christian Perea 90, 214, 260
C. Iglesias 180
Cinta Pallarés Curto 13, 173
Ciro García-Álvarez 165
Clara Joaquim 21
Clara Montagut 62, 80, 87
Clara Olier Garate 64, 70, 168, 170
Clara Ruíz Ponte 42
Clara Salas 89
Clara Verdú 241
Claudia Lebedinsky 31, 99
C. Martínez 10, 183, 213
Concepción Bermejo 111
Concepción Fernández-Chacón 193, 217
Concha León 126
Concha Puig Bacardit 153
Conrado Martínez-Cadenas 28
Consol López 46
Constanza Maximiano Alonso 9, 203, 243
Consuelo Olivas 212
Conxi Lázaro 10, 11, 48
Coral Gallego Torres 111
Coralía Bueno Muiño 121
C. Ramírez Castillejo 254
Cristiana Sessa 99
Cristian Gómez 146
Cristina Aguayo 51, 206, 244
Cristina Bas 57
Cristina Bayona 48
Cristina Bugés 203
Cristina Caballero Díaz 29, 73, 94, 125, 131, 145, 169, 196, 210
Cristina Campos Martín 133
Cristina Castilla 163
Cristina Churruca 94
Cristina Fernández Pérez 131
Cristina Gámez 81
Cristina Grávalos 49
Cristina Llorca 158
Cristina López López 34
Cristina Manguán 17
Cristina Martí Blanco 174

Cristina Martín Llorente 101
Cristina Minguito 243
Cristina Pangua Méndez 178, 213
Cristina Quero Blanco 184, 207
Cristina Santos Vivas 58, 62
Cristina Saura Manich 42, 46, 109
Cristina Suárez 212
Cristóbal Belda-Iniesta 7, 16, 17, 51, 53, 56, 168, 173, 189, 193
Cristóbal Gaspar Martínez 60
Cruz Zazpe 54, 57

D

Daniel Almenar 78, 94, 149, 208, 229
Daniel Azoulay 222
Daniel Escuin 26
Daniel Fortuny 42, 46
Daniel Llorente 128
David Fisas 44, 46
David López Sánchez 148, 150, 151, 152, 153, 154, 241
David Lorente Estellés 86
David Moreno Ramírez 40, 201
David Olmos 184, 212
David Páez López Bravo 9
David Vicente 180, 192
Delvys Rodríguez-Abreu 118
Desamparados Roda 32
Diana Pérez 241
Diego Cayuela López 199
Diego Díaz 154
Diego Soto de Prado Otero 155, 165, 218, 227, 234
Dinesh Lalchandani 253
Dolores Barreda Hernández 111
Dolores Sanfelix 141
Dolores Subirà 41
Dolors Tàssies 145, 170
Domenico Sabia 50, 84, 188, 199
Dulce Momblan 80

E

E. Baró 29
Edelmira Vélez de Mendizábal 39
Edelmiro Reganon 180
Eduard Batiste-Alentorn 71
Eduardo Blasco-Olaetxea 97, 259
Eduardo Ceballos Barbancho 129, 236, 260
Eduardo Díaz-Rubio 5, 6, 45, 57, 59, 70, 96, 204
Eduardo Hortelano 90, 155, 214, 234, 260
Eduardo Martínez de Dueñas 24
Eduardo Mesalles 21
Eduardo Palacios 161
Eduardo Polo 137, 154

Eduardo Raboso 210
Eduardo Valencia 206
Edurne Arriola Aperribay 126, 171
Eladio Franco 100
Elena Alvarez 102
Elena Asensio Martínez 47, 74, 222, 233
Elena Castro Marcos 43, 46
Elena Contel 147, 150
Elena Gallardo Martín 144
Elena Galve Calvo 79, 125, 216, 226, 229
Elena García Martínez 137, 163
Elena Hernández 108, 189
Elena Jiménez Calvo 134
Elena María Brozos Vázquez 144
Elena Martín 22
Elena Martínez 259
Elena Olivera 45
Elena Peña Zurdo 57
Elena Sanmartín 17, 20, 125, 169, 211
Elena Vicente Rubio 118, 137
Eliel Bayever 39
Elisabeth Gómez Moyano 198, 216
Elisabeth Pérez Ruiz 32, 207
Elisa Calvo 94, 164, 167
Elisa Galvez Muñoz 47, 66, 74, 222, 238
Elisa Soler 79
Elisenda Llabrés Valentí 253
Elizabeth Bancroft 43
Elizabeth Sánchez-Chaves 68, 76
Eloísa Jantus Lewintre 68, 17, 20, 125, 169, 196
Eloy García 217
Elsa Dalmau 126
Elvira Buxó Orra 63, 91, 105, 258
Elvira del Barco Morillo 156, 215, 254
Elvira Sáez 218
Emanuela Virdis 194
Emiliano Prieto 128
Emilio Alba Conejo 3, 32, 36, 184, 207
Emilio Esteban 98
Emilio Fonseca 232
Emilio Segura Ruiz 254
Emma Dotor Navarro 71, 82, 130
Encarnación González-Flores 49, 71, 77, 195, 209, 242
Encarnación Jiménez 116
Encarna González Flores 65
Encarna Mur 89
Enric Carcereny Costa 13
Enrique Aranda 6, 36, 49, 55, 67, 106
Enrique Cabrera 252
Enrique Casado 7, 51, 53, 120, 134, 193
Enrique Espinosa Arranz 28, 33, 99, 108, 138, 197, 206, 228, 244

Enrique González Billalabeitia 95, 137, 163
Enrique Grande 102, 171
Enrique Lastra Aras 10, 12, 48
Enrique Ochoa Aranda 24, 28
Enrique Sáez 164
Enriqueta Felip 4
Enrique Zapater 196
Erin Broderick 31
Ernest Nadal 16, 132
Escarlata López 209
E. Segura Ruiz 254
Esperanza Arriola Arellano 157, 235
Esperanza Bachs 115
Esperanza Torres 184, 200
Esteban Cugat 258
Esteban Nogales 192, 256
Esteban Rodrigo Imedio 86
Estefanía Moreno Mata 205
Estela Moreno 132
Estela Pineda Losada 7
Ester Bonet 251
Ester Borràs 10
Ester Villar Chamorro 15, 227, 259
Esther Botet Caridad 157, 243
Esther Casado 65, 71, 97, 258
Esther Darder 10, 11, 46
Esther García 147
Esther Gómez de Salazar 250
Esther González 157, 251
Esther Jovell 126
Esther Martínez Ortega 176, 256
Esther Millastre 41, 148, 150, 151, 152, 153, 198, 213
Esther Olgado 228
Esther Uña Cidón 59, 60, 74, 90, 142, 164, 165, 214, 249, 260
Eugenio Cuadrado 45, 56, 88
Eugenio Fortis 235
Eugenio Marcuello 9, 54
Eugenio Palomares García 29, 73, 131, 145, 210, 211, 238, 246
Eugeni Saigí 28, 82
Eva Bejar 111
Eva Carbajo Álvarez 238
Eva Fonseca 48
Eva Gonzalez-Haba 8
Eva María Ciruelos Gil 4
Eva Martínez-Balibrea 54, 55
Eva Martín-Sánchez 178
Eva Muñoz Couselo 109
Eva Pérez Lopez 102, 175
Eva Rodríguez Checa 117, 218, 236, 237, 245, 246
Eva Sánchez 46

F

Fátima Navarro 63, 93, 138
Fátima Toscano Murillo 142, 177, 205, 231, 233
Federica Grosso 194
Federico Degrado 240
Federico José Vázquez Mazón 233
Federico Longo 85, 250
Federico Mayo Martín 119
Federico Rojo 171
Feliciano Sánchez 137, 156
Felipe Cardenal 16, 132
Fermin Camara 156
Fernanda Viotti 110
Fernando Cuadrillero 142
Fernando Henao Carrasco 80, 182, 256
Fernando López-Ríos 17
Fernando Martín Sánchez 5
Fernando Molano 118
Fernando Rivera 49, 55
Ferran Losa 4, 71, 82, 115, 195
Filippo G. de Braud 99
Fina Artés 64
F. Josep Sancho 9
Francesc Pons Valladares 100, 207
Francesc Roset 65
Francesc Solé 126
Francisca Vázquez 158
Francisco Álvarez 164
Francisco Aparisi Aparisi 72, 76, 110, 202, 240, 241, 258
Francisco Ayala de la Peña 95, 138, 163
Francisco Camacho Martínez 40
Francisco Caranantes Ocón 15
Francisco de Asis Lobo Samper 151, 257
Francisco Ferrer 37
Francisco Gozalbo 167
Francisco Gude Sampedro 169
Francisco Javier Afonso 124
Francisco Javier Barón Duarte 124, 139, 144
Francisco Javier Pérez 100, 124, 207
Francisco José Pascual Pla 141, 147, 150
Francisco Lobo 180
Francisco López Lara 59, 60, 142, 155, 164, 165, 214, 218, 234, 260
Francisco Martínez-Ruiz 37
Francisco Montesinos 111
Francisco Zambrana Tévar 256
Francisco Gude 120
Fuensanta Aranda 129, 236, 260
Fuensanta Martínez 167

G

Gabriel Barrena 151
Gabriel Capella 10, 48

- G. Aparicio Gallego 254
Gaspar Reynés Muntaner 180, 183
Gema Casado 197, 228
Gema Durán Ogalla 27, 116, 187, 216, 259, 227
Gema Fernández 165
Gema Pulido 55, 67, 106
Gemma del Águila 153
Gemma Sala 212
Gemma Sancho 101
Gemma Soler 58, 62, 195
George D. Demetri 39
Gerard Gómez de Segura 173
Gerardo Huidobro Vence 68, 85, 123, 175
Gerardo Martínez 227
Germán Martín 168
G. Gatta 213
Gloria Francisco 128
Glòria Oliveras 38
Gonzalo Fernández 137
Gonzalo Olivares 209
Gonzalo Rodríguez 128
Gonzalo Tapia Rico 105, 113
Gracia Sarrión 40
Graham Ross 36
Grevelyn Sosa 64
Guadalupe García 112
Guadalupe Torres 138
Guillem Bruch 203
Guillermo Alonso 14, 124
Guillermo Crespo 69, 98
Guillermo López Campos 5
Guillermo López Vivanco 4, 14
Gumersindo Pérez Manga 24, 66, 105, 159
Gustavo Rubio Romero 257
- H**
- Hae Jin Suh 206
Helena Aguilar 38
Helena Camell 154
Helena de la Cueva Sapiña 53, 86, 88, 92
Helena Olivera 45, 204
Henar Núñez 90, 260
Hermini Manzano 67, 206
Hernan Andrés Gioseffi 199
Hernán Cortés-Funes 4
Hortensia Lanje López 134
Humberto Villavicencio 33, 101
- I**
- Iciar García Carbonero 213
Idoia Morilla Ruiz 57, 77, 162
Ignacio Blanco 10, 11, 12, 43, 44, 48
Ignacio Frias 259
Ignacio Juez 83
Ignacio Peláez 4
Ignacio Porras 106
Ignacio Rendón 235
Ignasi Gich 132, 197
Ignasi Tusquets 35, 37
Ihab Abdulkader Nallib 120, 169
Iker López-Calderero 22, 68, 76, 142, 185, 231, 233
Immaculada Guasch Jordán 65, 97
Inés Cabezas 89
Inés Castro Nuñez 68
Inés García 228
Inés Reyes 153
Inmaculada Alés Díaz 15, 187, 216, 227, 259
Inmaculada Ballester 95, 163
Inmaculada Díaz Asenjo 134
Inmaculada Ibáñez de Cáceres 16, 17
Inmaculada Iborra 98
Inmaculada Maestu 14, 78, 149, 208, 229
Inmaculada Segura-Jiménez 65, 71
Irene Braña García 13, 109
Irene Fernández 210
Irene Gil Arnaiz 58, 81, 86, 87, 101, 103, 201, 259
Irene González Cebrián 176, 202, 240
Irene Moya 82
Irene Valenzuela 44
Irene Zarcos 32, 84, 109, 161, 250
Iria González 87
Iryna Shukotska 40
Isaac Ceballos Lenza 117, 218, 236, 237, 245, 246
Isabel Aragón Manrique 133, 192, 182, 201
Isabel Blancas 109, 137, 161
Isabel Blanco 112
Isabel Bover 94
Isabel Brao 132
Isabel Calvo Plaza 160
Isabel Casado 232
Isabel Castillo 84
Isabel Chirivella 12, 44
Isabel Fernandes 100, 207
Isabel Fernández-Rañada 228
Isabel Fuertes 141
Isabel Garau 41, 213
Isabel Lorenzo 206
Isabel Moreno 49
Isabel Pajares Bernad 16, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 198, 219, 241
Isabel Planas 203
Isabel Ramos 50, 84, 178, 188, 199
Isabel Sánchez Magro 129
Isabel Santamarina Caínzos 119

- Isabel Sevilla 21, 200
 Isabel Tena 28
 Isabel Varela 226
 Isidoro Barneto 106
 Isidre Boguñá 44
 Israel Cañadas Castillo 171
 Israel Gutiérrez 91
 I. Trigo 80
 Itziar Oyañuez 233
 Ivan Henríquez 174
 Iván Márquez Rodas 113
- J**
- Jacobo Gómez-Ulla Astray 162
 J.A. Gasquet 29
 Jaime Espinós Jiménez 241
 Jaime Feliu Batlle 7, 16, 28, 51, 53, 56, 130, 151, 173, 189, 193, 244
 Jaime Prat 44
 Jaime Sanz Ortiz 143
 Jana Bobokova 59, 70
 Jaume Boix 21
 Jaume Capdevila 89
 Jaume Fernández-Llamazares 21
 Jaume Ferrer 25
 Javier Arbizu Lostao 241
 Javier Cassinello 29, 31, 100, 102, 104, 129, 164, 228
 Javier Cortés Castán 36, 109, 233
 Javier de Castro Carpeño 16, 17, 28, 30, 53, 120, 168, 189, 193
 Javier Dorta 253
 Javier Gallego Plazas 6, 23, 55, 47, 66, 74, 222, 233, 238
 Javier García Corbacho 106
 Javier Garde 146, 174, 252
 Javier Godino 11
 Javier Herrera 54, 57
 Javier Jesús Robles 81
 Javier Larrauri 7, 53
 Javier Lavernia Giner 141, 147, 150, 220, 237
 Javier Marina García-Tuñón 158
 Javier Martínez-Trufero 103, 178, 201
 Javier Medina 178
 Javier Munárriz Ferrandis 24, 195
 Javier Osorio 91
 Javier Pardo 213
 Javier Pérez 26, 100, 124, 132, 146, 174, 207
 Javier Puente 45, 96, 204
 Javier Salvador 24, 107
 Javier Sánchez-Rubio 121
 Javier Sastre Varela 5, 6, 49, 56, 59, 70, 88
 Javier Suárez 54
 Javier Valdivia Bautista 71, 195, 242
- Javier Valero 156
 Javier Velasco 213
 J.D. Acedo Sánchez 255
 Jean-Yves Blay 39
 J. Enrique Barbeito 258
 Jerónimo Forteza Vila 120, 169
 Jerónimo Jiménez 55, 67
 Jerónimo Martínez García 159, 224, 247, 248
 Jerónimo Pachón 185
 Jessica Furriol 24
 Jessyca Plata 240
 Jesús Aibar 137
 Jesús Blanch 154
 Jesús Corral Jaime 76, 142, 177, 205, 233
 Jesús Damian Alarcón Company 117
 Jesús Domínguez 28
 Jesús García-Donas Jiménez 32, 64, 70, 168, 170
 Jesús García-Foncillas 55
 Jesús García Gómez 102
 Jesús Isidro López 134
 Jesús López Peñalver 27
 Jesús Molero Vilchez 231, 232
 Jesús Montesinos 65, 97
 Jesús Pinto 111, 113
 Jesús Soberino 195
 J. García-Mata 29
 J.L. Sánchez Sánchez 255
 J.M. García Bueno 254, 255
 J.M. Melchor 183, 213
 J.M. Piulats 43
 Joan Albanell 35, 37, 62, 87, 126, 171
 Joana Saldaña 132
 Joan Borràs 89, 174
 Joan Brunet 10, 11, 44, 46, 48, 90, 181, 222
 Joan Carles Reverter 94, 145, 170
 Joan Carulla 28, 29, 129
 Joan Figueras 90, 222
 Joan Manel Gasent 102
 Joan Maurel 7, 51, 80
 Joan Pera 207
 Joaquim Bellmunt 3, 87
 Joaquim Bosch 181
 Joaquim Pérez de Olaguer 71, 115
 Joaquina Martínez Galán 15, 27, 107, 116, 187, 198, 216, 227, 259
 Joaquín Casal Rubio 68, 85, 121, 123, 124, 172, 175
 Joaquín Gavila Gregori 98, 167
 Joaquín Herrero Doménech 180
 Joaquín Montalar Salcedo 160, 163, 179, 194
 Joaquín Rodríguez 91
 J. Oranes 14
 Jordi Alfaro Gamero 82, 130

- Jordi Bruna 41, 213
Jordi Codony-Servat 51
Jordi Remon Masip 21, 123
Jordi Rondon 212
Jordi Rubió 94
Jorge Adeva Alfonso 113, 159, 185
Jorge Aparicio Urtasun 3, 53, 64, 86, 88, 92, 179, 194
Jorge Barriuso 7, 33, 53, 57, 173, 189, 193, 212
Jorge Espinós 91
Jorge García González 139, 144
Jorge García-Tamayo 97, 259
Jorge Molina 127
José Adrian Bargues 150
José Alejandro Pérez-Fidalgo 24, 163
José Ángel Arranz Arija 31, 217
José Ángel de Marcos 63, 91
José Ángel García Sáenz 59, 111, 211
José Antonio Contreras 157
José Antonio García Erce 131
José Antonio López Oliva 138
José Antonio López-Vilariño 151, 257
José Antonio Lorente Acosta 25, 108
José Antonio Macías Cerrolaza 95, 137, 163
José Antonio Ortega 32, 109, 161
José Antonio Santiago Crespo 111, 224
José Baselga 36, 212
José Cantillana 256
José Carlos Villa 55, 67
José Clemente 76, 110, 202, 240, 241
José David Cumplido Burón 128, 139, 140, 165, 177, 239
José Esteban Salgado Pascual 162
Josefa Carcelen 226
Josefa Carrillo 161, 250
José Ferrando 150
Josefina Camps 167
Josefina Cruz Jurado 117, 218, 236, 237, 245, 246
Josefina Mora 33
José Fuster 213
José García Salom 53, 64, 88, 92, 131, 163, 179, 194, 217
José García Sánchez 88, 92, 179, 194
José Gómez Codina 39, 180, 212
José Guerra 146
José Ignacio Bilbao 181
José Ignacio Busteros 93
José Ignacio Chacón López-Muñiz 178, 213
José Ignacio Ferro 42
José Ignacio Martín 100, 104, 257
José Ignacio Martín Valades 257
José Ignacio Mayordomo 11, 39
José Javier Aristu Mendioroz 241
José Javier Sánchez 7, 53, 81, 96
José Juan Illarramendi Mañas 54, 77, 162
José J. Zamorano 45
José L. Losa 72
José López Asenjo 5
José Lozano Castro 187
José Luis Carreras 45
José Luis Fírvida Pérez 121, 123, 124, 168, 172, 175
José Luis Gago 96
José Luis García Puche 32, 56, 84, 85, 109, 161, 164, 183, 186, 187, 188, 191, 192, 225, 250
José Luis González-Larriba 96, 102
José Luis Herrero Burgos 133, 201
José Luis López 63, 93, 138, 147
José Luis Lucena 22
José Luis Manzano 6, 54, 55
José Luis Quiles Morales 108
José Luis Ramírez 16
José Luis R. Martín 178
José Luis Tisaire 204
José M^a Fernández-Cebrián 70
José M^a García Bueno 254
José M^a Laín 105
José Manuel Baena 157, 235, 251
José Manuel González 63
José Manuel Gracia 172
José Manuel Pérez García 109
José Manuel Rico 200
José Manuel Sastre 72, 76, 110, 202, 240, 258
José Manuel Trigo Pérez 95, 184, 200, 207
José María Barón Saura 159, 224, 247, 248
José María del Campo 99
José María Ladero 88
José María López-Picazo 181
José María Mazarico 33, 101, 196, 197
José María Oliver 170
José María Roca 63, 91, 71, 258
José María Saladié 96
José María Vieitez 69, 72, 220
José M^a Roca 105
José Miguel Barquero Aroca 201
José Miguel Cuevas 150
José Miguel Jurado García 32, 84, 109, 161, 250
José Miguel Sánchez Torres 4, 13
José Moreno 49
José M. Puerto 164, 167
José M. Tenias 60
José Muñoz Langa 78, 127, 171, 195, 208, 229
José Norberto Batista López 218, 236, 237, 245, 246
José Pablo Berros 69, 72, 220
José Pablo Maroto Rey 3, 93
José Palacios 107
Josep Badal 97
Josep Baselga Torres 109

- Josep Buxo 65
José Pérez 224
Josep Gumà Padró 3, 89, 174
José M^a Corominas 37
Josep M^a Malet 97
Josep María Caminal 207
Josep María del Campo 32
Josep María Mazarico 23, 26
Josep María Piulats 100, 207
José Ponce Lorenzo 72, 76, 110, 202, 240, 241, 258
Josep Tabernero 6, 212
José Ramón Germà Lluch 3, 100, 107, 132
José Ramón Mel Lorenzo 175
José Rubio Briones 98
José Vicente Cardona 172
José Vivente Bagán 40
José V. Vidal 241
J.Pablo Berros 98
J.Puente 95
J.R. Marín Tebar 254
J. Sastre 55
Juan Ángel Fernández 22
Juan Antonio Barrera 24, 37
Juan Antonio Verdú Aguilar 162
Juan Antonio Virizuela Echaburu 80, 129, 133, 182, 183, 213, 256
Juana Oramas Rodríguez 4, 117, 236, 237, 245, 246
Juan Areal 96
Juana Rodríguez 60
Juana Saldaña 154
Juana Vega 111
Juan Carlos Adansa 156
Juan Carlos Álvarez 25
Juan Carlos Cámara Vicario 28, 64, 70, 168, 170
Juan Carlos Tercero 31, 194
Juan Carlos Toral Peña 128, 139, 140, 165, 177, 239
Juan Carlos Torrego García 171
Juan Corona 70
Juan Coves 219
Juan Cristóbal Sánchez 70, 88
Juan Cueva 102
Juan de la Haba 36, 55, 106, 107
Juan F. Cueva Bañuelos 139
Juan Fernando García 210
Juan Francisco Rodríguez 59, 96
Juan Jesús Cruz Hernández 46, 110, 149, 156, 215, 232, 254, 257
Juan J. Martín Liberal 81
Juanjo Satrustegui 94
Juan José Bretón García 198
Juan Lao Romera 58, 81, 86, 87, 101, 103, 131, 201, 213
Juan Luis Arranz 66, 214
Juan Luis Martí 16, 195
Juan Manuel Campos 252
Juan Manuel García de Quirós Muñoz 133
Juan Manuel Lozano 178
Juan Martínez 37
Juan M. de las Heras 60
Juan Ortíz de Urbina 253
Juan Pablo Albar 168
Juan Ramón Ayuso 7
Juan Ramón Delgado-Pérez 39, 65, 71, 77, 209, 242
Juan Rodríguez 217
Juan Torres Melero 56, 83, 186, 191, 192, 225
Judith Balmaña 11, 12, 42, 44, 46
Julen Fernández 89
Julia Alcaide 15
Julia Blanco 96
Julia Cruz 220
Julia Madani 58, 81, 86, 87, 201, 259
Julia Molina 97, 259
Juliana Salazar 9
Julián Lorca 150
Julia Pardo 147
Julio Lambea Sorrosal 148, 150, 152, 153, 154, 198, 241
Julio Nieto 90, 164
Julio Nogués 190
Julio Rifá 4, 39, 117, 206
Julio Velasco 111
- K**
Karen Gelmon 36
Karmele Areses Manrique 169
Kepa Amillano 174
- L**
Laia Domingo 37
Laia Garrigós Cubells 35, 62, 126
Laia Paré 9
Lara Ferrándiz Pulido 40
Lara Pijuan 126
Laura Asín 11
Laura Castro 21
Laura Díaz 157, 251
Laura Esteller García 132
Laura Fachal 42
Laura Galán 89, 176, 203, 208
Laura García Estévez 24, 112, 160
Laura Haro Martínez 224
Laura Jiménez 100, 207
Laura Layos Romero 54
Laura Lema 62
Laura Mezquita Pérez 46, 110, 149, 232, 253, 257
Laura Murillo 77

Laura Olmo-Remesal 178
 Laura Palomar Abad 78, 208, 229
 Laura Rodríguez 70, 121
 Laura Salgado 206
 Laura Vera Ramírez 108
 Laura Vidal Boixader 135
 Leandre Farran 81
 Leire Arbea Moreno 241
 Leoncio Arribas 224
 Leonor Gómez 112
 Leonor Santos Morin 118
 Lidia Gaba 145, 170
 Lidia Martínez Valdivieso 111
 Lidia Robert Faja 23, 33, 101, 196, 197
 Lidia Vázquez 102
 Lina García 160
 Lioba Ferrera 253
 Lisardo Ugidos de la Verga 160
 L. León 123
 Llorenç Estrany 67
 Lluís Bernadó 181
 Lorena Bellido Hernández 215, 254
 Lorenzo Alonso 32
 Lourdes Gómez Izquierdo 22
 Lourdes Marcos 162
 Lourdes Petriz 9
 Lourdes Zubiri 179
 Luca Gianni 36, 99
 Lucas R. Jagemann 187
 Lucía Gayoso Couce 139
 Lucía Gutiérrez 235
 Lucía Heras López 115, 195
 Lucía Pérez-Carbonero 48
 Lucía Santomé 124, 172, 175
 Lucía Teijeira Sánchez 77, 57, 162
 Luis Alonso González Sánchez 205
 Luis Cabezón Gutiérrez 8, 34, 66, 113, 185, 214
 Luis Cirera 63, 91, 105, 153, 258
 Luis de la Cruz Merino 40, 192, 201
 Luis Enrique Abella 181
 Luis Fernández Morales 130
 Luis González-Bayón 83
 Luis Ibarz 96
 Luis Iglesias 183
 Luis León Mateos 120, 121, 169, 172
 Luis López Fernández 8
 Luis M. Antón Aparicio 119
 Luis Miguel de Sande 146
 Luis Miguel Navarro 215
 Luis Ortega 22
 Luis Paz Ares 17, 22, 68, 76, 111, 142, 177, 205
 Luis Sarriá 259

Luis Torres 235
 Luis Vallejo Sanchez 217
 Luz García Alonso 40
 Luz Martínez-Avilés 126
 Luz Milva Rodríguez Rodríguez 117, 218, 245
 L. Vicente Gutiérrez 255
 Lydia Gaba García 80

M

M^a Ángeles Cia Barrio 57
 M^a Ángeles Galindo Andúgar 205
 M^a Ángeles López-Montenegro Soria 208
 M^a Ángeles Royo 78, 229
 M^a Ángeles Sala González 79, 125, 216
 M^a Ángeles Vaz Salgado 85, 250
 M^a Ángeles Vicente 95
 M^a Antonia Mangues 132
 M^a Auxiliadora Gómez-España 54, 55, 67
 M^a Belén Ríos 84
 M^a Carmen Blanco-Arias 97, 259
 M^a Carmen Gozalvez Manzanera 57
 M^a Carmen Jiménez 204, 251
 M^a Carmen Serrano 79, 226
 M.A. Casado 95
 M.A. Cruz 74
 M^a del Carmen Jiménez Ávalos 157, 243
 M^a Dolores Morillo Rojas 182
 M^a Dolores Torregrosa 107
 M^a Eugenia Vega 6
 Magdalena Llabres 67
 Magdalena Pujol 115
 Magdalena Wozniak 210
 Maica Galán 81
 M^a Isabel Gallegos Sancho 112
 M^a Isabel Núñez Torres 116
 Maite Delgado 109, 161
 Maite Martínez Aguillo 57, 77, 162
 M^a Jesús Blanco 13
 M^a Jesús Rubio 31, 67
 M^a Jesús Vidal 152, 153, 219, 241
 M^a José Agustín 58, 79, 226
 M^a José Bermejo Pérez 116, 227
 M^a José Juan Fita 98, 141, 147
 M^a José Lecumberri 58, 101, 103
 M^a José Martínez Ortiz 159
 M^a José Méndez 67
 M^a José Molina Garrido 111, 224
 M^a José Ortiz Morales 55
 M^a José Safont Aguilera 29, 68, 73, 210, 211
 M^a Laura Villalobos 63, 93, 104, 138, 147
 M^a Luisa García de Paredes 30
 M^a Luisa Legaz 204

- M^a Luisa Limón 68
M^a Luz Amador 13
M^a Sol Sevilla 111
M^a Teresa Abad Villar 125
M^a Teresa Cano 55, 67
M^a Teresa Delgado 84
M^a Teresa Lahoz 156
M^a Teresa Puig 153
M^a Yolanda Bernisz 224
M^a Isabel Nuñez Torres 27
M^a Isabel Palomero Plaza 34
M. Amenedo 123
Manel Gallén 62, 87
M. Ángeles Sala 226, 229
Manoli Baldoví Martínez-Falero 254
M. Antonia Montenegro 90
Manuel Acosta 247
Manuel Alonso 156
Manuela Parras 160
Manuela Pedraza Lorenzo 253
Manuel Benavides Orgaz 6, 15, 27, 49, 54, 56, 116, 183, 186, 187, 191, 192, 198, 216, 225, 227, 259
Manuel Caeiro 121
Manuel Chaves Conde 22, 68, 76, 142, 177, 185, 205, 231, 233
Manuel Cobo Dols 13, 15, 16, 27, 124, 171, 187, 227, 259
Manuel Codes 40, 133, 182, 192, 201, 256
Manuel Constenla 206
Manuel de las Heras 70
Manuel Dómine 13, 14, 257
Manuel Gil 243
Manuel González Baron 33, 53, 173
Manuel Hidalgo 160
Manuel Morales 253
Manuel Muñoz Gómez 131
Manuel Nistal 16
Manuel Pérez 80, 109, 161
Manuel Ruiz Borrego 107, 148, 150, 151, 152, 153, 157, 164, 167, 168, 198
Manuel Ruiz-Echarri Rueda 148, 150, 151, 152, 153, 198
Manuel Valladares-Ayerbes 119
Manuel Vial 80
Marc Campayo 137, 145, 170
Marcela Córdoba 156
Marcos Calvo Martínez 139
Marcos Gragea 181
Marga Reboredo 54
Margaret Van Mehren 39
Margarita Amenedo 121, 124, 172, 175
Margarita Casillas 115
Margarita Gimeno 232
Margarita Majem 13, 132, 173
Margarita Reboredo López 6, 49, 82, 119
Margarita Romeo 132, 190
Mar Haz Conde 119
María Alsina Maqueda 90, 181
María Ángeles Moreno Santos 116
María Ángeles Plaza Sanz 134
María Ángeles Vicente Conesa 137, 163
María Antonia Montenegro 260
María A. Saornil 165
María Atienza Reina 76, 142
María Auxiliadora Gómez España 49, 106
María Blanca 178
María Cambray 58
María Carmen Campos 113
María Carmen Martínez Riesco 113, 159, 185
María Carrascosa 167
María Castro 144
María Cornide 112, 168
María Cortes Sempere 17
María del Carmen Areses Manrique 144
María del Carmen Hernández 118
María del Carmen Ramírez Tortosa 108
María del Mar Galindo Rueda 207
María del Mar Llorente 192
María del Mar Muñoz Sánchez 111, 224
María del Rosario Dueñas García 176
María del Valle López 113
María Dolores de las Peñas 251
María Dolores Marin Ferrer 173
María Dolores Miñana 169
María Erkuden Zudaire 181
María Eugenia Olmedo 85, 250
María Fernández Abad 85
María Fonfria Esparcia 53, 64, 88, 92
María Fontillón Alberdi 22
María García-González 48, 82
María García Solano 159
María Garrido 206
María González Vecino 119
María Guirado Risueño 23, 47, 66, 74, 238
María Guirao 222
María I. López-Gálvez 165
María Isabel Blancas 137
María Isabel García-Domingo 63, 258
María Isabel Saez Medina 207
María Jesús Blanco 85
María Jesús Canals 156
María Jesús Mena 128
María Jesús Peña 35
María Jesús Quintana 196
María Jesús Vidal Losada 148, 150, 153, 154, 198
María José Bermejo Pérez 198

- María José Escudero 66, 75
 María José García Salom 131
 María José Gómez 157
 María José Lecumberri Biurrún 13, 81, 86, 87, 201, 259
 María José Martínez Ortiz 224, 247, 248
 María José Méndez 106
 María José Ortiz 106
 María José Safont 20, 82
 María José Sánchez 161, 183, 250
 María José Úriz 54
 María José Villanueva Silva 68, 85, 124, 175
 María J. Vidal Losada 151
 María Lomas Garrido 167, 176, 240
 María López Veloso 146
 María Luisa Antelo 54
 María Luisa García de Paredes 85,111
 María Luisa Gómez 54
 María Luisa González 137
 María Luisa Limón Mirón 22, 76
 María Luisa Maestro 59
 María Luque 111, 113
 María Martín 180, 183
 María Martínez 35
 María Martín Ureste 180
 María Merino 99, 189
 Mari Ángeles Sala González 13
 Mariano Monzó 49
 Mariano Provencio Pulla 13, 41, 89, 102, 124, 176, 180, 203, 208, 243
 Mariano Ruiz de Almodóvar 27
 María Ochoa de Orza 62
 María Pérez Cano 13
 María Pilar López Martí 113, 253
 María Plana Serrahima 58, 100, 207
 María Planelles 72, 76, 241, 258
 María Reina Atienza Amores 68, 177, 185, 205, 233
 María Rodríguez de la Borbolla 116
 María Rosario Burón Fernández 121
 María Sala 37
 María Sánchez Ruiz de Gordoia 205
 María Sanjurjo 8
 María Sannegre 147
 María Sereno 120
 María Socorro Cabello Díaz 148, 154
 María Teresa Abad Villar 226, 229
 María Teresa Curiel García 139
 María Teresa Delgado 161, 250
 María Teresa Quintanar Verdúguez 178
 María Tobeña Puyal 148, 150, 151, 152, 153, 154, 198, 219, 241
 María Victoria Abrio 39
 María Vieito Villar 144
 Maribel Palomero Plaza 159
 Maribel Pons 107
 Mar Iglesias 87
 Marisol Ucha Sanmartin 85
 Mark Strunk 11
 Mar Mendivil 217
 M^a Rosario Bosca 147, 150
 Marta Benavent Viñuales 22, 68, 142
 Marta Boillos Fernández 135
 Marta Capelán 98
 Marta Cervantes 181
 Marta Covela 206
 Marta Fernández 11
 Marta Izquierdo 69, 72, 98
 Marta Llanos Muñoz 39, 117, 218, 236, 237, 245, 246
 Marta Martín 23, 63, 80, 93, 104, 138, 147
 Marta Martín Angulo 138
 Marta Martín-Richard 23, 80
 Marta Mendiola 108, 206
 Marta Mori 118
 Marta Paraira 258
 Marta Pineda Riu 10, 48
 Marta Ribas 153
 Marta Roqué 178
 Marta Salido 126, 171
 Marta Santamariña 42
 Marta Usó 196
 Marta Viciano 21
 Marta Vidaurreta 59
 Marta Zafra Poves 95, 137, 163
 Martin Eric Gore 99
 Martín Lázaro 121, 124, 172, 175
 Maryam El-Hallaj 110
 Mary Peris 153
 Matilde Navarro 10, 48, 62
 Maurizio D'Incalci 194
 Mauro Javier Oruezábal 121
 Maysa Lemós Simosono 116, 198, 216, 227, 259
 Manuel Benavides 55
 M. Carmen Alonso 196
 M. Cobo 14
 M. Díaz 80
 Melchor Álvarez de Mon 104, 171
 Mercè Capo Pallàs 130
 Mercedes Durán 48
 Mercedes Fernández 249
 Mercedes Herrero 160
 Mercedes Martínez Villacampa 54, 58, 62
 Mercedes Salgado Fernández 175
 Mercedes Zurita 65, 77
 Meritxell Bellet Ezquerria 109
 Miguel A. Muñoz 141

- Miguel Ángel Arranz 94
Miguel Ángel Berciano 67
Miguel Ángel Cabrera 253
Miguel Ángel Casado 233
Miguel Ángel Climent Durán 94, 98
Miguel Ángel Cruz Mora 213
Miguel Ángel García-Cabezas 120
Miguel Ángel Lara Álvarez 78, 100, 114, 127, 230, 231, 232, 245
Miguel Ángel Lozano 231
Miguel Ángel Moreno Jiménez 176
Miguel Ángel Muñoz Quintana 98
Miguel Ángel Seguí 4, 36, 233
Miguel Beltran 94
Miguel Berzosa Sanchez 29, 68, 145, 211, 246
Miguel Bibiloni 22
Miguel Calle 22
Miguel Catalá Bauset 144
Miguel Climent 167
Miguel Corbellas Aparicio 53, 64, 88, 92, 179, 194
Miguel de la Hoya 204
Miguel Fernández de Sanmamed Gutiérrez 69, 72, 98, 220
Miguel Gil Gil 41, 107, 188
Miguel Méndez Ureña 171
Miguel Muñoz 127
Miguel Navarro 41, 213, 215, 257
Miguel Pastor Borgoñón 212
Miguel Salceda 23
Miguel Sánchez Parra 3
Miguel Soler 60
Miguel Soria 118
Milagros Balbin 72
Milagros López 60
Miquel Beltran 181
Miquel Nogué 82
Mireia Gausachs 48
Mireia Gil Raga 17, 29, 68, 73, 145, 169, 210, 211
Mireia Margelí Vila 3, 203
Mireya Jimeno 51
Miriam Cuatrecasas 7, 188
Miriam Huelves García 176, 203, 208
Miriam López Gómez 51, 120, 151
Miriam Masas 42
Miriam Mendez García 89, 176, 203, 208
Mirian del Rosario 97, 259
Mirta García 118
M.J. Valdés Diéguez 255
M. Lázaro 123
M.L. López Rodríguez 38
M. Martín 74
Mohamed Akran Mejdoubi 116
Moisés Blanco Calvo 119
Mónica Arguís 174
Mónica Arroyo 63, 93, 104, 138
Mónica Boitia 14
Mónica Caro 21
Mónica Cos 190
Mónica de Cabo 224
Mónica Salinas 43
Mónica Tallón 208, 229
Montse Arumí 171
Montse Martín 188
Montserrat Baiget 9, 44
Montserrat Boleda Relats 148, 154
Montserrat Buxeda 63
Montserrat Domènech Santasusana 3, 14, 65, 94, 97, 195
Montserrat Mirabent 148
Montserrat Muñoz 35, 137
Montserrat Rue 44
Montserrat Valverde 137
Montserrat Velasco Capellas 123
Montserrat Ysamat 63
Montserrat Zanui Maestre 123
M. Yébenes 95
- ## N
- Nacho Romero 141
Natalia Chavarría Pudo 116, 204
Natalia López-Casero 157, 204, 251
Natalia Lupion Morales 129, 236, 260
Natalia Ramírez Merino 151, 257
Natallia López-Casero 243
Natividad López Riquelme 23
Natividad Martínez Banaclocha 23, 66, 75, 222, 233, 238
Nazareth Cordero Franco 213
Nesli Mosquera 196
Neus Ferrer Tur 171
Neus Gadea 42
Nicolas Mohedano Mohedano 228
Nieves del Pozo 17, 73, 131, 145, 169, 210, 211, 238, 246
Nieves Díaz 137
Nieves Pérez 241
Nieves Serrano 226
Nika Vazquez Segui 149
Nistal Manuel 17
Noelia Carracedo 146
Noelia Martínez 41, 213
Noelia Pérez 91
Noemi Reguart Aransay 137, 168
Nofre Pons Sureda 67, 206
Norberto Batista López 117, 218, 237
N. Reguart 14
Núria Borràs 137
Nuria Calvo 132

Nuria Cárdenas Quesada 56, 176, 186, 187, 191, 192, 225, 256
 Núria Farré 173
 Nuria González 16, 96
 Nuria Lainez Milagro 57, 77, 162
 Nuria Maíz 115
 Nuria Rodríguez Salas 78, 114, 127, 230, 231, 232, 245
 Nuria Romero Laorden 64, 70, 168, 170
 Nuria Ruiz-Miravet 28, 174
 Núria Sala González 23, 26, 33, 101, 173, 196, 197
 Nuria Viñolas 13, 170

O

Octavi Burgués 24
 Olatz Etxaniz 203
 Òlbia Serra Solé 89, 174
 Omar Araji Tiliani 201
 Onofre Sanmartin 237
 Oriol Pares Grau 101
 Orland Diez Gibert 42
 Óscar Gallego Rubio 183, 188, 196, 197
 Oscar Juan Vidal 102, 127, 146, 174, 252

P

Pablo Cerezuela Fuentes 159, 224, 247, 248
 Pablo Chicharro 243
 Pablo Collera 65
 Pablo Gil 64
 Pablo Iglesias 109, 161
 Pablo Lorente 141
 Pablo Luna Fra 117
 Pablo Maroto Rey 3, 33, 93, 94, 101
 Pablo Pardo 69, 72, 98, 220
 Palmira Foro 179
 Paloma Cejas Guerrero 7, 16, 51, 53, 120
 Paloma Honrubia 254
 Paloma Quevedo 160
 Pamela Céliz 21, 81, 96
 Paola Pimentel 37
 Paolo Giovanni Casali 39, 194
 Parham Khosravi Shahi 105, 113, 114, 159
 Patricia Diezhandino 164
 Patricia Gómez Carretero 16, 109, 238
 Patricia Gómez Pardo 109
 Patricia Hernández 236
 Patricia Ibeas Millán 176, 203
 Patricia Olmo Ortega 29, 73, 131, 145, 210, 211, 246
 Patricia Palacios 206
 Patricia Pérez 141
 Patricia Ramírez Daffós 157, 251
 Patrik Zintl 31, 194
 Paula Cerdà Serdà 123
 Paula García Tejjido 111, 113, 150

Paula G. Tejjido 111
 Paula J Fonseca 220
 Paula Richart Aznar 53, 86, 88, 92, 179, 194
 P. Bueso 74
 Pedro Ballesteros 4, 65, 242
 Pedro Barrios 50, 84, 178, 188, 199
 Pedro Borrego 64
 Pedro M. López 206
 Pedro Pablo Escolar 247
 Pedro Pérez Segura 10, 12, 45, 183, 188, 204
 Pedro Salinas 41, 168
 Pedro Sánchez Rovira 25, 36, 108, 176, 240, 256
 Pedro Santabárbara 39
 Pep-Joan Torres 67
 Pere Gascón Vilaplana 29, 135, 137, 145, 170
 Pere Puig 222
 P. González 123
 P. Honrubia Gómez 254
 Piedad Reche Molina 56, 83, 186, 191, 192, 225
 Pierre Fumoleau 36
 Pilar Barretina 94, 181
 Pilar Bello 212
 Pilar Blay 111
 Pilar Diz Taín 13, 253
 Pilar Eroles 25
 Pilar Escudero 51, 80
 Pilar España 89, 243
 Pilar Gajate Fernández 205
 Pilar García Alfonso 8, 66, 83, 185, 214
 Pilar Garrido 4
 Pilar Gómez 217
 Pilar Hompanera Alonso 253
 Pilar Lianes Barragán 14, 16, 123
 Pilar López-Criado 217
 Pilar Martín 208
 Pilar Regueiro 82
 Pilar Sabín 39, 180, 185
 Pilar Zamora Auñón 33, 99, 108, 197, 206, 228, 244
 Purificación Estévez García 142, 231
 Purificación Martínez del Prado 79, 125, 216, 226, 229

R

Rafael Álvarez 45
 Rafael Cano 60
 Rafael Cuenca 213
 Rafael Estevan 64
 Rafael Ferriols Lisart 24
 Rafael González Beca 34
 Rafael Guerrero 84
 Rafael Ibeas Rollán 13, 49
 Rafael López Castro 149, 215, 232
 Rafael López López 120, 139, 144, 169

- Rafael Morales 212
Rafael Rosell Costa 4, 13, 14, 16, 124, 203
Rafael Sirera 17, 20, 40, 125, 169, 196
Ramon Colomer 3, 29, 38, 210, 217
Ramón de las Peñas Bataller 28, 174, 178, 183
Ramón Delgado 39, 65, 71, 77, 113, 209, 242
Ramón García Arroyo 180, 213
Ramón García-Gómez 168
Ramón Palmero 14, 132, 190
Ramón Pérez-Carrión 168
Ramón Salazar 55, 58, 62
Raquel Andrés 11, 12, 42, 219
Raquel Bratos Lorenzo 46, 110, 149, 156, 232, 253, 257
Raquel Conde 77
Raquel Fuentes Mateo 151, 257
Raquel Guardado 90
Raquel Hernández 117, 218, 237, 245
Raquel Labra González 213
Raquel Luque 77, 195, 209, 242
Raquel Marse Fabregat 206
Raquel Molina Villaverde 28, 63, 93, 130, 138, 147
Raquel Sánchez 232
Raquel Seijas Tamayo 46, 149, 232
Raquel Serrano 67, 82
Raúl Carrillo Vicente 66, 74, 222, 233, 238
Raul de la Cruz 70
Raúl Márquez 217
Rebeca Mondejar Solís 113
R. Eduardo Pacios Blanco 84
Regina Gironés 94, 127
Regina Romero Llorens 24
Remedios Blanco Guerrero 126, 130
Reyes Abad 79
Reyes González Expósito 99, 189
R. González Cámpora 80, 183
Ricard Mesía 132, 190
Ricardo Collado Martín 176, 202, 240
Ricardo Cubedo 243
Ricardo Diez Valle 241
Ricardo Gallego Luis 171
Ricardo González Cámpora 256
Ricardo González del Val 8, 34, 66, 83, 159, 214
Ricardo Guijarro 17
Ricardo Lara Lopez-Doriga 156
Ricardo Pérez Fernández 8, 185, 214
Ricardo Sánchez Escribano 213
Rita María Rogojo 100
Roberta Sanfilippo 194
Robert McCormack 31
Roberto A. Pazo Cid 58, 81, 86, 87, 101, 103, 201, 259
Roberto Díaz Beveridge 53, 64, 86, 88, 92, 179, 194
Rocío García Carbonero 22, 68, 76, 142, 185, 215
Rocío García Domínguez 215
Rogelio González 46
Roger James 253
Romà Bastús 105
Roman Amador 179
Román Villegas Portero 40
Rosa Álvarez 168
Rosa Artells i Prats 49
Rosa Ballester 179
Rosa Bustamante 260
Rosa Clavel 247
Rosa Delia García 236, 245, 246
Rosa Gallego Sánchez 7, 51, 80
Rosa García Marrero 117, 237
Rosa Llorente Doménech 78, 208, 229
Rosa Nadal 94
Rosana Grández 77
Rosana Montoyo Antón 57
Rosa Ortiz 181
Rosa Pahissa 148
Rosa Querol 82
Rosario Alfonso 70
Rosario Bosca Mayans 141
Rosario del Moral Ávila 27, 71, 27, 109, 161
Rosario Dueñas García 49, 176, 202, 256
Rosario García Campelo 119
Rosario Machado Pinilla 16
Rosario Madero 28, 51, 151
Rosario Perona 16, 17
Rosario Salgado Asencio 47, 66, 74, 222, 233, 238
Rosario Vidal Tocino 149, 254, 257
Rosina Fernández 107
Roy Bremnes 20, 125
Rubén Alonso Calderón 176, 202, 240
Rubén Leno Núñez 46, 149, 232, 254, 257
Ruben Ramirez Vargas 85
Ruth Alfonso 253
Ruth Espinosa Aunión 128, 157, 204, 205, 243, 251
Ruth Vera García 21, 54, 57, 77, 162
Ruth Zárate 55
- ## S
- Salomón Menjón 158
Salvadora Delgado 7
Salvador Blanch Tormo 98, 141, 150
Salvador Esquena 33
Salvador Fons 150
Salvador Garcerá Juan 150
Sánchez-León 80
Sandra Gallach 40, 68, 196
Sandra Merino 89
Sandra Moreno 129, 236, 260

Sandra Ríos Arrabal 116
Sandra Rubiales Trujillano 231
Sandra Rubio Díez 90, 94, 222
Santiago Aguin Losada 144
Santiago Escrivá de Romani 158
Santiago González-Moreno 83
Santiago López-Ben 90, 222
Sant P. Chawla 39
Sara Blasco Mollá 68, 125, 131, 145, 196, 210, 211, 238, 246
Sara Castañer 190
Sara Cerezo González 128, 157, 204, 205, 243, 251
Sara Encinas 193, 217
Sara Estalella 157, 235, 251
Sara González 10, 48
Sara Gutiérrez-Enríquez 11, 42
Sara López-Tarruella 96
Sara Raposo 146
Sara Serrano Solares 13, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 198, 219, 241
Scott Schuetze 39
Sebastiano Biondo 58, 62
Sebastián Ortiz Reina 159
Sebastián Rufián 22
Sebastià Sabater 254
Serafín Morales 137
Serena Di Cosimo 109
Sergi Castellví-Bel 51
Sergi Castillo 89
Sergio Granados Principal 108
Sergio Peralta 174
Sergio Sánchez-Cerrato 68
Sergio Vázquez Estévez 121, 124, 172, 175
Sergi Serrano 126
Shahi Parkam Khosravi 66
Shailendra Verma 36
Silvana Pilotti 194
Silvestre Martínez García 198, 216
Silvia Antolín Novoa 102, 119
Silvia Bagué 196, 197
Silvia Budiño 235
Silvia Catot 32, 65, 97
Silvia Cufí González 38
Silvia Fernández 149
Silvia Gil Calle 6, 187, 227, 259
Silvia Ortega-Gutiérrez 38
Silvia Rodríguez 218
Silvia Vázquez 154, 190
Socorro Montalbán Romero 159
Songbai Wang 31
Sonia González Jiménez 4, 105
Sonia Maciá 127, 172
Sonia Peñaranda 141

Sonia Pernas 107, 158
Sonia Ruiz 115
Sònia Servitja Tormo 35, 37, 87
Sonsoles Álvarez Suárez 8, 214
S. Pereira 80
Stan Kaye 31, 212
Susana de Juan 100
Susana de la Cruz 217
Susana Hernández Prieto 5
Susana Hernando Polo 64, 70, 168, 170
Susana Martínez Peralta 123
Susana Ors 28
Susana Serrano 113
S. Varela 123
S. Vázquez 123

T

Tània Díaz 49
Tania Fleitas Kanonnikoff 160
Tania Szado 36
Teresa Abad Villar 79, 125, 216, 226, 229
Teresa Bonfill 82
Teresa Creo 235
Teresa Fernández 87
Teresa Ferrer Magdalena 24
Teresa García-Donas 137, 163, 168, 192
Teresa García García 137, 163
Teresa Jiménez Roger 130
Teresa Martín Gómez 46, 215
Teresa Moran Bueno 14
Teresa Olmos 107
Teresa Pascual 63
Teresa Pérez Hoyos 79, 125, 216, 226, 229
Teresa Petrella 36
Teresa Puértolas 58, 81, 86, 87, 101, 103, 201, 259
Teresa Quintanar Verduguez 213
Teresa Ramón y Cajal Asensio 11, 44, 46
Teresa Rivera 231, 232
Teresa Sampedro Gimeno 113, 111
Thomas Hogberg 99
T. Macarulla 55
Tomás Esteban 247
Tom Donnem 20, 125
Trinidad Caldés Llopis 5, 45, 56, 204
Tudor Ciuleanu 99

U

Ulpiano Jiménez Berlana 13
Urbano Anido Herranz 74, 120, 139, 144, 175

V

Valentin Alija 216

Valerie Rodríguez 241
Vanessa Ferrandis 112
Vanessa García 208
Vanessa Gutiérrez Calderón 15, 27, 56, 116, 186, 187, 191, 192, 198, 216, 225, 227, 259
Vanessa Ortega 80, 145, 170
Vanessa Pons 24, 37
Vanessa Quiroga García 16, 203
Vanessa Rodríguez-Fanjul 17
Vanessa Pachón Olmos 85, 250
Vanessa Pardo 144
Vega Iranzo González Cruz 20, 29, 68, 73, 131, 145, 246
Verónica Calderero Aragón 58, 81, 87, 101, 103, 201, 226, 259
Verónica Conde Herrero 65, 71, 77, 195, 209, 242
Verónica Díaz 157, 251
Verónica González Orozco 47, 66, 74, 222, 233, 238
Verónica Gutiérrez 93, 147
Verónica Rodríguez Fanjul 16
Vicenç Artigas 22
Vicenta Martínez-Sales 180
Vicente Alberola 4, 124, 129, 146, 174, 252
Vicente Alcolea Fuster 86, 92, 212
Vicente Alonso 51, 58, 79, 81, 103
Vicente Alonso-Orduña 58
Vicente Baz 39
Vicente Carañana 146, 158, 252
Vicente Crespo Erchiga 198
Vicente Giner Marco 127, 171
Vicente Guillem Porta 98, 141, 167
Vicente Monsalve Dolz 238
Vicente Moya 150
Vicente Valentín 29, 129, 136
Vicente Vicente García 138, 163
Victoria Bolós 107
Victoria Casado Echarren 257
Victoria Castellón 65, 77, 195, 209, 242, 250

Victoria Eugenia Castellón-Rubio 71
Víctor Manuel Barberá 23
Victor Moreno García 7, 33, 53, 99, 138, 173, 244
Virginia Alonso-Espinaco 51
Virginia Arrazubi Arrula 54, 57, 77, 162
Virginia Calvo de Juan 162
Virginia Galeazzi Martínez 149, 254, 257
Virginia Martínez Marín 57, 83, 108, 173, 185, 206, 244
Virginia Reguero Cuervo 46, 110, 149, 232, 253, 257
Virtudes Vila 180
V. Martín-Escudero 95

W

William Franco Climent 35, 87

X

Xabier García-Albéniz 7, 51
Xavier Bonfill 178
Xavier Castells 37
Xavier Fabregat 179
Xavier García del Muro Solans 3, 95, 100, 207
Xavier Hernández Yagüe 90, 94, 222
Xavier Nogués 35
Xavier Pérez 32
Xavier Pivot 36

Y

Yann Izarzuaga Perón 66, 214
Yessica Plata 202
Yolanda Escobar 28, 129
Yolanda Fernández Díez 22, 68, 76, 107, 111, 185
Yolanda García 126
Yolanda Jerez Gilarranz 113, 159, 185
Yolanda López 167
Yolanda Polo Collado 224
Yolanda Vidal Insua 144



Secretaría Técnica

Departamento de Congresos SEOM
E-mail: congresos@seom.org

C/ Conde de Aranda, 20 - 5º Dcha. 28001 Madrid
Tel.: 91 577 52 81 · Fax: 91 436 12 59

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org

